



Cuerpo vivido y ética del tratamiento en la obesidad

Lived body and ethics of obesity treatment

Raúl Sampieri Cabrera^{1*}
Gustavo López Toledo²
Mireya Velázquez Paniagua³

Recibido: 17 de noviembre de 2025

Aceptado: 04 de marzo de 2026

Publicado: 16 de junio de 2026

Artículo original

Resumen

Este artículo propone un cambio de paradigma en el tratamiento de la obesidad; en lugar de centrarse únicamente en el control biomédico del peso, la aborda como una experiencia encarnada que implica dilemas bioéticos. A través de la fenomenología de Maurice Merleau-Ponty, se replantea la obesidad desde la ontología y epistemología del cuerpo vivido, explorando cómo la percepción y la corporalidad moldean la vivencia de la salud. Bajo este supuesto teórico, se revisan los principios bioéticos clásicos —autonomía, beneficencia y justicia—, situándolos en las realidades corporales, intersubjetivas y vulnerables de las personas que viven con obesidad. Se argumenta que una bioética fenomenológica identifica la autonomía integrada al cuerpo, la relación médico-paciente como un encuentro entre subjetividades encarnadas, y una noción de justicia sensible al estigma y a los determinantes sociales. Se concluye proponiendo una ética relacional y situada de la obesidad que reconozca la interdependencia, promoviendo políticas de salud y prácticas clínicas más inclusivas y respetuosas con la agencia corporal.

Palabras clave:

obesidad,
cuerpo vivido,
fenomenología,
Merleau-Ponty,
bioética

1 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Fisiología; Centro de Ciencias de la Complejidad, México. <https://orcid.org/0000-0001-7733-1105>. *Autor por correspondencia: sampieri@comunidad.unam.mx

2 Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, México. <https://orcid.org/0000-0002-0567-2602>

3 Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, México. <https://orcid.org/0000-0002-7614-7637>

Abstract

This article proposes a paradigm shift in the treatment of obesity. Rather than focusing exclusively on biomedical weight control, it approaches obesity as an embodied experience that raises bioethical dilemmas. Drawing on Maurice Merleau-Ponty's phenomenology, the discussion reframes obesity through the ontology and epistemology of the lived body, examining how perception and corporeality shape the experience of health. Within this framework, the classical bioethical principles (autonomy, beneficence, and justice) are reconsidered in light of the embodied, intersubjective, and vulnerable realities of individuals living with obesity. The argument advances the view that a phenomenological bioethics identifies autonomy as integrated with the body, understands the clinical encounter as an interaction between embodied subjectivities, and conceives justice as attentive to stigma and to social determinants. The article concludes by proposing a relational and situated ethics of obesity that acknowledges interdependence and strengthens health policies and clinical practices that foster inclusivity and respect for bodily agency.

Keywords:

obesity,
lived body,
phenomenology,
Merleau-Ponty,
bioethics

Introducción

Las personas que viven con obesidad enfrentan estigma y discriminación, fenómenos asociados a sesgos cognitivos. La obesidad se carga de significados morales negativos (Natvik et al. 2021) que operan como estructuras de sentido prerreflexivas inscritas en la percepción cotidiana. Esto afecta tanto la manera en que la persona con obesidad se experimenta corporalmente como la forma en la que el profesional de la salud percibe y valora ese cuerpo en el encuentro clínico. En muchas sociedades occidentales (Wang-Chen et al. 2025), tener obesidad se percibe como un fracaso personal asociado a falta de voluntad, lo cual genera vergüenza y culpa de quienes la padecen (Gómez-Pérez et al. 2017). Esta estigmatización vulnera la dignidad y sitúa a la persona con obesidad en una posición de vulnerabilidad ética, pues su cuerpo es visto como impedimento para la vida plena, lo que puede llevar a una sensación de “poner la vida en suspenso” (Haga et al. 2020).

Desde la medicina, el tratamiento de la obesidad se encuentra medicalizado y se define mediante indicadores cuantitativos como el índice de masa corporal (IMC). En la narrativa clínica predominante, el exceso de peso se presenta como un riesgo epidémico que es urgente controlar (Tremmel et al. 2017; Kost et al. 2024; Helforouh y Sayyad 2024). Esta visión, influenciada por el saludismo (Crawford 1980), que ubica la solución en la responsabilidad individual, asume que la salud es un logro personal alcanzable principalmente a través de modificaciones voluntarias del estilo de vida. Desde una perspectiva fenomenológica, tales supuestos funcionan como hábitos perceptivos sedimentados que orientan la mirada clínica antes de cualquier deliberación ética explícita, configurando expectativas morales sobre el autocontrol, la responsabilidad y el mérito corporal.

Así, el discurso médico-político se centra en intervenciones estandarizadas —dietas, fármacos y cirugía bariátrica— orientadas a normalizar el cuerpo según parámetros de peso saludable (Craw-

ford 1980; Adams et al. 2007; Arterburn et al. 2015). Sin embargo, tales intervenciones con frecuencia ignoran la perspectiva de primera persona, es decir, que la vida se experimenta desde la subjetividad situada de cada individuo (Natvik et al. 2021). Además, sus resultados a largo plazo son inciertos; por ejemplo, la recuperación de peso tras dietas o cirugías es un fenómeno común, lo que evidencia los límites de los protocolos clínicos centrados únicamente en el control corporal estrictamente biomédico (Mauro et al. 2019). Estos hechos plantean tensiones bioéticas. Por un lado, se invoca la autonomía individual para responsabilizar a la persona de su salud, lo que a veces deriva en políticas paternalistas o culpabilizantes —¿hasta qué punto debe elegir libremente si muchas condiciones sociales la predisponen a la obesidad?— (Karreman et al. 2023; Calluori et al. 2025). Por otro lado, el principio de justicia demanda examinar las inequidades estructurales, ya que la obesidad se correlaciona con determinantes sociales y económicos, y el estigma asociado implica una distribución desigual de respeto y atención sanitaria (Baez et al. 2023). Asimismo, la beneficencia —el deber de hacer el bien clínico— enfrenta el reto de definir qué es lo mejor para el paciente con obesidad, ¿la mera reducción de peso o el bienestar integral? La complejidad del problema evidencia que una aproximación exclusivamente biomédica es insuficiente; se requiere, entre otras cosas, una reflexión ética que incorpore la experiencia vivida y la realidad corporal de quienes habitan la obesidad (Serrano-Fuentes et al. 2024).

La fenomenología del filósofo Maurice Merleau-Ponty ofrece un marco conceptual valioso para comenzar a discutir una bioética del cuerpo vivido. Merleau-Ponty nos invita a considerar

al ser humano ante todo como un sujeto encarnado, cuya existencia se despliega mediante su cuerpo en relación constante con el mundo y con otros (Merleau-Ponty 2013; Dolezal y Petherbridge 2017). Esta perspectiva permite desafiar la dicotomía mente-cuerpo y comprender la salud, la enfermedad y la autonomía de manera situada y relacional. En los últimos años, diversos autores han abogado por integrar la fenomenología en la bioética para enriquecer la comprensión de los dilemas de salud desde la vivencia subjetiva (Coyne 2023). Con base en ello, este artículo explora cómo una lectura merleau-pontyana de la obesidad, centrada en la percepción, la corporeidad (Rico 1998) y la intersubjetividad, puede reorientar la ética del tratamiento de la obesidad. Este replanteamiento posee implicaciones que alcanzan la formulación de políticas públicas, en la medida en que la experiencia vivida del cuerpo representa una oportunidad para comprender cómo los dispositivos institucionales afectan la agencia, la dignidad y el acceso efectivo al cuidado.

Ontología y epistemología de la corporalidad en Merleau-Ponty

En su obra *Fenomenología de la percepción*, Merleau-Ponty introduce la noción de cuerpo propio —*corps propre*, también traducido como cuerpo vivido—, que no es un objeto más en el mundo sino el centro mismo de la experiencia y la condición de posibilidad de nuestro estar-en-el-mundo (Merleau-Ponty 2013). Mi cuerpo no es algo que “tengo” del mismo modo que tengo un objeto externo; más bien, soy mi cuerpo en un sentido primordial, aunque también lo poseo y puedo tomar cierta distancia reflexiva de él. Esta dualidad

—ser el cuerpo y a la vez tener un cuerpo— expresa la ambigüedad inherente de la existencia encarnada según Merleau-Ponty. El cuerpo es ambiguo porque es simultáneamente sujeto —vivo desde él, veo el mundo a través de él— y objeto —puedo percibirlo, limitarlo, e incluso objetivarlo en un diagnóstico médico—.

Merleau-Ponty señala que toda percepción y conocimiento parten de esta situación corporal. La percepción es un proceso corporalizado, vemos, oímos y sentimos como sujetos corporales inmersos en un contexto. De este modo, nuestra comprensión del mundo es siempre situada y perspectivista, anclada en la posición de nuestro cuerpo. No existe un observador puramente desencarnado; el cogito cartesiano es reemplazado aquí por un cogito corpóreo.

Ontológicamente, el filósofo describe al ser humano como incorporado en el mundo, la existencia humana es siempre ya encarnada y situada tanto en la naturaleza como en la cultura. Desde el nacimiento, habitamos un mundo intersubjetivo, es decir, compartido con otros sujetos encarnados. La noción de carne (*chair*) (Fagioli 2024) y entrecruzamiento (*chiasma*) que Merleau-Ponty desarrolla en sus trabajos tardíos profundiza esta idea. Hay una interconexión constitutiva entre el yo y el otro, entre el cuerpo y el mundo, tal como las manos al tocarlas se sienten recíprocamente. Esta ontología indirecta afirma que somos hechos de la misma carne del mundo, participando en un tejido común que enlaza lo subjetivo y lo objetivo en un juego reversible (*toco y stocado, veo y soy visible*) (González y Jiménez Tavira 2011).

En términos epistemológicos, reconocer al cuerpo como centro de la experiencia implica cambiar nuestra noción de

sujeto cognoscente. Merleau-Ponty critica la primacía de la razón desincorporada y propone que el conocimiento surge de la interacción prerreflexiva con el mundo. Antes de cualquier teoría o cálculo, el ser humano ya se comprende a sí mismo y a su entorno a través de su estar corporal en situaciones concretas. Por ejemplo, adquirimos hábitos y habilidades motoras (como andar en bicicleta) que encapsulan saberes implícitos del cuerpo, no formulados en proposiciones, pero igualmente inteligibles. El cuerpo propio funciona como una suerte de sujeto práctico que sabe moverse y orientarse sin necesidad de reflexión explícita. Esto desafía la idea clásica de que la mente domina completamente al cuerpo; por el contrario, mucho de lo que somos y hacemos está guiado por esa inteligencia corporal tácita.

Para Merleau-Ponty, el sujeto es inseparable de su mundo, nuestras ideas y emociones emergen en un trasfondo de prácticas, contextos y relaciones vividas (Slatman 2014b). Así, se disuelven dualismos arraigados en la tradición occidental (mente/cuerpo, sujeto/objeto, individuo/sociedad) en favor de una visión integrada. “Tenemos un cuerpo, somos un cuerpo, y somos más que cuerpo”, resume Merleau-Ponty, señalando que la persona es una unidad psicofísica abierta al entorno (Moya 2014; Tanaka 2015; Leitan y Murray 2014). Algunos conceptos adicionales enriquecen esta ontología de la corporalidad. El mundo vivido (*Lebenswelt*), noción de raíz fenomenológica, designa el mundo tal como es experimentado en la vida cotidiana precientífica. Un mundo lleno de significados prácticos, afectivos y sociales que el cuerpo explora desde una perspectiva singular. Merleau-Ponty señala que este mundo vivido es el fundamento de toda abstracción posterior;

incluso la ciencia más objetiva se origina en la experiencia sensible y compartida. Por otra parte, la idea de sedimentación explica cómo nuestras experiencias corporales se acumulan y configuran patrones de comportamiento y percepción. Hábitos, posturas y esquemas corporales sedimentados estructuran nuestra manera de estar en el mundo, muchas veces de forma inconsciente (Zeiler 2013; Samra 2025; Isaksson et al. 2025). En relación con ello, la corporalidad tiene una dimensión histórica. El cuerpo porta inscripciones de nuestras vivencias pasadas (traumas, entrenamientos y repeticiones) que influyen en las posibilidades futuras. Sin embargo, esta sedimentación no es determinismo rígido; Merleau-Ponty resalta también la plasticidad y capacidad de cambio incorporada (Buffone 2024). En palabras de Slatman, “lo que me hace ser ‘yo’ es al mismo tiempo propio y extraño a mi mismidad” (Slatman 2014b), indicando que el cuerpo nunca se reduce a lo ya conocido o controlado por el sujeto.

La ontología merleau-pontyana presenta al ser humano como un sujeto encarnado, situado y relacional, cuya identidad y conocimiento emergen del juego entre hábito y espontaneidad corporal, entre experiencia propia y mundo compartido. Este giro fenomenológico nos impele a repensar al paciente como una persona-cuerpo inmersa en una historia de vida, con una percepción única de su situación.

Bioética fenomenológica del tratamiento de la obesidad

Releer la obesidad a través del prisma del cuerpo vivido tiene implicaciones profundas para la bioética clínica. Enriquece la comprensión de la autonomía del paciente con obesidad. Tradicional-

mente, la autonomía en bioética se asocia a la capacidad de decisión racional y al consentimiento informado, a veces con un sesgo individualista y cognitivo. Una perspectiva fenomenológica propone una autonomía incorporada o autonomía encarnada, reconociendo que la capacidad de autodeterminación está íntimamente ligada a la vivencia corporal y al contexto intersubjetivo.

Como han argumentado Lewis y Holm (2023), mi cuerpo es a la vez algo que tengo y algo que soy, y precisamente porque “mi cuerpo soy yo”, resulta razonable que yo tenga autoridad para decidir sobre él (Mackenzie 2001; Lewis y Holm 2023). Esta fundamentación difiere de la noción de autonomía entendida como un dominio mental sobre un cuerpo-objeto. Aquí, la identidad corporal sustenta la agencia. Incluso siendo mi corporalidad siempre cocreada en relación con otros y con el mundo, sigue siendo mi presencia encarnada la que vivirá las consecuencias de cualquier intervención (Mackenzie 2001). Por tanto, respetar la autonomía supone comprender cómo la persona con obesidad siente y experimenta su posibilidad de elegir en función de su cuerpo, de sus hábitos sedimentados, de sus miedos y esperanzas encarnadas (Slatman 2014a).

Un acercamiento fenomenológico nos recuerda que la voluntad está anclada en esquemas corporales y afectivos. Por ejemplo, un paciente puede asentir a una cirugía bariátrica (ejercicio clásico de autonomía decisional), pero al mismo tiempo experimentar corporalmente ambivalencias profundas (temor al cambio de imagen corporal, expectativa de “ser otro” tras perder peso, entre otros) que deberían formar parte de la deliberación ética. Integrar estas vivencias en la toma de decisiones significa

promover una autonomía más real, integrada en la corporeidad y no reducida al aspecto intelectual. Algunas filósofas feministas como Catriona Mackenzie proponen concebir la autonomía no como “control sobre el cuerpo” sino como integridad corporal (la armonía entre el cuerpo vivido y los proyectos del yo) (Mackenzie 2001). Tal planteamiento refrenda que ayudar a un paciente con obesidad a ser autónomo implicará fortalecer su agencia corporal (por ejemplo, mejorar su movilidad y la confianza en su cuerpo) y no únicamente brindarle información cognitiva.

La beneficencia, entendida como actuar en el mejor interés del paciente, también adquiere cualidades renovadas. Desde una bioética fenomenológica, hacer el bien no puede medirse sólo en parámetros estandarizados (como reducir cualquier cantidad de kilos o bajar el IMC a cierto rango), sino que ha de calibrarse según la experiencia vivida de bienestar del paciente. Las personas con obesidad sienten que su vida queda en suspenso debido a las limitaciones corporales y al estigma (por ejemplo, evitando actividades o postergando metas personales mientras no adelgacen) (Haga et al. 2020). Frente a ello, un principio de beneficencia encarnada instaría a intervenciones que devuelvan a la persona la capacidad de habitar plenamente su vida presente, con el cuerpo que tiene aquí y ahora. Esto podría traducirse en prácticas clínicas más empáticas y dialógicas, donde el profesional de salud explore junto al paciente qué mejoras concretas en su calidad de vida son valiosas para él/ella, en lugar de imponer metas uniformes centradas exclusivamente en métricas de peso. Desde la fenomenología se puede entender que la salud es vivencial, por lo que un cuerpo puede estar médicamente mejor según

ciertos indicadores, pero si el sujeto sigue sintiendo alienación o vergüenza en su carne, el beneficio integral es cuestionable. Merleau-Ponty describió la enfermedad como una ruptura de los actos intencionales habituales del cuerpo vivido (Lewis y Holm 2023); análogamente, podríamos pensar la obesidad como una experiencia que perturba la habitualidad cómoda del estar en el mundo, sobre todo si la persona siente su cuerpo extraño o torpe ante la mirada ajena. La tarea beneficente entonces es colaborar a que ese cuerpo retome su intencionalidad y pertenencia, ya sea mediante apoyo psicológico para reconstruir su imagen corporal o adaptando el entorno para facilitar su movilidad y participación. Se trata de humanizar las metas terapéuticas, moviéndonos del reduccionismo biomédico a una visión más integral centrada en el bienestar sentido del paciente.

Entonces, bajo estos supuestos, la relación médico-paciente surge como un encuentro entre dos sujetos encarnados más que como la interacción de un técnico con un objeto patológico. La comunicación clínica tradicional respecto a la obesidad tiende a ser vertical y a veces cosificante. El profesional evalúa el cuerpo del paciente con una mirada clínica objetivante (lo ve en cifras y lo compara con estándares) y prescribe indicaciones unilaterales. Esta mirada clínica puede reducir al paciente a un cuerpo-objeto, generando alienación y pasividad en él (Grünfelde 2023). Dicha reducción se expresa corporalmente en gestos, silencios, modulaciones de la voz y formas de mirar que el paciente percibe de manera inmediata, produciendo una experiencia de juicio moral encarnado que erosiona la confianza y limita la apertura intersubjetiva del vínculo terapéutico. En el caso de la obesidad,

esto se manifiesta cuando el paciente se siente juzgado únicamente por su peso o acusado de falta de autocontrol, en vez de percibirse entendido como persona completa. Una perspectiva merleau-pontyana abogaría por suspender esa mirada objetivante y cultivar una mirada intersubjetiva, donde médico y paciente se reconocen mutuamente como seres humanos que comparten una situación (Santos et al. 2025).

La noción de entrecruzamiento sugiere que el cuerpo del médico y el del paciente están en comunicación; por ejemplo, la empatía puede concebirse como una resonancia corporal. El clínico siente en su propio cuerpo algo del sufrimiento o incomodidad del paciente, estableciendo así un vínculo más allá de las palabras. Al atenuar la actitud objetivadora la relación puede volverse más horizontal, permitiendo que el paciente asuma un rol más activo y que el médico sea visto con más confianza (Churchill 2012; Vial et al. 2024). Idealmente, el diálogo clínico en una bioética fenomenológica de la obesidad sería un espacio de encuentro donde el paciente narra su experiencia con su propio cuerpo (frustraciones, deseos y temores), y el profesional escucha sin prejuicios, dejando de lado la lente reduccionista del IMC para apreciar la historia única de ese cuerpo vivido. En esa relación dialógica, el médico aporta conocimientos técnicos, pero también se muestra como cuerpo presente (mediante la comunicación no verbal de cercanía, la postura de acogida, el tacto empático cuando es apropiado). Se establece así una alianza terapéutica en la que ambos cuerpos están comprometidos en el proceso de curar o aliviar. El paciente deja de ser un receptor pasivo de órdenes para convertirse en agente de su propio cuidado, apoyado por la guía experta, pero

compreensiva del médico (Nyman et al. 2010; Mehling et al. 2011).

La crítica al reduccionismo del IMC y a las intervenciones centradas exclusivamente en el control se hace evidente a la luz de lo anterior. Ver la obesidad únicamente como exceso de peso medible conduce a abordajes uniformes que ignoran las diferencias de significado y contexto en cada caso. La vida real no se captura en números abstractos, pues según Merleau-Ponty la vida es vivida y contada en primera persona, siempre situada en un contexto cultural (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2024). Una persona puede alcanzar el IMC deseado según la medicina y, sin embargo, seguir sufriendo su cuerpo. Por ejemplo, debido al sobrante de piel tras una pérdida masiva de peso, o por trastornos alimentarios persistentes. La cirugía bariátrica, a pesar de ser eficaz en lograr adelgazamiento significativo, no modifica automáticamente aspectos como la relación con la comida o la imagen corporal internalizada. Muchas narrativas de pacientes revelan una paradoja postcirugía, el cuerpo cambia externamente, pero ciertas habitualidades incorporadas (apetitos, ansiedades y percepciones de sí) permanecen, generando disonancia entre la nueva apariencia y el sentirse uno mismo (Nuttall 2015; Meneguzzo et al. 2022). Asimismo, la corporalidad tiende a recuperar sus equilibrios previos, y los hábitos sedimentados muchas veces reaparecen con el tiempo (MacLean et al. 2015). Estos hechos evidencian que el éxito terapéutico debe evaluarse a través de cambios más profundos en la vivencia corporal y cotidiana del individuo. Una postura fenomenológica-bioética, por tanto, promueve intervenciones que se orienten a acompañar al paciente en un proceso de cambio de estilo de vida vi-

vido, más que en un objetivo numérico fijo. Esto podría incluir terapias narrativas y ocupacionales que ayuden al paciente a reconfigurar la historia que se cuenta sobre su cuerpo y a recuperar actividades placenteras sin esperar a tener el cuerpo ideal. El cuerpo vivido se convierte así en eje de la ética, puesto que cualquier tratamiento debe evaluarse por cómo impacta en la experiencia que el sujeto tiene de sí en el mundo. Si un tratamiento logra que el paciente sienta mayor autonomía en sus movimientos, mejor aceptación de sí mismo y capacidad de disfrutar la vida (aun si su peso no llega al óptimo médico), sería éticamente válido y beneficioso (Center for Substance Abuse Treatment 2014; Penney y Kirk 2015; Tylka et al. 2014).

El cuerpo vivido como espacio ético de responsabilidad y agencia

Reconocer a la obesidad como experiencia encarnada conduce finalmente a una bioética relacional que resalta la interdependencia humana, la autonomía situada y la justicia social. En lugar de concebir la responsabilidad por la salud en términos puramente individuales se propone entenderla de manera ecológica. El cuerpo vivido se desarrolla y se sostiene en un entorno de relaciones, instituciones y discursos, por lo que la responsabilidad es compartida y distribuida. Reconocer esta distribución de la responsabilidad requiere revisar críticamente las políticas públicas que, al privilegiar indicadores abstractos y enfoques individualizantes, reproducen formas estructurales de estigmatización corporal y limitan las posibilidades reales de bienestar para las personas que viven con obesidad. Desde el inicio habitamos un mundo intersubjetivo (Goo-

ding et al. 2025; David 2024); nuestro cuerpo se mueve en un campo de significados dados por otros, y a su vez influye en los demás. Así, la agencia de una persona con obesidad está condicionada por factores como la disponibilidad de alimentos saludables en su comunidad, la presencia de apoyo afectivo o incluso por las actitudes del personal de salud que le atiende. Una bioética centrada en el cuerpo vivido abogaría por crear condiciones que amplíen la agencia efectiva de estas personas, más que por emitir juicios morales sobre sus decisiones. En lugar de culpabilizar al individuo por su peso, las políticas públicas podrían orientarse en regular la publicidad de comida ultraprocesada; mejorar la seguridad de los espacios para hacer ejercicio en barrios populares o garantizar que los sistemas de salud ofrezcan un trato digno y libre de sesgos de peso (Puhl y Heuer 2010).

Desde un punto de vista epistemológico, la experiencia vivida del cuerpo aporta un tipo de conocimiento que las métricas poblacionales no capturan, permitiendo identificar efectos subjetivos y relacionales (como la vergüenza, la evitación del sistema de salud o la alienación corporal) que son decisivos para evaluar la justicia y la eficacia de las políticas de salud. Estas medidas reconocen que la vulnerabilidad corporal es colectiva, todos dependemos del cuidado mutuo y del ambiente para mantener nuestra salud. De hecho, la vulnerabilidad puede entenderse como fundamento de la ética, pues al sabernos corporales y finitos, comprendemos la necesidad de solidaridad. La ética de la vulnerabilidad conlleva a reconocer nuestra interdependencia para construir comunidad y apoyo mutuo (Pratt 2020; Ter Meulen 2016). En el caso de la obesidad, esto significaría que la sociedad

en su conjunto asuma la responsabilidad de no dañar (por vía del estigma) y de proporcionar posibilidades reales de bienestar a las personas con obesidad.

El discurso médico también debe someterse a revisión. La manera en que hablamos de la obesidad configura actitudes y prácticas. Como señalaba Merleau-Ponty, el lenguaje forma parte de la experiencia del cuerpo en el mundo. Expresiones alarmistas o moralizantes pueden intensificar la alienación del paciente con obesidad, haciéndole sentir un otro irresponsable o una amenaza para el sistema de salud (Puhl y Heuer 2010; Phelan et al. 2015). Por el contrario, un discurso respetuoso y centrado en la persona facilita la construcción de un entorno de cuidado más ético.

En la última década ha surgido la recomendación de emplear lenguaje centrado en la persona al referirse a la obesidad, evitando términos peyorativos y enmarcando la condición como algo que alguien tiene (obesidad) y no como algo que alguien es (obeso) (Ramos Salas et al. 2019). Esto puede parecer un detalle lingüístico, pero en términos fenomenológicos afecta la imagen corporal y la identidad. Ayuda a separar el valor de la persona de su condición física al combatir la vergüenza internalizada. La ética narrativa también ofrece herramientas valiosas, pues propone escuchar y validar las historias que las personas con obesidad cuentan sobre sí. En un estudio con contrarrelatos de individuos viviendo con obesidad se observó que, al articular sus experiencias de estigma y resistencia, los participantes recuperaban en parte su sentido de dignidad y agencia (Ramos Salas et al. 2019). Incorporar estas narrativas en los discursos clínicos y públicos fomenta una comprensión más humana de la obesi-

dad, contraponiendo los fríos relatos canónicos médicos con las voces de quienes la encarnan en su cotidianidad (Ramos Salas et al. 2019).

En cuanto a las prácticas clínicas, la ética del cuerpo vivido promueve un cuidado centrado en la relación y adaptado a la individualidad corporal. Esto implica, que los consultorios y hospitales dispongan de infraestructura adecuada (bancas, camillas y equipos de diagnóstico) para cuerpos de todos los tamaños, mostrando así un respeto concreto a la diversidad corporal. También supone capacitar a los profesionales de la salud en competencia corporal, es decir, en habilidades de percepción y respuesta empática a las señales del cuerpo del paciente (Hong y Park 2025). Un médico fenomenológicamente orientado sería aquel que sabe interpretar el lenguaje corporal de su paciente con obesidad (su incomodidad al ser pesado en la báscula, su alivio al encontrar una mirada comprensiva) y ajustar en consecuencia su aproximación. Este cuidado sensible al cuerpo contrasta con la aproximación estándar que a veces ignora, por ejemplo, el pudor que puede sentir un paciente obeso al ser examinado. A su vez, se promovería la participación del paciente en su proceso, dado que el paciente es su cuerpo y lo conoce desde dentro, sus aportes (qué estrategias dietéticas le han funcionado o fracasado antes, qué ejercicio le resulta placentero o doloroso) deben guiar la toma de decisiones compartida.

La ética relacional ve al paciente como coautor de su plan de tratamiento. Esto puede potenciar la eficacia terapéutica, ya que cuando el paciente siente mayor control y responsabilidad en su cuidado, la relación clínica se torna más simétrica y mejora la adherencia (Bağ-Sosnowska et al. 2022). La bioé-

tica del cuerpo vivido convoca a crear entornos clínicos y sociales donde el cuerpo de cada persona con obesidad pueda aparecer sin ser juzgado, donde su vulnerabilidad sea acogida y compartida, y donde se le brinden recursos reales para ejercer su autonomía y perseguir su bienestar. La agencia se entiende como la capacidad de actuar en conexión con otros y con apoyo del entorno. Este giro es necesario para afrontar éticamente un problema tan complejo

como la obesidad, que en buena medida surge y se perpetúa por dinámicas sociales y económicas más amplias que el individuo. Incorporar sistemáticamente la experiencia vivida en el diseño y evaluación de políticas públicas permite articular una ética de la obesidad que vincula ontología corporal, justicia social y responsabilidad institucional, evitando que la intervención sanitaria se limite a la regulación abstracta de cuerpos medidos y clasificados.

Se agradece a los colegas del Instituto de Filosofía A.C. que brindaron colaboración conceptual, técnica y de apoyo documental durante la elaboración del manuscrito. El trabajo recibe apoyo del proyecto PAPIIT-DGAPA IA301325 *Estudio de la obesidad como un padecimiento complejo: una aproximación desde la teoría prospectiva*. Las personas autoras expresan que carecen de conflictos de interés personales, institucionales o comerciales que puedan influir en el contenido, análisis o conclusiones del manuscrito. Durante la preparación del manuscrito se emplearon

herramientas de inteligencia artificial generativa con fines de redacción asistida, organización argumentativa y revisión estilística. Todas las decisiones conceptuales, filosóficas y bioéticas corresponden exclusivamente a las personas autoras, quienes verificaron de manera rigurosa la coherencia, precisión y validez del contenido final. El uso de IA se realizó conforme a principios de transparencia académica y sin delegar responsabilidad intelectual o autoral en tales herramientas. Las herramientas de IA utilizadas fueron Gemini, Paperpal y Connected Papers.

Referencias

- Adams, Ted, Richard E. Gress, Sherman C. Smith, et al. 2007. "Long-term mortality after gastric bypass surgery". *The New England Journal of Medicine* 357 (8): 753-61. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa066603>
- Arterburn, David E., Maren K. Olsen, Valerie A. Smith, et al. 2015. "Association between bariatric surgery and long-term survival". *Journal of the American Medical Association* 313 (1): 62-70. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.16968>
- Baez, Andrew S., Lola R. Ortiz-Whittingham, Hannatu Tarfa, et al. 2023. "Social determinants of health, health disparities, and adiposity". *Progress in Cardiovascular Diseases* 78: 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.04.011>
- Bąk-Sosnowska, Monika, Małgorzata Moszak, Antonina Doroszevska, Mariusz Wyleźoń, Lucyna Ostrowska y Paweł Bogdanski. 2022. "Patient-centered care and 'people-first language' as tools to prevent stigmatization of patients with obesity". *Polish Archives of Internal Medicine* 132 (10): 16351. <https://doi.org/10.20452/pamw.16351>
- Buffone, Jesica Estefanía. 2024. "La dimensión normativa del hábito en Mau-

- rice Merleau-Ponty. Los objetos como organizadores de la corporalidad”. *Tópicos Revista de Filosofía de Santa Fe* 46: 1-12. <https://doi.org/10.14409/topicos.2024.46.e0100>
- Calluori, Stephanie, Kaitlin Kirkpatrick Heimke, Charlisce Caga-Anan, David Kaufman, Leah E. Mechanic, Kimberly A. McAllister. 2025. “Ethical, legal, and social implications of gene-environment interaction research”. *Genetic Epidemiology* 49 (1): e22591. <https://doi.org/10.1002/gepi.22591>
- Center for Substance Abuse Treatment. 2014. “SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols”. In *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Churchill, Scott D. 2012. “Resoundings of the flesh: Caring for others by way of ‘second person’ perspectivity”. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 7 (1): 8187. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.8187>
- Coyne, Lewis. 2023. “What is phenomenological bioethics? A critical appraisal of its ends and means”. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 48 (2): 170-83. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhad001>
- Crawford, Robert. 1980. “Healthism and the medicalization of everyday life”. *International journal of health services: planning, administration, evaluation* 10 (3): 365-88. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- David, James Ojochenemi. 2024. “Decolonizing climate change response: African indigenous knowledge and sustainable development”. *Frontiers in Sociology* 9: 1-14. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1456871>
- Dolezal, Luna y Danielle Petherbridge. 2017. *Body/Self/Other: The Phenomenology of Social Encounters*. State University of New York Press.
- Fagioli, Nicolás. 2024. “Contra la asepsia del mundo. La ontología tardía de Merleau-Ponty y la problemática de la carne”. *Revista de Filosofía (La Plata)* 53 (2): e089. <https://doi.org/10.24215/29533392e089>
- Gómez-Pérez, Daniela, Manuel S. Ortiz y José L. Saiz. 2017. “Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: una revisión de la literatura”. *Revista Médica de Chile* 145: 1160-64. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901160>
- González, Roberto Andrés y Gabriel Jiménez Tavira. 2011. “Fenomenología del entrecruce del cuerpo y el mundo en Merleau-Ponty”. *Ideas y Valores* 60 (145): 113-30. Consultado el 25 de marzo de 2026. <https://www.redalyc.org/pdf/809/80918571014.pdf>
- Gooding, Luke, Daniel Knox, Emily Boxall, Robert Phillips, Tracy Simpson, Charlotte Nordmoen, et al. 2025. “Ecological citizenship and the co-design of inclusive and resilient pathways for sustainable transitions”. *Sustainability* 17 (8): 3588. <https://doi.org/10.3390/su17083588>
- Grünfelde, Mära. 2023. “Body objectified? Phenomenological perspective on patient objectification in teleconsultation”. *Medicine, Health Care and Philosophy* 26 (3): 335-49. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10148-w>
- Haga, Britt Marit, Bodil Furnes, Elin Dysvik y Venke Ueland. 2020. “Putting life on hold: lived experiences of people with obesity”. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 34 (2): 514-23. <https://doi.org/10.1111/scs.12756>

- Helforouh, Zarindokht y Hossein Sayyad. 2024. "Prediction and classification of obesity risk based on a hybrid metaheuristic machine learning approach". *Frontiers Big Data* 7: 1469981. <https://doi.org/10.3389/fdata.2024.1469981>
- Hong, Sangmo y Cheol-Young Park. 2025. "From old to new: A comprehensive review of obesity diagnostic criteria and their implications". *Endocrinology and Metabolism* 40 (4): 517-22. <https://doi.org/10.3803/EnM.2025.2590>
- Isaksson, Jenni, Maria Lundvall y Lina Palmér. 2025. "Living in an invaded existence: a phenomenological lifeworld study of young women's experiences of peer-perpetrated sexual violence in Sweden". *International journal of qualitative studies on health and well-being* 20 (1): 2530749. <https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2530749>
- Karreman, Nancy, Yuru Huang, Natalie Egan, et al. 2023. "Understanding the role of the state in dietary public health policymaking: a critical scoping review". *Health Promotion International* 38 (5): 1-13 <https://doi.org/10.1093/heapro/daad100>
- Kost, Caroline, Kimberly Jamie y Elizabeth Mohr. 2024. "Whatever I said didn't register with her': medical fatphobia and interactional and relational disconnect in healthcare encounters". *Frontiers in Sociology* 9: 1303919. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1303919>
- Leitan, Nuwan D. y Greg Murray. 2014. "The mind-body relationship in psychotherapy: grounded cognition as an explanatory framework". *Frontiers in Psychology* 5: 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00472>
- Lewis, Jonathan y Søren Holm. 2023. "Towards a concept of embodied autonomy: In what ways can a patient's body contribute to the autonomy of medical decisions?" *Medicine, health care, and philosophy* 26 (3): 451-63. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10159-7>
- Mackenzie, Catriona. 2001. "On Bodily Autonomy". En *Handbook of Phenomenology and Medicine*, editado por S. Kay Toombs, 417-39. Springer.
- MacLean, Paul, S., Jenny A. Higgins, Erin D. Giles, Vanessa D. Sherk, y Matthew R. Jackman. 2015. "The role for adipose tissue in weight regain after weight loss". *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 16 (Supl. 1): 45-54. <https://doi.org/10.1111/obr.12255>
- Mauro, Maria Francesca, Marcelo Pappelbaum, Marco Antonio Alves Brasil, et al. 2019. "Is weight regain after bariatric surgery associated with psychiatric comorbidity? A systematic review and meta-analysis". *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 20 (10): 1413-25. <https://doi.org/10.1111/obr.12907>
- Mehling, Wolf E., Judith Wrubel, Jennifer J. Daubenmier, et al. 2011. "Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies". *Philosophy, ethics, and humanities in medicine: PEHM* 6 (6). <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>
- Meneguzzo, Paola, Elena Tenconi, Enrico Collantoni, et al. 2022. "The Cyberball task in people after obesity surgery: preliminary evaluation of cognitive effects of social inclusion and exclusion with a laboratory

- task”. *Eating and weight disorders: EWD* 27 (4): 1523-33. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01297-z>
- Merleau-Ponty, Maurice. 2013. *Phenomenology of Perception*. Traducido por Donald A. Landes. Routledge, Taylor & Francis.
- Moya, Patricia. 2014. “Habit and embodiment in Merleau-Ponty”. *Frontiers in Human Neuroscience* 8: 542. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00542>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2024. *Exploring the Science on Measures of Body Composition, Body Fat Distribution, and Obesity: Proceedings of a Workshop Series*, editado por Amanda Berhaupt. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/27461>
- Natvik, Eli, Målfrid Råheim y Randi Sviland. 2021. “The hamster wheel: a case study on embodied narrative identity and overcoming severe obesity”. *Medicine, health care, and philosophy* 24 (2): 255-67. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10002-x>
- Nuttall, Frank Q. 2015. “Body mass index: Obesity, BMI, and health: A critical review”. *Nutrition Today* 50 (3): 117-28. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000092>
- Nyman, Viola, M. K., Asa K. Prebensen y Gullvi E. Flensner. 2010. “Obese women’s experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth”. *Midwifery* 26 (4): 424-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.008>
- Penney, Tarra L. y Sara F. Kirk. 2015. “The health at every size paradigm and obesity: missing empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward”. *American Journal of Public Health* 105 (5): e38-42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302552>
- Phelan, Sean M., Darren J. Burgess, Mark W. Yeazel, Wendy L. Hellers-tedt, John M. Griffin y Michelle van Ryn. 2015. “Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity”. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 16 (4): 319-26. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Pratt, Bridget, Phaik Yeong Cheah y Vicki Marsh. 2020. “Solidarity and community engagement in global health research”. *The American Journal of Bioethics* 20 (5): 43-56. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1745930>
- Puhl, Rebecca M. y Chelsea A. Heuer. 2010. “Obesity stigma: important considerations for public health”. *American Journal of Public Health* 100 (6): 1019-28. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Ramos Salas, Ximena, Mary Forhan, Timothy Caulfield, Arya M. Sharma, y Kim D. Raine. 2019. “Addressing internalized weight bias and changing damaged social identities for people living with obesity”. *Frontiers in Psychology* 10: 1409. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01409>
- Rico Bovio, Arturo. 1998. *Las fronteras del cuerpo. Crítica de la corporeidad*. Ediciones Abya-Yala.
- Samra, R. 2025. “Conceptualising lived experience in mental health research: Problems, Insights and Implications”. *Sociology of Health & Illness* 47 (4): e70039. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70039>
- Lopes dos Santos, Alison, Camila Pereira de Souza y Lucas Guimarães Bloc. 2025. “João’s obese body: A case study in light of Merleau-Ponty’s

- phenomenology”. *Revista Psicopatología Fenomenológica Contemporánea* 14 (1): 243-63. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v14i1.1255>
- Serrano-Fuentes, Nestor, Anne Rogers y Mari Carmen Portillo. 2024. “Beyond individual responsibility: Exploring lay understandings of the contribution of environments on personal trajectories of obesity”. *PLoS one* 19 (5): e0302927. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302927>
- Slatman, Jenny. 2014a. “Multiple dimensions of embodiment in medical practices”. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 17 (4): 549-57. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9544-2>
- Slatman, Jenny. 2014b. *Our Strange Body: Philosophical Reflections on Identity and Medical Interventions*. Amsterdam University Press.
- Tanaka, S. 2015. “Intercorporeality as a theory of social cognition”. *Theory & Psychology* 25 (4): 455-72. <https://doi.org/10.1177/0959354315583035>
- Ter Meulen, Ruud. 2016. “Solidarity, justice, and recognition of the other”. *Theoretical Medicine and Bioethics* 37 (6): 517-29. <https://doi.org/10.1007/s11017-016-9387-3>
- Tremmel, Maximilian, Ulf G. Gerdtham, Peter M. Nilsson y Sanjib Saha. 2017. “Economic burden of obesity: A systematic literature review”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14 (4): 435. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040435>
- Tylka, Tracy L., Rachel A. Annunziato, Deb Burgard, et al. 2014. “The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being overweight loss”. *Journal of Obesity* (1): 983495. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>
- Vial, Iván, Marcin Moskalewicz, Anasztazja Szula, Michael A. Schwartz y Thomas Fuchs. 2024. “Close, yet so far away: a phenomenology of the praecox feeling in the diagnosis of schizophrenia as intercorporeal alienness”. *Frontiers of Psychiatry* 15: 1445615. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1445615>
- Wang-Chen, Yixi, Hui Yang, Nicole J. Kellow y Tammie S. T. Choi. 2025. “Exploring the perceptions of Chinese adults toward overweight and obesity: A systematic literature review”. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 26 (7): e13913. <https://doi.org/10.1111/obr.13913>
- Zeiler, Kristin. 2013. “A phenomenology of excorporation, bodily alienation, and resistance: Rethinking sexed and racialized embodiment”. *Hypatia* 28 (1): 69-84. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2012.01305.x>