



UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA

Experiencias Narrativas de Pacientes Obesos Antes y  
Después de Someterse a Cirugía Bariátrica

---

---

**TESIS DOCTORAL**

Dña María Luisa Socías Serrano

**Director:**

Dr. D. Álvaro Sicilia Camacho



**Enero 2024**



Experiencias Narrativas de Pacientes Obesos Antes y  
Después de Someterse a Cirugía Bariátrica

Narrative Experiences of Obese Patients Before and After  
Bariatric Surgery

---

---

**TESIS DOCTORAL**

Dña María Luisa Socías Serrano

**Director:**

Dr. D. Álvaro Sicilia Camacho



**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA**

Escuela Internacional de Doctorado  
Programa de Doctorado en Educación

**Enero 2024**



# Agradecimientos

Echando la vista atrás, me he dado cuenta de la trayectoria de mi vida, y de los cambios que han acontecido en estos últimos diez años. Desde la madurez valoras las personas que te acompañan en el camino y las que permanecen aportando y enriqueciendo cada día hasta llegar a este momento. Por eso dedico estas líneas a cada una de ellas, las cuales han hecho posible este reto.

A mi tutor y director de tesis, D. Álvaro Sicilia Camacho. Por su paciencia, implicación, ejemplo y profesionalidad. Él me ha acompañado y ha colaborado en esta tesis, manteniendo en todo momento una actitud ética y de calidad, ayudándome a acrecentar mi interés por la intervención en el campo científico y, de esta manera, poder contribuir con este pequeño granito de arena a mejorar la vida de algunas personas.

A Enrique y Elena, por facilitarme el contacto inicial con los participantes a través del proyecto EFIBAR.

A todos y cada uno de los participantes entrevistados, por su tiempo, disposición, interés y amabilidad. Sin sus aportaciones y experiencias no habría tenido lugar esta investigación.

A Adolfo López Gómez, por obsequiarme con el dibujo de la portada de esta tesis, y saber plasmar con su arte y talento la esencia de la misma.

A mis abuelos Julio y Luisa, pilares de mi educación. Ellos me inculcaron la responsabilidad en el trabajo y el espíritu de sacrificio. Me enseñaron a valorar la vida, a ser honesta y respetar a las personas. Este respeto me ha guiado a lo largo del desarrollo de esta investigación.

A mi madre, por darme la vida, por cuidarme y por estar siempre ahí.

A mi tía M. Gra, mi hermana mayor, mi espejo y mi referente. Gracias por inculcarme confianza y fortalecer mi autoestima en los momentos de bajón, que no han sido pocos.

A mi compañero de trabajo y amigo Fran, por estar en lo bueno y en lo malo siempre, por las risas y las lágrimas compartidas. Por apoyarme y facilitarme esta labor.

A mi perrita “Gamba”, por esas eternas horas de trabajo a mi lado y por su amor incondicional.

Por último y en especial a mi pareja, quien me ha mostrado en todo momento su confianza y su apoyo, quien ha soportado mis cambios de humor y mis agobios, quien ha compartido mis noches de insomnio. A mi compañero de vida.

Gracias.





# Índice





<b>1. Resumen .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Abstract.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Introducción.....</b>	<b>13</b>
<b>4. Marco Teórico.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 El Cuerpo Gordo Como Problema de Salud: Narrativas y Perspectivas de Actuación</b>	<b>21</b>
4.1.1 Introducción.....	21
4.1.2. Narrativas Realistas .....	24
4.1.2.1. Perspectivas Intervencionistas.....	25
4.1.2.1.1 Perspectivas Intervencionistas Centradas en el Individuo .....	25
4.1.2.1.1.1 Perspectiva Intervencionista Centrada en la Educación del Ciudadano	26
4.1.2.1.1.2. Perspectiva Intervencionista Centrada en la Intervención Médica .	27
4.1.2.1.2. Perspectivas Intervencionistas Centradas en las Estructuras Sociales .	31
4.1.2.1.2.1. Perspectivas Centradas en la Regulación del Mercado .....	31
4.1.2.1.2.1 Perspectivas Intervencionistas Centradas en la Desigualdad Social	35
4.1.2.2. Perspectivas Centradas en la Responsabilidad Individual.....	38
4.1.3. Narrativas Críticas.....	41
4.1.3.1. Perspectivas Críticas Biomédicas .....	42
4.1.3.2. Perspectivas Socio-Críticas y Activismo Gordo.....	45
4.1.4. Reflexiones Finales .....	51
<b>4.2. El Discurso Contra la Obesidad y Agentes que lo Promueven y Legitiman .....</b>	<b>53</b>
4.2.1. Introducción.....	53
4.2.2. Los Científicos .....	56
4.2.3. Los Medios de Comunicación y las Redes Sociales .....	63
4.2.4. Los Legisladores y Gestores Administrativos .....	69
4.2.5. La Industria y Esfera Empresarial .....	74
4.2.6. Las Asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales.....	77
4.2.7. Los Profesionales de la Salud .....	79
4.2.8. Los Ciudadanos.....	82
4.2.9. El Ciudadano Responsable.....	84
4.2.10. El Ciudadano Como Vigilante de su Propia Conducta .....	85
4.2.10.1. El Ciudadano Como Vigilante de la Conducta de los Demás .....	88
4.2.10.2. Vigilancia en las Relaciones Cara a Cara .....	89
4.2.10.3. Vigilancia en el CiberEspacio.....	90
4.2.11. Reflexiones Finales .....	94

<b>5. Planteamiento del Problema y Objetivos.....</b>	<b>97</b>
<b>6. Metodología.....</b>	<b>103</b>
<b>6.1. Participantes .....</b>	<b>105</b>
<b>6.2. Recogida de Datos y Procedimiento.....</b>	<b>107</b>
<b>6.3. Diseño y Análisis de Datos .....</b>	<b>108</b>
<b>7. Resultados.....</b>	<b>111</b>
<b>7.1. Doctor Necesito Operarme. Manejando el Estigma de Peso Asociado a la Cirugía Bariátrica.....</b>	<b>113</b>
7.1.1. Relatos sobre el Origen de mi Obesidad: Vengo de una Familia Gorda .....	113
7.1.2. Relatos sobre Dietas y Ejercicio: No han Funcionado para Mí.....	117
7.1.3. Relatos Sobre los Motivos de Operación: Es por Salud.....	126
<b>7.2. Doctor me ha Operado el Cuerpo, Pero no la Cabeza. Dilemas de Identidad Pre- y Pos-Cirugía Bariátrica.....</b>	<b>131</b>
7.2.1. Introducción.....	131
7.2.2. Identidades Marcadas por Sus Cuerpos.....	131
7.2.2.1. Cuerpos Expuestos.....	131
7.2.2.2. Cuerpos Marginados .....	137
7.2.2.3. Cuerpos Privados de Oportunidades .....	139
7.2.3. Identidades Deterioradas .....	142
7.2.4. Cirugía y Restauración de la Identidad .....	148
<b>8. Discusión .....</b>	<b>155</b>
<b>8.1. Manejando el Estigma de Peso Asociado a la Cirugía Bariátrica .....</b>	<b>157</b>
<b>8.2. Dilemas de Identidad Asociados a la Cirugía Bariátrica.....</b>	<b>163</b>
<b>9. Conclusiones .....</b>	<b>171</b>
<b>10. Referencias .....</b>	<b>177</b>



# 1. Resumen



La existencia de una epidemia de la obesidad se ha convertido en un régimen de verdad dominante en nuestra sociedad, propiciando una medicalización del cuerpo gordo. La medicalización del peso a través de la obesidad ha sido indicada como promotor de la estigmatización de las personas gordas. Las personas que son consideradas como aptas para cirugía bariátrica son un grupo especialmente vulnerable, porque se sitúan en uno de los extremos de la escala utilizada para clasificar el peso corporal, y su tamaño les convierte en un objetivo central para la censura moral. Sin embargo, el debate sobre la gordura y su medicalización suelen pasar por alto las experiencias diarias de las personas que viven estas situaciones. El objetivo de la presente tesis doctoral es examinar narrativamente las experiencias de personas que han sido clínicamente clasificadas como obesas, y que han decidido someterse a una operación de reducción de peso. Teniendo en cuenta las experiencias previa y posterior a la cirugía bariátrica, esta tesis doctoral se centra en examinar: a) el modo en que los pacientes obesos explican su decisión de someterse a cirugía bariátrica y manejan la estigmatización que puede suponer tal decisión; b) los dilemas de identidad que conlleva la decisión de someter el cuerpo a una operación de pérdida de peso y su posterior transformación. Buscando una amplia variedad de participantes, 23 pacientes (15 mujeres y 8 hombres), que habían sido seleccionados para ser sometidos a cirugía bariátrica tanto en centros públicos como privados, tomaron parte en el estudio. Tras recabar el consentimiento informado, cada uno de los participantes fue entrevistado en profundidad antes y después de recibir la cirugía bariátrica durante un periodo que abarcó aproximadamente dos años. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas para su análisis. De cara a examinar los relatos contados por los participantes en línea con los recursos narrativos que disponen social y culturalmente, las entrevistas fueron analizadas a través de un análisis narrativo dialógico. En línea con este tipo de análisis, los datos fueron examinados considerando el *qué* contaban los participantes, pero también *cómo* lo decían o contaban. Con ello se pretendió analizar los temas que abordaron, pero también los efectos que intentaron crear con sus relatos. Los resultados pusieron de manifiesto que, previo a recibir la operación, los participantes se esforzaron por justificar el origen de su peso, el fracaso por controlarlo, y la irremediable decisión de tener que operarse como último recurso para poder solucionar el problema del peso. A la hora de explicar el origen de su gordura, los participantes se basaron principalmente en factores genéticos,

biológicos y personales, con escasa mención a factores estructurales y sociales. Sus explicaciones sobre el origen de su gordura prepararon el terreno para presentarse como enfermos y defender la cirugía como una solución médica de la que eran merecedores. Además, al margen de las limitaciones físicas y los problemas de salud, los participantes arrastraron una historia de sufrimiento y una identidad deteriorada, situando la decisión de operarse como un intento de restaurar la identidad dañada. Esto debe ser interpretado como una forma de integrar su decisión de operarse dentro de un yo coherente. La cirugía bariátrica fue, por lo tanto, algo más que una solución médica, y reflejó los dilemas de identidad a los que se tuvieron que enfrentar los participantes. Tras recibir la operación de pérdida de peso, los relatos de los participantes desvelaron que el proceso no fue perfecto, pues la interacción con su cuerpo material fue decisiva para la forma cambiante en que ellos se relacionaron y explicaron el mundo. Los resultados de la presente tesis doctoral ponen en evidencia que la cirugía bariátrica no es solo una intervención médica sobre el cuerpo de las personas, sino que afecta al proceso de identidad. Sobre la base de los resultados obtenidos en esta investigación, varias implicaciones son delineadas en torno a la conceptualización del paciente obeso y la práctica médica de la cirugía bariátrica.



## 2. Abstract





The existence of an obesity epidemic has become a mainstream truth claim in our society, favoring the medicalization of the fat body. The medicalization of weight through obesity has been indicated as a facilitator to stigmatize fat people. Individuals who are considered suitable for bariatric surgery are a particularly vulnerable group because they are at one end of the scale used to classify body weight, and their size makes them a central target for moral censure. However, the debate on fatness and its medicalization often neglects the daily experiences of people living in these situations. The aim of the present PhD thesis is to examine the experiences of people who have been clinically classified as obese and have decided to undergo weight reduction surgery in a narrative way. Taking into account both pre- and post-bariatric surgery experiences, this PhD thesis focuses on examining: a) the ways in which people who are considered to be obese patients explain their decision to undergo bariatric surgery and cope with the stigmatization that such a decision may represent; and b) the identity dilemmas that the decision to undergo weight loss surgery and subsequent transformation of the body entails. Seeking a wide variety of participants, 23 patients (15 women and 8 men) took part in the study, each of whom had been selected to undergo bariatric surgery in either public or private health centers. After obtaining their informed consent, each participant was interviewed in depth before and after receiving the bariatric surgery, over a period of approximately two years. The interviews were recorded and subsequently transcribed for analysis. To examine the stories told by the participants in accordance with the narrative resources available to them socially and culturally, the interviews were analyzed through dialogic narrative analysis. In line with this type of analysis, the data were examined by considering not only *what* the participants recounted, but also *how* they did so. The aim was to analyze the themes they addressed as well as the effects they tried to create with their stories. The results showed that, prior to undergoing surgery, the participants made an effort to justify the origin of their weight, their failure to control it, and the irremediable decision to undergo surgery as a last resort to solve their weight problem. When explaining the origin of their fatness, the participants relied mainly on genetic, biological, and personal factors, with hardly any mention of structural or social factors. Their explanations of the origin of their fatness paved the way for presenting themselves as being sick and advocating surgery as a medical solution that they were deserving of. In addition, apart from the physical limitations and health problems, the participants had a history of suffering and of a deteriorated

identity, so that the decision to undergo surgery was also shown to be an attempt to restore the damaged identity. This should be interpreted as a way of integrating their decision to undergo surgery into a coherent self. The bariatric surgery was, therefore, more than a medical solution, and reflected the identity dilemmas faced by the participants. After receiving the weight loss surgery, the participants' accounts revealed that the process was not perfect, as the interaction with their material body was decisive in the changing way they related to and explained the world. The results of this PhD thesis show that bariatric surgery is not only a medical intervention on the bodies of individuals, but also that it affects their identity process. Based on the results obtained in this research, several implications are outlined regarding the conceptualization of the obese patient and the medical practice of bariatric surgery.



## 3. Introducción



La obesidad es la forma médica y dominante de entender la gordura. El tratamiento de la gordura como obesidad es conformado por un complejo y cambiante sistema de discursos, prácticas, emociones, objetivos materiales y relaciones interpersonales que se generan a finales del siglo XX y principios del siglo XXI (Boero, 2007, 2012; Gilman, 2008; Lupton, 2018). En la transición de estos siglos se produce lo que O'Hara y Taylor (2018) han denominado un paradigma de salud centrado en el peso; es decir, la producción de discursos sobre la salud pública donde el peso corporal se sitúa en lugar predominante. En línea con la aparición de este paradigma, la producción de textos y mensajes sobre lo que comenzó a denominarse como una epidemia de obesidad se intensifica (Campos, 2004; Gard & Wright, 2005; Lupton, 2018; Oliver, 2006). La idea de que la obesidad es una crisis de proporciones epidémicas contra la que hay que luchar ha alcanzado un estatus casi inexpugnable (Throsby, 2009), y se ha convertido en una cruzada en la que intervienen todo tipo de agentes o “emprendedores” contra la obesidad con diferentes intereses (Monaghan et al., 2010).

Detrás de la preocupación por la obesidad debe situarse el interés por atajar el riesgo que corren las personas obesas de padecer enfermedades asociadas y una mortalidad más temprana (Caixàs et al., 2020), pero también evitar el estrangulamiento del presupuesto de salud, debido al alto coste de las enfermedades crónicas asociadas (OECD, 2019). Aunque una combinación de factores personales, socioculturales y biológicos son indicados como causantes de la crisis de salud, los análisis de los mensajes públicos y noticias que cubren la obesidad resaltan que existe una preferencia por tratar la cuestión como un problema fundamentalmente personal (Lupton, 2018; Saguy, 2013). Así, aunque el diagnóstico de la obesidad se encuentra en un estado de poca certidumbre (Boero, 2012; Gard & Wright, 2005), las malas decisiones a nivel individual, fundamentalmente una mala alimentación y una vida sedentaria, sobresalen como los principales culpables de la obesidad.

El tratamiento público del peso y su medicalización a través de la obesidad han sido indicados como promotores de una estigmatización de las personas gordas (Phelan et al., 2015; Reiheld, 2021). De acuerdo con Goffman (1963), la gordura muestra un atributo en el cuerpo que es socialmente desacreditado y marca en la persona que la posee una identidad deteriorada. En las sociedades occidentales una persona gorda tiende a ser estigmatizada al menos por que confluyen en ella dos

características. En primer lugar, posee un cuerpo cuya apariencia va en contra de las normas culturales del ideal de belleza occidental (i.e., ideal de cuerpo delgado). Socialmente esto representaría un cuerpo ‘abominable’ (Goffman, 1963) o un cuerpo ‘abyecto’ (Kristeva, 1982), porque cruzan los límites de lo que es socialmente aceptable. En base al establecimiento de los límites de la normalidad se establece lo que es considerado como bueno y malo, correcto o incorrecto, aceptable o rechazable. Esta interpretación de la obesidad representa una perspectiva dicotómica entre lo saludable y lo patógeno (Quennerstedt, 2008), situando los cuerpos con un peso normal como saludables, aceptables y buenos, y aquellos con sobrepeso u obesidad como cuerpos patológicos, rechazables o malos (Gard & Wright, 2005).

En segundo lugar, el cuerpo gordo está asociado con un atributo individual que define el estilo de vida de la persona y le atribuye una falta de voluntad. En línea con la cultura neoliberal, existe la idea que ser gordo es una elección personal que debe guiarse por tener fuerza de voluntad para resistirse a la tentación de la comida y la voluntad de llevar una vida más activa (Greenhalgh, 2015; Guthman, 2011; Harjunen, 2021; LeBesco, 2011; Rose, 1990). Además de un problema de salud, la obesidad es representada públicamente como un problema moral, dado que corresponde al individuo poner de su parte para atajar el problema (Gard & Wright, 2005; Throsby, 2007).

La investigación desarrollada en la presente tesis doctoral examina narrativamente la experiencia de personas que han sido clínicamente consideradas obesas, y que han decidido someterse a una operación de reducción de peso. Lejos de presentar el proceso de cirugía bariátrica como un mero asunto de salud médica, la presente tesis espera iluminar sobre los dilemas de identidad a los que deben enfrentarse las personas gordas que deciden someterse a este tratamiento quirúrgico. La estructura de la tesis está compuesta por un total de diez apartados. Al margen de los apartados de resumen (en español e inglés) de la tesis, esta breve introducción, y las referencias bibliográficas utilizadas en la misma, los principales apartados, de una forma secuencial, van presentando la información y la toma de decisiones en las que se ha basado la investigación, pero también los principales resultados, así como la discusión e implicaciones que se derivan de los mismos. Tenemos la esperanza que los resultados de este trabajo ayuden a repensar el modo en que son percibidas y clasificadas las personas obesas, pero también el

procedimiento de selección y el tratamiento que se les ofrece a través de la cirugía bariátrica.







## 4. Marco Teórico





## 4.1 El Cuerpo Gordo Como Problema de Salud: Narrativas y Perspectivas de Actuación

### 4.1.1 Introducción

Desde mediados del siglo XX el cuerpo gordo ha llegado a convertirse, especialmente en las sociedades occidentales, en el foco de discursos y prácticas estigmatizadoras que pretenden regularlo y, a ser posible, corregirlo (Gard & Wright, 2005; Gilman, 2008, 2010; Lupton, 2018). Existe un conocimiento negativo y generalizado de la gordura (Murray, 2005b, 2008, 2009; Throsby, 2007), por el que se entiende que el cuerpo gordo es repulsivo (Kristeva, 1982). Las personas con cuerpos gordos son objeto de burlas y se encuentran marginadas socialmente (Phelan et al., 2014). Tanto en la sociedad en general, como en algunos grupos médicos, las personas gordas son vistas como responsables de su situación. Con frecuencia son señaladas como incapaces de controlar una alimentación en exceso, y son juzgadas como vagas y carentes de suficiente voluntad para mantener a raya el exceso de peso (Gard & Wright, 2005; Phelan et al., 2015; Throsby, 2009). Un numeroso grupo de médicos y expertos en salud pública han contribuido al rechazo del cuerpo gordo y han promulgado la existencia de una “epidemia de obesidad” que, según entienden, se va extendiendo a nivel mundial (Gard & Wright, 2005; Ross, 2005).

El discurso médico dominante defiende la idea de que la obesidad es un problema de salud cada vez más generalizado y globalizado. Esta perspectiva médica entiende que el cuerpo gordo constituye un síntoma patológico que debe prevenirse y tratarse (Campos, 2004; Gard & Wright, 2005; Oliver, 2006). Sin embargo, somos conscientes que la definición de cualquier problema sobre el que hay que intervenir es, en sí mismo, un problema político. En sociedades amplias y complejas es difícil que existan posiciones unánimes. Lo habitual es que los diferentes agentes de un grupo luchen para que el tema que les interesa y preocupa esté en la agenda política y social y, si pueden, para que la forma particular en que ellos ven el problema y las posibles soluciones sea la forma dominante. Teniendo en cuenta este hecho, y con el intento de presentar un trabajo analítico, en este capítulo agrupamos las diferentes narrativas que abordan el cuerpo gordo dentro de una clasificación dicotómica de partida. Estos dos grupos representan lo que hemos denominado una

aproximación realista sobre el problema y una aproximación crítica. Esta clasificación es realizada considerando la diferente posición que cada narrativa toma en favor o en contra de la existencia de la obesidad como un problema de salud.

Las narrativas realistas son defendida por aquellos que Michael Gard (2011b) denomina como autores “alarmistas” o Lupton (2018) se refiere como defensores de la lucha contra la obesidad. Las personas alineadas con estas narrativas han sido descritos como unos verdaderos cruzados contra la obesidad (Becker, 1963; Monaghan et al., 2010). El grupo de realistas consideran que la obesidad es una plaga en extensión que afecta sobre todo a los países desarrollados. De uno u otro modo, los realistas intentan contribuir a la propagación o control de lo que ha sido denominado y aceptado como “epidemia de la obesidad” (Gard & Wright, 2005). Los principales medios de comunicación suelen adoptar esta aproximación y utilizan los términos de epidemia de obesidad, crisis de obesidad y guerra contra la obesidad, con el objetivo de alamar sobre la necesaria amenaza que supone la obesidad en nuestras sociedades (Boero, 2012, 2013; Gard, 2011b, 2022). Este grupo incluye un vasto número de personas que trabajan en el campo de las ciencias de la salud, la atención médica y la salud pública, y ven un riesgo importante en todos aquellos que son clasificados, normalmente a través de su IMC, como sobrepeso u obesos. Los realistas no cuestionan y, por lo tanto, no discuten la existencia de la obesidad como un problema de salud pública. Dan por sentado esta realidad y sus esfuerzos se alinean en erradicar esta plaga que asola las sociedades contemporáneas. Aunque es habitual que los realistas se decanten por una actuación multidimensional, suele existir diferencias entre ellos a la hora de poner más el acento en la necesidad de una intervención estatal o en acciones individuales de los ciudadanos.

Frente a los realistas, las narrativas críticas son desplegadas por un grupo de autores y movimientos sociales cada vez más amplio, que comenzaron a reaccionar ante el daño que consideran que está produciendo el discurso de la lucha contra la obesidad. La postura o aproximación crítica representa una posición escéptica (Gard, 2011b). Denuncian que las consecuencias del aumento de la obesidad se han exagerado y, en algunos casos, no están del todo claras (Campos, 2004; J. Evans et al., 2008; Gard, 2011b; Gard & Wright, 2005; Lupton, 2018; Oliver, 2006; Rich & Evans, 2005). Los autores críticos no niegan que una acumulación de grasa a ciertos niveles pueda tener consecuencias negativas para la salud, pero sí se muestran

escépticos ante la existencia de los niveles patológicos en que son clasificados los cuerpos gordos y, con ello, la existencia de lo que se ha denominado como ‘epidemia de obesidad’. Dentro del campo crítico existe una perspectiva biomédica minoritaria que intenta demostrar que la obesidad, por sí sola, no tiene relación causal con muchos de los resultados adversos para la salud que se defiende de la perspectiva biomédica alarmista o realista (Gard, 2011b; Lupton, 2018; Medvedyuk et al., 2018). Además, consideran que la obesidad puede servir como factor protector en determinadas circunstancias (Campos, 2004; Flegal et al., 2013; Gaesser, 2002). Desde una perspectiva más social, las narrativas críticas consideran que los efectos negativos de la obesidad en la salud no se deben tanto al hecho en sí de la obesidad, sino a la construcción que hacen de ella, al efecto estigmatizador que produce en los cuerpos gordos, y a la presión e insatisfacción en general que produce en la población por alcanzar determinados ideales corporales (J. Evans et al., 2008; Gard & Wright, 2005; Greenhalgh, 2015; Lupton, 2018; Wright & Harwood, 2009).

Tanto realistas como críticos presentan diferentes interpretaciones y puntos de vista a la hora de considerar el cuerpo gordo. Sin embargo, como ha señalado Gard (2011b), más allá de la idea de reconocer que existen diferentes posiciones y formas de ver la cuestión, lo llamativo es considerar que las narrativas que cada grupo maneja importa más que una supuesta verdad. Al fin y al cabo, las acciones y las prácticas de los actores están moldeadas y enmarcadas por ideas individuales y colectivas sobre el mundo y cómo éste funciona (Boswell et al., 2020). Desde este punto de vista, los actores viven y actúan dentro de un velo de ideas y creencias que explican sus acciones.

Desde la teoría del encuadre o teoría de los marcos (“Framing Theory”) se advierte que las personas acceden a una versión de la realidad en función del marco; es decir, en función de cómo se les presenta la información de esta realidad (Tewksbury & Scheufele, 2019). El marco de una realidad puede cambiar dependiendo de la posición desde la que se define. Estas diferentes posiciones desde las que se define una realidad han sido también denominadas como aproximaciones, perspectivas, narrativas, discursos, etc. No obstante, lo importante para el trabajo académico es analizar las diferentes versiones o “verdades” que las personas y grupos constituyen sobre una realidad o problema. Posiciones únicas o versiones puras no suelen existir. Más bien, los actores suelen mezclar, y a veces reconciliar, narrativas diferentes en sus esfuerzos por dar sentido a la realidad que

abordan. Por lo tanto, a la hora de abordar el cuerpo gordo como problema de salud lo importante no es tanto pensar sobre su verdad, sino identificar qué se da por hecho, y cómo se moviliza cada grupo dentro de su narrativa para, a su vez, intentar convencer y movilizar al resto de la sociedad (Boswell, 2013, 2016; Gard, 2011b). A continuación, exponemos los argumentos principales de las dos grandes narrativas, así como las diferentes variantes desde las que los autores examinan y definen los cuerpos gordos.

#### **4.1.2. Narrativas Realistas**

Las narrativas realistas o alarmistas de la obesidad constituye el paradigma dominante de entender la gordura (Campos, 2004; Gard & Wright, 2005; Medvedyuk et al., 2018). Incluye sobre todo académicos, políticos y legisladores, así como profesionales dentro de la medicina, nutrición, y salud pública. No obstante, aunque estos grupos pueden situarse en el origen del discurso, sus mensajes claramente se expanden a la sociedad a través de los medios de comunicación, redes sociales y asociaciones. En general, plantean que la gordura supone un riesgo importante de salud y está asociado a enfermedades cardiovasculares, diabetes y mayor mortalidad. Este grupo suele utilizar los términos “sobrepeso”, “obeso”, o a veces “peso corporal excesivo”, más que el término “gordo” o “gordura”. Las narrativas realistas plantean que el número de personas con sobrepeso y obesas está incrementando exponencialmente en muchos países, a tal nivel que defienden la existencia de una ‘epidemia de la obesidad’ o tendencia general a la que se refieren como “globesity” (Lupton, 2018). Por lo tanto, dan por sentada la existencia de una extensión de la obesidad, y plantean que esto supone un problema importante de salud que debe ser urgentemente tratado y prevenido.

Para los autores que defienden narrativas realistas el debate a discutir no es si la obesidad existe y si ésta es un problema de salud. Asumen la epidemia de la obesidad como una realidad, de tal modo que el debate se centra en descubrir cuáles son los factores que la producen, y cuáles son las medidas que deben ser adoptadas para atajar este problema. Cómo en el caso de las narrativas críticas, las narrativas realistas deben ser tratadas en plural, dado que, aunque mantienen consenso en ciertos aspectos, reflejan diferentes perspectivas a la hora de abordar las causas y las posibles soluciones de la obesidad. Aunque todas las narrativas realistas suelen reconocer que una mezcla de factores puede contribuir a la obesidad, diferentes

perspectivas pueden observarse a la hora de señalar el elemento clave que contribuye a producir la obesidad. Además, a la hora de afrontar el problema, cada perspectiva pone diferente acento en el rol que el individuo frente al Estado tiene a la hora de luchar contra la epidemia de la obesidad. La distinción entre perspectivas dentro de una narrativa realista es importante porque cada subgrupo moviliza de forma diferente, y en diferentes grados, a los agentes que deben intervenir y la forma en que deberían actuar (Boswell, 2013, 2016; Gard, 2011b).

#### **4.1.2.1. *Perspectivas Intervencionistas***

Dentro de las narrativas realistas o alarmistas de la obesidad, las perspectivas intervencionistas consideran la epidemia de la obesidad como una realidad incuestionable. Sin embargo, lejos de considerar que es un problema que debe solucionar cada individuo, los enfoques intervencionistas defienden la idea de que el Estado y, en general, los poderes públicos son los que deben proteger y ayudar al ciudadano ante el problema de salud que representa. Las posiciones intervencionistas dentro de la lucha contra la obesidad han sido más fáciles de observar en sociedades con larga tradición en el establecimiento de un estado social y de bienestar, tal y como suele ocurrir en países del viejo continente (Boswell, 2016).

##### **4.1.2.1.1 *Perspectivas Intervencionistas Centradas en el Individuo***

Los autores que ponen más el acento en una intervención centrada en el individuo comparten la idea de que algo debe ser hecho urgentemente ante el incremento de la obesidad, dado sus riesgos para la salud. No obstante, las perspectivas intervencionistas centradas en el individuo suelen achacar las razones últimas de la obesidad a cuestiones comportamentales, más que a los cambios estructurales o económicos en los que vivimos. Dado que el origen de la obesidad suele situarse de una forma simplificada en un desequilibrio entre el consumo y gasto de calorías, se tiende a reducir en exceso la causa a una cuestión de hábitos y comportamiento individual. De este modo, estas perspectivas no tienen en cuenta las estructuras o los procesos sociales más amplios que pueden explicar la obesidad, o al menos no los señalan como los verdaderos culpables del problema. Al fin y al cabo, el individuo es quien tiene que cambiar las conductas no saludables que le pueden llevar a ser obeso. En esta línea, sus acciones se dirigen principalmente a la promoción de programas educacionales que ayuden al individuo a modificar su conducta, o bien a mejorar la investigación y los sistemas de salud que conlleven un

mejor tratamiento a las personas que ya presentan una obesidad extrema. A continuación, trataremos cada una de estas dos líneas de intervención centradas en el individuo.

#### **4.1.2.1.1.1 Perspectiva Intervencionista Centrada en la Educación del Ciudadano**

En general, las perspectivas intervencionistas centradas en la educación del ciudadano suelen mantener la idea de que el incremento de las tasas de obesidad es un reflejo de los cambios que se han producido en las sociedades desarrolladas. El desarrollo social y tecnológico ha propiciado que los individuos hayan perdido un estilo de vida saludable. Cambios importantes se han dado en la sociedad. Por ejemplo, en muchas sociedades el modelo de familia ha cambiado. Se ha pasado de un modelo único de familia, donde la madre permanecía en casa, a formas más variadas de familia. Este cambio de estructura familiar ha conllevado la incorporación de la mujer al trabajo y, consecuentemente, se defiende la idea de que este cambio ha conllevado a una preparación más pobre de los alimentos en casa.

Dentro de esta perspectiva, los avances tecnológicos son vistos como responsables del estilo de vida de los ciudadanos. Se considera que muchas personas, sobre todo los más jóvenes, han pasado de juegos activos, y realizados fundamentalmente en la calle, a actividades más sedentarias, tales como juegos de ordenador, ver televisión o navegar por internet (Pearce & Witten, 2010). Esta situación es también acentuada por un aumento de la preocupación por la seguridad de los más pequeños, lo cual ha reducido muchas oportunidades para una vida más activa, como jugar en la calle o ir al cole solos. Se considera que los adultos pasan también cada vez más tiempo sentados en su lugar de trabajo, favorecido por los cambios en los modos de producción y el aumento del trabajo en el sector servicios. Por otra parte, se considera que a la gente no solo le falta el tiempo y las habilidades para mantener un estilo de vida saludable, sino también la conciencia de la importancia de mantener este tipo de estilo de vida para su salud.

Dado los profundos cambios que ha sufrido la sociedad, y el impacto que ello ha tenido en el estilo de vida de los ciudadanos, esta perspectiva defiende la necesidad de ayudar a la persona para que reconecte de nuevo con los estilos de vida saludables que existían anteriormente (Giskes, 2010; Swinburn, 2008). Grandes grupos se adscriben a esta narrativa, tales como académicos e investigadores, fundamentalmente de la rama epidemiológica, algunos



representantes de organizaciones no gubernamentales, representantes de la industria alimentaria, industria del fitness y pérdida de peso, periodistas, y un gran número de políticos y representantes institucionales. A este amplio grupo de defensores de esta narrativa se suman profesionales en el campo de la salud, la educación y la actividad física.

A través de programas y campañas públicas y privadas se transmite al ciudadano que debe mantener un estilo de vida saludable. Al mismo tiempo, se urge a la persona con sobrepeso u obesa a que pierda peso para evitar llegar a estar enferma, y se muestra que la mejor estrategia preventiva es hacer más ejercicio y reducir el consumo de alimentos. Las campañas educativas abarcan a todos los sectores de la población, con una especial atención a la población escolar (Gámez-Calvo et al., 2022). Se informa de los problemas de salud asociados con la obesidad y se proporciona educación nutricional. También estas campañas proporcionan información al consumidor sobre los ingredientes y el consumo calórico, que pueden observar a través de la etiqueta de los productos. Aunque en España hoy día ya son numerosos los programas educativos emprendidos para sensibilizar y formar a los ciudadanos en la creación de hábitos saludables, cabe mencionar como un referente inicial la estrategia NAOS. Esta estrategia fue iniciada en España en 2005, siguiendo la estela de programas emprendidos en otros países, y siguiendo la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, emprendido por la Organización Mundial de la Salud.

#### **4.1.2.1.1.2. Perspectiva Intervencionista Centrada en la Intervención Médica**

Esta perspectiva enfatiza el cuidado y el tratamiento de los millones de personas que ya han sufrido o están sufriendo las consecuencias adversas y efectos de la obesidad, además de desarrollar medidas para prevenir la condición. Sus proponentes son mayoritariamente médicos y profesionales que trabajan en los servicios de salud, pero también representantes de la industria farmacéutica, equipo de médicos y grupos de pacientes.

Comparte con otras perspectivas que alimentan una narrativa alarmista que el problema de salud al que nos enfrentamos proviene de los cambios en el estilo de vida como consecuencia de importantes transformaciones sociales y tecnológicas en las sociedades avanzadas. En parte, esta perspectiva considera que el origen proviene de una visión evolucionista de la degradación de nuestro estilo de vida

(Gard, 2011a; Gard & Wright, 2005; Pearce & Witten, 2010). Se considera que el último siglo, sobre todo a partir del desarrollo de la sociedad tecnológica, hemos pasado de una escasez de alimento a una abundancia. Estos cambios bruscos en nuestra evolución hacen que nuestro cuerpo tenga que adaptarse una relación distinta con la alimentación. Venimos de siglos donde lo normal era que las personas tendieran a alimentarse en previsión de tiempos de escasez. Sin embargo, se ha producido una disrupción que ha traído cambios en el ambiente. El advenimiento de la sociedad moderna y tecnológica ha situado a un gran número de personas desde un estado de escasez de alimento a uno de masiva abundancia. El resultado es un ambiente obesogénico que perjudica nuestra salud. Esta narrativa responsabiliza a la industria alimentaria, pero también la industria dirigida a la pérdida de peso (Boswell, 2016; Pearce & Witten, 2010). Más que proporcionar una solución, estas industrias son parte clave del problema. Son vistos como los grandes explotadores en un mercado creciente de productos dietéticos y para perder peso. Algunos de sus productos, como las dietas yo-yo, presentan soluciones insostenibles que suelen agravar el problema más que solucionarlo.

No obstante, esta perspectiva suele considerar los intentos del gobierno por parar las tasas de obesidad, a través de campañas de concienciación social e intervenciones dirigidas a la población, como poco exitosas. Consideran que la obesidad es una condición, o incluso una patología. Consecuentemente, no puede ser solventada en la gran mayoría de los casos con programas informativos y educativos sobre cómo desarrollar estilos de vida saludables. Aunque los defensores de esta perspectiva no se oponen a la intervención estatal para apoyar acciones normativas que favorezcan hábitos saludables y restrinjan o limiten prácticas no saludables (e.g., campañas publicitarias de determinados productos, desincentivos fiscales, etc.), sin embargo, no creen que tengan un gran impacto. Los esfuerzos para impactar en la población general a través de medidas de salud pública se consideran que están basados en meras ideologías y una visión utópica, más que en la ciencia. Cantidad de dinero público se gasta en campañas educativas, sin que exista una clara implicación del ciudadano. Con ello, esta perspectiva defiende que es más importante centrarse en el nivel individual en lugar de toda la población. En concreto, la aproximación plantea ayudar al número creciente de personas que son ya obesas.

Desde esta perspectiva las personas obesas son vistas como enfermos y víctimas olvidadas. Incapacitados para remediar la situación por sí mismos en una

espiral de angustia mental y salud física. La prensa y redes sociales se hace eco de la petición de la Federación Mundial de la Obesidad para que las organizaciones de salud del mundo consideren la obesidad como una enfermedad crónica (Anónimo, 2017). Los defensores de esta iniciativa establecen que la consideración de la obesidad como una enfermedad permitiría equiparar la obesidad con otros tipos de enfermedades y, con ello, que los ciudadanos pudieran beneficiarse de los servicios de la sanidad pública, o bien de los seguros médicos.

En línea con esta perspectiva pueden encontrarse artículos en revistas médicas y multitud de webs de clínicas médicas que defienden que aquellas personas que entran en la categoría de obesos mórbidos (i.e., aquellos con más de 40 de IMC), o bien con obesidad severa y patologías asociadas, sean financiados por los servicios públicos para recibir una cirugía de pérdida de peso o cirugía bariátrica. Algunos estudios defienden que la inversión en cubrir los costes de la cirugía bariátrica repercute en un ahorro posterior por el menor uso que harán de la sanidad pública (Chadwick et al., 2021).

Para este tipo de personas el tratamiento quirúrgico es presentado como el único medio eficaz y duradero para la obesidad, dado que en este grupo de personas los tratamientos médicos tradicionales (i.e., dietas, ejercicio, medicación) no se presentan como eficaces (Khwaja & Bonanomi, 2010). Entre las intervenciones más comunes están las técnicas restrictivas que reducen la capacidad del estómago (e.g., manga gástrica, también conocida esta técnica con el término inglés 'sleeve'), lo que genera una restricción en la cantidad de alimento que la persona puede ingerir. Las técnicas restrictivas suelen combinarse con técnicas que produce la malabsorción de los alimentos, como el bypass-gástrico, donde además de reducir la capacidad del estómago, se realiza un puente desde el estómago hacia la zona distal del intestino. Con esta técnica se consigue que el paciente tenga menos capacidad gástrica, de tal manera que los alimentos pasan directamente a una zona más distal del intestino impidiendo su absorción completa. Finalmente, la evolución en la técnica ha permitido que la mayoría de la cirugía sea laparoscópica, lo que evita la gran cirugía mediante pequeñas incisiones en el abdomen. Esta evolución se vende como un procedimiento más seguro, con un ingreso hospitalario de menos días por parte del paciente.

No obstante, en la mayoría de los artículos y webs promocionales no se muestran los efectos secundarios que puede tener la cirugía bariátrica, tales como vómitos o náuseas, cambios intestinales, riesgo de fracturas, exceso de piel floja, o diferentes problemas psicológicos asociados con la imagen corporal y la identidad corporal (Cantay et al., 2022; Lin & Tsao, 2018; Throsby, 2012; Zhang et al., 2020). A veces estos problemas suelen ser justificados desde esta perspectiva médica por una falta de recursos y financiación pública. Así, el servicio social de salud es visto también como una víctima. Un servicio que está infra financiado y mal preparado para tratar la crisis de la obesidad. Se denuncia el creciente número de víctimas obesas con múltiples y complejas condiciones crónicas que sobrepasa la capacidad humana y de equipamiento de los hospitales. Los defensores de esta perspectiva suelen denunciar los errores cometidos en las cirugías bariátricas y la pobre evaluación de sus necesidades, así como la falta de medios para atender de forma segura la situación. Las propuestas se centran en mejorar la preparación de profesionales y crear una estructura en atención primaria y diversas subdisciplinas, pero también en aumentar la inversión que pueda ayudar a tratar a las personas en riesgo u obesas. Esto incluiría inversión en investigación clínica para tratamientos farmacéuticos, psicológicos y médicos, al mismo tiempo una fuerte financiación en la atención primaria para proporcionar personal adicional, equipamiento, y un entrenamiento especializado a los profesionales médicos.

La perspectiva a favor de una mayor intervención médica es apoyada por médicos, sobre todo cirujanos bariátricos, pero también otros profesionales como psicólogos, dietistas, investigadores médicos, suministradores de equipamientos y algunos grupos de pacientes. Suelen defender su postura a través de relatos sobre problemas físicos, psicológicos y emocionales que padecen las personas con obesidad, así como las mejoras que obtienen tras el tratamiento médico o quirúrgico (Korenkov et al., 2007). De este modo, esta perspectiva intenta que empaticemos con el sufrimiento de las personas obesas, a través de sus luchas personales y pérdida de dignidad, como un modo de defender la necesidad de intervenir médicamente sobre ellas.

#### **4.1.2.1.2. Perspectivas Intervencionistas Centradas en las Estructuras Sociales**

Como hemos visto anteriormente, gran parte de las perspectivas que mantienen una narrativa en contra de la obesidad dirigen la responsabilidad del control del peso hacia el individuo. De esta forma, muchas perspectivas intervencionistas consideran que, aunque el Estado debe proporcionar medios y ayudar al individuo, éste tiene en su mano la verdadera solución del problema. No obstante, frente a esta forma de intervención centrada en el individuo, dentro de las narrativas realistas existen aquellas que adoptan un enfoque más estructural de la obesidad. Éstos señalan como causas de la obesidad a los factores socioeconómicos, y no tanto los factores personales o individuales. Las perspectivas que defienden una intervención sobre las estructuras sociales comparten con las perspectivas de intervención individual muchos de los argumentos sobre la existencia de una epidemia de obesidad, y sobre la necesaria lucha contra ella. Ambas perspectivas comparten un horizonte similar, que se traduce en acciones encaminadas a terminar con el problema de la obesidad. Además, en sus aspectos más elementales, para ambas narrativas realistas el problema de la obesidad está asociado a un desequilibrio en el consumo y el gasto de energía, de tal modo que son conscientes de que la solución descansa en un equilibrio entre intervención estatal y acción del ciudadano. Así, toda aproximación realista que aboga por que el Estado intervenga considera hasta cierto punto que el problema de la obesidad implica una mezcla de factores ambientales y conductuales, de tal modo que en alguna medida la solución requiere combinar tanto una responsabilidad colectiva como individual. Sin embargo, el peso y el foco que dan a la intervención sobre la estructura social es precisamente lo que las diferencian.

##### **4.1.2.1.2.1. Perspectivas Centradas en la Regulación del Mercado**

Las perspectivas de intervención social centrada en intervenir sobre los mercados comparten hasta cierto punto la idea de que existe un deterioro de los hábitos de vida saludables como consecuencia de los cambios sociales, económicos y tecnológicos que han acontecido en nuestras sociedades en el último siglo. Sin embargo, las perspectivas intervencionistas sociales consideran que los entornos que rodean al individuo juegan un peso importante, a veces por encima de la capacidad del individuo para hacer frente al problema (Boswell, 2016).

Lo que se ha venido denominando como "entorno obesogénico" adquiere gran importancia en la explicación de la aparición y extensión de la obesidad. Se trata de un entorno que se extiende a todos los rincones en lo que se ha denominado "globesidad" (Gilman, 2010), y que hace que la obesidad escape a la voluntad del individuo. Estos entornos son producto de multitud de cambios sociales compartidos cada vez más en un mundo globalizado, y que son representados con fenómenos como la mera abundancia de alimentos baratos, de mala calidad y con alto contenido calórico, la proliferación de establecimientos de comida rápida y la publicidad de este tipo de alimentos, la incorporación de la mujer al mercado laboral, que se traduce en un menor número de comidas caseras saludables, la mayor propensión de los niños y los jóvenes a realizar actividades sedentarias como ver la televisión y jugar con el ordenador, o la escasa actividad física de las personas debido a las condiciones de trabajo y transporte contemporáneas (Pearce & Witten, 2010).

Los defensores de esta perspectiva sugieren que el incremento de las tasas de obesidad es una consecuencia alarmante y potencialmente destructiva del mercado. El mercado ha creado un ambiente tóxico y obesogénico, que mina la conducta del individuo, limita el consumo de alimentos saludables y la posibilidad de alcanzar tasas de actividad física suficientes. La esencia de la narrativa es que los individuos están luchando para adaptarse al ámbito físico y, sobre todo, al consumo de alimentos de hoy día. De este modo, fuertes intervenciones gubernamentales son requeridas, pero no sólo para educar al ciudadano sobre sus conductas, sino sobre todo para regular el mercado de la alimentación y desarrollar las estructuras necesarias que posibiliten la elección de consumidores informados.

Los esfuerzos del gobierno para mejorar la conciencia del estilo de vida pueden ser esperanzadores, pero son valorados como insuficientes. Igualmente, se considera que las intervenciones dirigidas al individuo a través de tratamientos o la promesa de resultados milagrosos no es ampliamente eficaz. En este sentido, hay una cierta desconfianza de esta perspectiva hacia la industria farmacéutica y sus esfuerzos por establecer una cura de la obesidad (Gard y Wright, 2005). Además, aunque la investigación de corte médico pueda ser financiada, en muchas ocasiones ofrece soluciones concretas que son difícilmente extensibles a la población en general. Por todo ello, consideran que debe ofrecerse intervenciones que afecten a un amplio sector de la población. En concreto, ven necesaria una regulación de la comida basura porque la educación no puede por sí competir contra la ingente

cantidad de dinero que la industria de alimentación basura gasta en campañas publicitarias (Kleiman et al., 2012; Lewin et al., 2006). Por eso se necesita emprender estrategias más allá de acciones tibias y superficiales que se limitan a obligar a disponer de información del producto en los etiquetajes. Se necesitan implementaciones efectivas que abarquen ampliamente a la población, y que desafíen las ramificaciones de poder de la industria alimentaria ((Ludwig, 2008).

Comparten con la perspectiva de intervención centrada en la educación del individuo una visión nostálgica de los hábitos de alimentación y ejercicio que existían décadas atrás. Comparten la idea de que los ciudadanos en el pasado eran más saludables, básicamente porque la alimentación era más sana y se hacía más actividad física. Sin embargo, este equilibrio ha sido minado por la falta de una estructura económica y social que deteriora la elección e intereses del consumidor. Los grandes monopolios están corrompiendo el mercado, de tal forma que dirigen la vida y limitan las posibilidades del ciudadano. Gran parte de la responsabilidad la tienen la industria alimentaria, la industria de comida rápida y comida procesada. Estas corporaciones son acusadas de promover sus productos para conseguir rendimientos a expensas de la salud pública.

Abogan por una firmeza en la regulación gubernamental, dado que se considera que la industria alimentaria se entromete o injiere en el proceso político para evitar una regulación firme y eficaz. Algunos autores acusan a las grandes empresas alimentarias de realizar acciones deliberadamente para entrometerse en la evidencia sobre la obesidad, al mismo tiempo que despliegan un marketing y venta de productos no saludables. A semejanza esta narrativa a la historia vivida con el tabaco, donde las grandes industrias tabacaleras en el mejor de los casos no fueron claras sobre los productos utilizados en la elaboración del tabaco y el alto riesgo de crear adicción.

En definitiva, las acciones de varias industrias alimentarias y la relativa inacción de los gobiernos se considera que son los responsables de un aumento considerable de las tasas de obesidad. La tasa de obesidad ha aumentado la presión en los hospitales públicos y pone en peligro la sostenibilidad del servicio de salud. Por lo tanto, si el entorno está afectando al aumento de la obesidad, los defensores de esta narrativa abogan por una modificación del entorno. De este modo, esta narrativa considera que el diseño urbano puede contribuir a la "epidemia de

obesidad", pero también a paliarla. Ciertas instituciones, tales como el hogar, las escuelas y los lugares de trabajo, son señaladas como lugares claves para difundir información sobre el control del peso corporal (Pearce y Witten 2016). Estos factores estructurales, que contribuyen a la obesidad, son muy difíciles de cuestionar o cambiar, ya que forman parte de una compleja red de transformación, comercialización y distribución de alimentos, así como de importantes cambios sociales relacionados con el trabajo y la vida cotidiana. Es por ello que los autores de esta narrativa, fundamentalmente investigadores en salud pública y epidemiólogos, en colaboración con grupos de presión de consumidores, periodistas y responsables políticos, consideran necesaria una intervención desde los poderes públicos.

Entre las propuestas de intervención estaría la existencia de mayores restricciones gubernamentales a las actividades de las grandes empresas alimentarias que protejan los intereses de los consumidores, cambiar regulación en las ayudas y subsidios sobre la producción de alimentos e incentivos económicos a esta industria, control sobre programas sobre todo para hogares más vulnerables, mayor control en la publicidad de la comida basura, especialmente dirigida para los más jóvenes, la modificación de la comida que se ofrece a los niños en los comedores escolares, la creación de más carriles bici, parques y espacios públicos para hacer ejercicio, etc. Todas estas medidas ponen el énfasis en regular en un nivel más amplio que la población, es decir, hacer entornos más saludables. De este modo, no se trataría tanto de presionar al individuo en hacer cambios en su estilo de vida, sino modificar y regular el entorno y, en concreto, la industria alimentaria y tecnológica.

Aunque las intervenciones estatales dirigidas al individuo, sobre todo a través de programas informativos y educativos, parecen más populares, y han tenido una amplia extensión en España en las últimas décadas, existen también intentos de intervenir en los mercados con el objetivo de luchar contra la obesidad. Por ejemplo, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), perteneciente al Ministerio de Consumo, lanzó recientemente una campaña de sensibilización bajo el título 'Pon más héroes en tu plato y llena tu vida de superpoderes'. Esta campaña tuvo como objetivo el fomento de una alimentación saludable y la lucha contra la obesidad infantil. Aunque desarrolla acciones de sensibilización e información en alimentación saludable, contempla también otros ámbitos de trabajo que reflejan claramente un intento de intervención del mercado. Muestra de ello es el etiquetado frontal de productos Nutri-Score (véase figura 1), que supone un sistema de



etiquetado similar al etiquetado que ya existente en los productos electrónicos para medir la eficiencia energética. Con esta medida, se pretende que España se una a otros países europeos que ya implantaron este sistema de etiquetado y, de una forma fácil y clara, se ofrezca información sobre el valor nutricional de los alimentos. No obstante, el plan avanza también en reforzar el código PAOS, un sistema de reglas éticas que guíen a las compañías que se adhieran a este código para que desarrollen, ejecuten y difundan sus mensajes publicitarios sobre alimentos y bebidas dirigidos a menores en una forma que evite la excesiva presión sobre el consumidor. Junto con estas medidas, en gran parte voluntarias por parte de las empresas, el gobierno intenta emprender medidas fiscales (e.g., incremento del IVA), que desincentiven el consumo de azúcares y otros alimentos considerados nocivos para la salud (Consumo, 2020).



Figura 1.- Etiquetado Nutri-Score (fuente: Ministerio de Consumo, 2020).

#### 4.1.2.1.2.1 Perspectivas Intervencionistas Centradas en la Desigualdad Social

Esta perspectiva es compartida por ciertos medios de comunicación y representantes políticos que suelen reflejar una ideología de izquierdas, aunque también por algunos investigadores sociales y académicos que trabajan en la salud pública. Suele estar más asentada en países con larga tradición social, tal y como sucede en Europa y algo menos en países que han recibido fuerte influencia neoliberal, tal y como sucede en Australia y Estados Unidos de América (Boswell, 2016; Medvedyuk et al., 2018). En sus líneas generales mantiene que las tasas de obesidad son más un reflejo de la desarticulación social, de tal modo que es sólo una manifestación, entre muchas, de las profundas desigualdades que los sistemas económicos y políticos modernos han generado. El ámbito de actuación, por lo tanto, supera la perspectiva de intervención anterior, ya que los cambios sociales no

afectan sólo a los modos o estilos de vida de los individuos, o a la misma regulación del mercado, sino que afecta a la estructura socio-económica de las sociedades neoliberales implantada en muchos de los países desarrollados. Para esta perspectiva, la muestra clara de que la obesidad es un reflejo de la estructura socio-económica y la desigualdad generada en las sociedades de nuestros días es la evidencia en el reparto de las tasas de obesidad. Los estudios alineados con esta perspectiva suelen indicar que aquellos sectores poblacionales con más bajo nivel educativo, ingresos, y que ocupan un estatus más bajo en la sociedad, presentan una mayor probabilidad de padecer obesidad y, por lo tanto, sufrir complicaciones asociadas con la salud (Awaworyi Churchill et al., 2023; Y. Kim et al., 2019; Phipps et al., 2006; Salmasi & Celidoni, 2017).

A diferencia de las perspectivas anteriores, el punto de partida no es una mirada nostálgica a tiempos pasados mejores. Más bien se considera que la buena comida, nutrición y la salud han sido siempre una cuestión relacionada con la clase socio-económica. No obstante, el problema en los países desarrollados no es tanto el aumento de la pobreza global, que puede llevar a la malnutrición y situaciones de infra peso en grandes núcleos poblacionales, sino más bien el incremento de la desigualdad social. Esto ha producido cambios en cómo las desventajas socio-económicas se manifiestan. El orden económico neoliberal es visto como responsable del desarrollo de un sistema altamente sofisticado, pero amoral, de producción de alimentos, el cual crea incentivos para la promoción de beneficios en productos no saludables a expensas de los productos más saludables. Este sistema es el que asegura que la comida basura sea a menudo muy barata y suministra mucha más cantidad calórica en países desarrollados. Por otro lado, las normativas neoliberales, que han sido promovidas en muchas áreas, son consideradas como una contribución clave para la desmoralización de grandes franjas de la sociedad, que han dejado a los más vulnerable a la seducción de los productos alimentarios no saludables. Las clases trabajadoras, y sobre todo la clase baja son las víctimas fundamentales del sistema, con pocas posibilidades de acción que abocan a la desesperación y a conductas antisociales, como la bebida, fumar o la sobrealimentación. Los esfuerzos en promocionar salud se consideran fracasados en parte porque acosan al individuo que ha recibido poca educación y es incapaz de procesar la información y tomar las oportunidades que se les presenta. Además,

estas actividades de promoción son vistas como alienantes para el individuo quien ya se siente económicamente marginalizado y socialmente aislado.

Aunque muchos de los defensores de esta perspectiva pueden apoyar los esfuerzos realizados en las campañas de salud pública, o ven estas campañas poco efectivas e incapaces por sí solas para producir un gran cambio. Las grandes industrias de la alimentación son vistas como corresponsables, junto con los sistemas económicos y políticos más amplios que producen y sostienen estas compañías. El problema es el sistema que apoya a estas industrias. Por eso, esta perspectiva defiende la idea de que centrarse en focalizar la responsabilidad en estas empresas es desvirtuar el principal foco, que no es otro que el propio sistema económico y social. No obstante, consideran que este es uno sólo de los problemas asociados a estos sistemas. Así, la obesidad es sólo un síntoma de un sistema injusto e insostenible para organizar la sociedad. Por eso, los intentos actuales de intentar abordar estas cuestiones son considerados como anticuados para tratar con problemas complejos, multifactoriales, y derivados del contexto neoliberal en el que operamos. Sin negar algunas de las cuestiones abordadas por otras perspectivas, el foco principal se centra en la necesidad de pensar de forma integrada en un sistema más justo de la distribución económica. Un sistema más justo mejoraría las tasas de obesidad, pero también algunos otros problemas sociales.

Dentro de las narrativas que defienden una lucha contra la obesidad, esta perspectiva suele ser la que se encuentra más marginalizada. Según Boswell (2016), este hecho puede ser debido a la propia autocensura, por la cual algunos personajes públicos y representantes políticos suelen adherirse privadamente pero no lo hacen en público, al menos en el contexto del debate político. Tampoco debemos olvidar los sistemas de legitimación que operan en la sociedad (Jost et al., 2003; Trump, 2020). Desde el inicio de la formación de las sociedades modernas han existido discursos legitimadores sobre la superioridad racial y de clase que ayudan a conformar las opiniones sobre la salud y la enfermedad (Lupton, 2003, 2018; Petersen & Bunton, 1997). En estos discursos, los grupos étnicos y con menores recursos económicos son representados como menos activos físicamente y con menos capacidad cognitiva y educativa para desarrollar por ellos mismos conductas saludables de control del peso (Burrows, 2009). Con todos estos condicionantes, aunque los defensores de esta perspectiva lo puedan tener claro, no son muy

optimistas de que un cambio drástico ocurra en un futuro próximo, dado los obstáculos políticos y los intereses económicos que mueven el mundo.

#### **4.1.2.2. Perspectivas Centradas en la Responsabilidad**

##### **Individual**

Los defensores de esta narrativa critican fuertemente las políticas intervencionistas del Estado, y usan para ello la metáfora del Estado como una niñera (en inglés “nanny state”). En general, son muy críticos con el hecho de que se construya la obesidad como una preocupación pública. Pueden estar de acuerdo con el hecho de que la obesidad sea un problema, e incluso aceptar la existencia de una epidemia de la obesidad, sin embargo, consideran que se trata de un problema individual, en el que el estado no debería entrometerse (Boswell, 2016).

Los defensores de esta narrativa se preguntan, de un modo nostálgico, dónde ha quedado la responsabilidad del individuo. El Estado es visto como indulgente en un esfuerzo destinado al fracaso para controlar a la población y salvarlos de ellos mismos (Boswell, 2016; Magnusson, 2015). El problema es que el Estado, guiado por algunos académicos y profesionales de la salud, ha estado muy a favor de acoger a los enfermos crónicos obesos y ha enviado un tipo de mensaje equivocado a los individuos. Los intentos del Estado de persuadir a los ciudadanos para que pierdan peso mediante campañas de promoción de la salud o intervenciones en las consultas de los médicos, o de legislar para reducir los efectos del entorno "obesogénico", controlando la venta de determinados productos alimenticios en las escuelas, por ejemplo, se consideran restrictivos de la libertad y la autonomía de los individuos (Basham et al., 2006). En contra de estas acciones, los defensores de una narrativa centrada en la responsabilidad individual consideran que el mensaje debería ser que si la gente libremente elige tomar riesgos que amenazan su salud (e.g., drogas, tabaco, alcohol o mala alimentación), no deberían asumir después que la comunidad les debe solucionar los problemas. De esta forma, las campañas e intervenciones no son solo vistas como inútiles sino contra productivas, ya que aumenta el problema al reducir el sentido de responsabilidad individual. Como resultado, se piensa que las personas obesas, pero también los padres de los niños y niñas obesos, han utilizado esta ventaja del estado de bienestar. Por lo tanto, el estado protector es visto como un factor causante del incremento de la obesidad (Boswell, 2016).

Los defensores de esta narrativa están a favor de que la obesidad vuelva a la esfera privada. De hecho, la esencia más pura de esta narrativa es que la obesidad es producida o alimentada precisamente por la interferencia del estado, ya que lo que consigue es producir un declive de la responsabilidad personal. De este modo, los defensores de esta narrativa plantean que el crecimiento de las tasas de obesidad es una consecuencia directa de las políticas intervencionistas.

Si en las narrativas anteriores intervencionistas suele resaltarse la visión nostálgica de un estilo de vida saludable, aquí lo que se resalta es la visión nostálgica de las cualidades de disciplina y responsabilidad personales del pasado. Así, se considera que el incremento de la obesidad es un reflejo de favorecer cualidades equivocadas en detrimento de la capacidad de esfuerzo y la responsabilidad personal. Aunque comparten la idea de que existe una epidemia de la obesidad y que está viene como consecuencia de la alimentación basura y la falta de actividad física, esto es producido por el cinismo de los políticos que ven más ventajoso en votos no decir a la población realidades que pueden ser poco políticamente correctas. En lugar de señalar la responsabilidad de cada individuo prefieren identificar fuerzas oscuras (e.g., los cambios sociales, la alimentación basura) para ensalzarse en héroes en lucha contra estas fuerzas oscuras.

El incremento de coste en tratamiento ha puesto enorme presión sobre los servicios de salud inefectivos, con la probabilidad de poner en riesgo de bancarrota al sistema. La solución sería un cambio en el modelo proteccionista de salud pública. Los legisladores deberían parar de alimentar el estilo de vida destructivo de las personas obesas al tratarlas como víctimas. Por el contrario, las personas deben ser animadas o aún forzadas a tomar responsabilidad por ellos mismos. Dado que el ciudadano debe ser responsable, esta narrativa sitúa a los obesos como culpables de su situación. La culpabilidad personal recae principalmente en dos vías. Por un lado, defendiendo la idea de que las personas gordas son en general perezosas e incapaces de controlar su alimentación (Lupton, 2018; Ross, 2005). Por otro, se culpabiliza a los padres de la obesidad de sus hijos y se les señala como malos modelos a seguir (Burrows, 2009; Gard & Wright, 2005).

La narrativa que sitúa al ciudadano como responsable de su propia salud suele apreciarse como políticamente incorrecta, y es, por ello, que sus adeptos suelen constituir un grupo menor que aquellos que defienden perspectivas

intervencionistas. Algunas asociaciones de consumidores, grupos de derechas y empresarios de restauración y alimentación pueden unirse a esta perspectiva por puro interés de defender sus negocios de alimentación. Sin embargo, entre sus filas se pueden encontrar miembros de partidos más conservadores, algunos personajes públicos, grupos de consumidores, periodistas y escritores de opinión (Gard, 2011b; Magnusson, 2015). Los medios de comunicación fuera y dentro de España ocasionalmente recogen algunos acontecimientos donde se da cuenta de la defensa de esta perspectiva. Por ejemplo, Wiley et al (2013) narra como en junio de 2012, el centro para la libertad del consumidor en Nueva York publicó un anuncio a toda página en el New York Times, donde se podía apreciar una foto manipulada del alcalde de esta ciudad en el que se le representaba con un vestido de madrona y se podía leer la frase: "Los neoyorquinos necesitan un alcalde, no una niñera". Esta reacción fue achacada al anuncio del alcalde de prohibir la venta de bebidas azucaradas en envases de más de 16 onzas. Junto con esta reacción en el New York Times, se sucedieron páginas editoriales por todo el país, donde se denunciaba este acto como otra intromisión del Estado en la libertad del consumidor.

Un artículo aparecido en Autopista (Anónimo, 2007) recogió la intervención del expresidente español José María Aznar en contra de la intervención del estado y en favor de la libertad del ciudadano en cuanto a regular el estilo de vida de las personas. En 2007, en un acto protocolario celebrado en Valladolid, España, donde el expresidente del gobierno José María Aznar recibía la medalla de honor de la Academia del Vino de Castilla y León, aprovecho para criticar algunos letreros colocados en las autopistas por la dirección general de tráfico. Estos letreros eran parte de una campaña titulada "No podemos conducir por ti", ante lo que el expresidente respondía qué quien había pedido que conduzcan por uno mismo. Su argumento era que el ciudadano tiene el conocimiento suficiente para saber cuántas copas de vino puede beber sin poner en riesgo a los demás. Arremetiendo contra la intervención del Estado en el estilo de vida de los ciudadanos, defendió la libertad y responsabilidad individual, sugiriendo que se dejara tranquilo a los ciudadanos para que sean ellos quien decidan por sí mismos.

Aunque pueda ser considerado políticamente incorrecto, esta perspectiva puede ir ganando terreno en sociedades donde cada vez más se desmantela el sistema social de bienestar, en parte como respuesta al aumento de los déficits presupuestarios. De hecho, las perspectivas que potencian la libertad del ciudadano

son utilizadas con intenciones de producir un cambio de políticas basadas en la responsabilidad pública a políticas basadas en la responsabilidad individual del ciudadano (R. Crawford, 1994; Crawshaw, 2012; Knutsen et al., 2011). Este tipo de perspectivas, que anima al ciudadano a tomar una mayor responsabilidad de su salud, se sitúan en línea con las nociones de la cultura empresarial que rodea a la ideología económica neoliberal (Guthman & DuPuis, 2006; Knutsen et al., 2011; Monaghan et al., 2010). Así, para estas perspectivas ser obeso es apreciado como una decisión personal del ciudadano, alentando nociones de culpabilidad por haber fallado moralmente a los principios que rigen el cuidado y la salud (Jiménez-Loaisa et al., 2020; Throsby, 2007, 2009). Finalmente, debemos considerar que, aunque abiertamente estas perspectivas pueden no ser bien vistas socialmente, no dejan de calar en la práctica real de las intervenciones y en el modo en que las personas tienden a justificar los hechos. Así, aunque muchos investigadores de la obesidad sostienen que centrarse en la responsabilidad individual produce estigmatización en la persona, e incluso que la estrategia puede ser inútil, lo cierto es que la gran mayoría de las investigaciones sobre intervenciones en obesidad buscan cambiar el comportamiento de los individuos y que ellos sean capaces de mantenerse en estos cambios (Gámez-Calvo et al., 2022; Gard, 2011b).

### **4.1.3. Narrativas Críticas**

Todas las narrativas realistas anteriormente expuestas, con sus diferentes perspectivas, tendían a presentar el debate de la obesidad como un problema de salud que requiere en último grado bien el compromiso y voluntad de la persona como reflejo de una responsabilidad individual, o bien la intervención estatal como respuesta de una responsabilidad colectiva. Aunque se reconocía que la solución a la crisis de obesidad pasaba por intervenir en las dos esferas (i.e., individual y estructural o social), el debate tendía a dicotimizarse y diferentes etiquetas solían ser utilizadas para enfatizarlo (e.g., estructura versus agencia, factores ambientalistas versus conductuales, responsabilidad individual versus colectiva). En cualquier caso, todas las narrativas anteriores, independientemente de que abogaran por la intervención o la responsabilidad individual, la intervención centrada en el individuo o la intervención sobre la estructura, compartían el hecho de que consideran la existencia de una epidemia de obesidad como una realidad incuestionable. La gran diferencia con las narrativas críticas, que ahora presentamos

en el siguiente apartado, es precisamente que estas cuestionarán la propia construcción de la obesidad y la exageración de sus consecuencias. Con ello, tienden a tomar una aproximación problemática y escéptica sobre la obesidad (Gard, 2011b; Lupton, 2018).

#### **4.1.3.1. Perspectivas Críticas Biomédicas**

Los autores que desarrollan en sus escritos una perspectiva crítica biomédica desafían el discurso dominante que defiende la necesidad de una lucha contra la obesidad. Para ello, utilizan las contradicciones y sesgos encontrados en la propia literatura médico-científica y epidemiológica. Los autores de esta perspectiva proceden de disciplinas diversas, lo que puede incluir campos de las ciencias sociales, pero también campos de la medicina y la salud pública (Campos, 2004; Flegal et al., 2005, 2007; Gaesser, 2002; Oliver, 2006).

Estos autores defienden el argumento que los riesgos de la obesidad han sido exagerados por los profesionales del campo de la medicina, la salud, y la industria relacionada con la pérdida de peso. Intereses económicos son señalados detrás de la creación de un pánico moral ante la obesidad. De hecho, los autores que mantienen esta perspectiva denuncian que, a veces, algunos investigadores que se posicionan en contra de la obesidad hacen sus afirmaciones supuestamente infundadas. Estas prácticas suelen venir explicadas por el hecho de que los investigadores estén financiados por empresas farmacéuticas y otras industrias que fabrican productos para perder peso, porque hay detrás la financiación de becas o proyectos de investigación, o porque son miembros de asociaciones, entidades y organismos políticos que pueden reclamar presupuestos más elevados para hacer frente a la crisis de la obesidad que defienden (Oliver, 2006). No obstante, en otras ocasiones puede que estas personas no sean tan conscientes del alarmismo y el posible daño que puede producir su discurso. Como sugiere Campos (2004), los intereses económicos de las personas tienden simplemente a encajar con sus creencias. Así, en nuestras sociedades existe un ensalzamiento por la delgadez como ideal corporal, lo que llega a medicalizarse y ser un signo de calidad moral.

Ante el pánico moral creado por el discurso de la epidemia de la obesidad, los críticos defienden la idea de que, salvo para un reducido número de personas, con un peso corporal extremo, los riesgos de salud asociados con la gordura no están suficientemente sustentados por evidencias. Sus argumentos intentan desmontar la



idea de que existe una epidemia de la obesidad. Para ello suelen recurrir a fuentes científicas alternativas para argumentar que sus propias afirmaciones científicas son más precisas o ciertas y, con ello, más “verdaderas” que la de aquellos que defienden la existencia de una epidemia de obesidad. Además, al negar que exista una crisis de salud por obesidad, estos autores cuestionan las afirmaciones realizadas en las narrativas realistas de que las personas con sobrepeso no puedan estar saludables y en forma (Campos, 2004; Gaesser, 2002).

Los autores de esta perspectiva suelen analizar críticamente las pruebas estadísticas que son utilizadas por el discurso dominante, al objeto de defender la idea de que estar gordo no lleva necesariamente a un mayor riesgo de padecer enfermedades o problemas de salud. Contra estas estadísticas, suelen manejar estudios alternativos que demuestran que sólo las personas que se encuentran en el extremo del espectro de peso (los "obesos mórbidos" en terminología médica) presentan efectos negativos para la salud derivados de su peso. Por ejemplo, en un artículo publicado en el *Journal of the American Medical Association* en 2013, la epidemióloga Katherine Flegal y su equipo publicaron los resultados de su análisis que mostraban que los estadounidenses considerados con "sobrepeso" según el IMC tenían menos probabilidades de morir que los de peso "normal" durante el mismo periodo de tiempo (Flegal et al., 2013). A pesar de publicar en revistas de prestigio, estos epidemiólogos han sido objeto de importantes críticas por parte de sus colegas, sobre todo porque han puesto en tela de juicio los conocimientos aceptados sobre la naturaleza y el alcance de la "epidemia de obesidad" (Flegal, 2021).

La perspectiva crítica biomédica cuestiona la forma en que se ha construido la epidemia de la obesidad. Consideran que el discurso médico dominante utiliza la obesidad como un término que patologiza al cuerpo gordo (Flegal, 2022). El peso superior a la media es considerado como desviado y enfermo. Frente a esta construcción patológica de la gordura, la perspectiva crítica biomédica cuestiona la supuesta relación causa-efecto entre gordura y enfermedad. La gordura es a menudo un síntoma, más que la causa de la mala salud y la enfermedad. La relación entre gordura y enfermedad ha sido simplificada, sin atender a multitud de factores que pueden explicar la poca relación entre ambas variables. Otros muchos factores distintos al peso corporal, tal y como puede ser la buena forma cardiovascular y la actividad física regular, pueden explicar mejor la salud de las personas. Estos otros factores pueden explicar que personas con mayor peso no presenten más riesgos en

salud que otras con menor peso, en lo que ha venido a denominarse las paradojas de la obesidad (Barry et al., 2014; Forlivesi et al., 2021; Horwich et al., 2018; McAuley & Blair, 2011)

Teniendo en cuenta estas críticas al discurso contra la obesidad, los autores de la perspectiva crítica biomédica apuestan por que la salud pública se centre en un estilo de vida saludable, en lugar de la pérdida de peso en sí (Barry et al., 2014; Campos, 2004; Flegal et al., 2013; Gaesser, 2002). Denuncian el hecho de que un discurso contra la obesidad termine derivándose en un discurso contra las personas obesas, a las cuales se les estigmatiza y se les presiona para que cambien su peso. La estigmatización que las personas obesas reciben, incluso dentro del mismo sistema sanitario, es una preocupación clave en la perspectiva crítica bioética de la medicina. La obligación de la medicina y la sanidad pública debe ser la de preservar la dignidad de las personas. El discurso paternalista, con el uso de términos que patologizan el peso, presiona y señala a la personas gordas, creando sentimientos de culpa y vergüenza sobre sus cuerpos (Phelan et al., 2014, 2015; Puhl, 2020; Puhl & Heuer, 2010)(Phelan et al., 2014, 2015; Puhl, 2020; Puhl & Heuer, 2009, 2010).

Dentro de la crítica médica, la literatura también ha discutido sobre las dimensiones éticas y morales de ofrecer procedimientos para alterar el peso del cuerpo, entre los que destacan los métodos quirúrgicos bariátricos como solución para la obesidad. Las perspectivas críticas más radicales cuestionan que los tratamientos para adelgazar produzcan más salud (Campos, 2004; Oliver, 2006). No obstante, apelando a cuestiones éticas se han planteado debates en torno a los costes de los tratamientos y sus efectos secundarios. Además, respecto a la cirugía bariátrica como tratamiento de pérdida de peso, se ha cuestionado la distribución potencialmente injusta de este tratamiento entre quienes pueden permitírsela, el grado de autonomía del paciente y de consentimiento informado, y si debería ofrecerse la modificación quirúrgica de órganos que no son disfuncionales ni están enfermos (Hofmann, 2010). También se ha identificado como un problema ético importante el hecho de que la cirugía bariátrica presente la gordura como un problema individualizado y medicalizado, que ignora los factores sociales y económicos que contribuyen al peso corporal de las personas (Garrett & McNolty, 2010).

#### 4.1.3.2. Perspectivas Socio-Críticas y Activismo Gordo

Además de las reacciones recibidas desde el propio campo médico contra la aproximación realista de la obesidad, existen investigadores y escritores desde el campo de las ciencias sociales y las humanidades que han mostrado una postura crítica sobre la forma en que se trata la salud y la gordura. Aunque ya en la segunda parte del siglo XX podían encontrarse escritos críticos sobre la forma en que se representa y trata a los gordos, no ha sido hasta hace algunas pocas décadas, en paralelo a la creciente medicalización y patologización de la gordura, cuando ha empezado a surgir un corpus significativo de foros y escritos críticos. En torno al cambio de siglo, empezaron a celebrarse conferencias dedicadas al análisis crítico del discurso sobre la obesidad. En general, los defensores de las narrativas socio-críticas no ven la obesidad como un problema, ni social ni individual, sino más bien un artificio creado por intereses ocultos. Por lo tanto, más que reconocer la obesidad como problema, y disputar la cuestión de si debe abordarse desde la esfera colectiva o individual, lo que traen a debate es la misma problematización que se ha creado en torno al cuerpo gordo

Las narrativas críticas han ido creciendo en las últimas décadas como reacción a las narrativas realistas o alarmistas. Desde su inicio en 2013, la serie de conferencias internacionales Weight Stigma, cuya novena edición se celebró en junio de 2023 en Denver (Estados Unidos de América), se ha centrado específicamente en la vergüenza, la discriminación y el estigma relacionados con la gordura. Al mismo tiempo, se ha publicado un número cada vez mayor de obras, tanto monografías como colecciones editadas, que abordan los aspectos sociales, culturales, históricos y políticos de la gordura, así como una amplia y creciente colección de artículos de revistas académicas. Los antropólogos adoptan una perspectiva transcultural que incluye el análisis de las formas en que se representa, entiende y trata la gordura en las sociedades no occidentales. Los estudios sociológicos y de psicología social crítica sobre la gordura hacen hincapié en la marginación de los gordos como grupo social y tratan de identificar los discursos dominantes que dan sentido a la gordura. Para los estudiosos de la geografía social y crítica, las dimensiones del espacio y el lugar son especialmente importantes para comprender los aspectos culturales y sociales de la gordura (Pearce & Witten, 2010). En el ámbito de las humanidades, las perspectivas históricas han aportado una visión alternativa de cómo se ha

conceptualizado, representado y experimentado la corporeidad gorda en diferentes épocas de las sociedades occidentales (Gilman, 2008, 2010). Los estudiosos de la literatura, la cultura, los medios de comunicación, la ciencia y la tecnología han podido identificar las representaciones dominantes de la gordura en la literatura, las obras de arte, el teatro, los medios de comunicación populares, las tecnologías médicas y los medios digitales. Varios filósofos influyentes (Bernstein, 2000; Butler, 1997; Foucault, 2005; Kristeva, 1982; Mol, 2002) han escrito explícitamente sobre la ontología de la corporeidad de la gordura o han publicado reflexiones provocadoras sobre el cuerpo que han sido retomadas por otros en las ciencias sociales y las humanidades en su teorización de la corporeidad de la gordura (J. Evans et al., 2008; Lupton, 2003, 2015b; Pringle, 2022; Throsby, 2012).

La reivindicación de la gordura ha llevado a que se adopte la palabra “gordo” como insignia de campo específico de investigación y enseñanza en el mundo académico denominado “fat studies” (“estudios sobre la gordura”). Desde 2012 este campo interdisciplinar cuenta con una revista académica, denominada “Fat Studies”. El feminismo y el activismo gordo rechazan el uso los términos médicos “sobrepeso” y “obeso” para referirse a las personas gordas, pues consideran que está asociado con connotaciones normativas que califican el cuerpo gordo por sí como patológico. Del mismo modo, los autores del activismo gordo suelen evitar el uso de los términos “infrapeso” y normopeso” porque, en contraposición con el de “sobrepeso” y “obeso”, su uso sugiere la idea de que existe un ideal de peso al que hay que aspirar. En una estrategia inspirada en el movimiento queer, prefieren apropiarse de la palabra peyorativa “gordo” para intentar utilizarlo como un término político y de identificación positiva (Rothblum & Solovay, 2009; Wann, 1998).

No obstante, lejos de ser un grupo homogéneo, existen diferentes puntos de vista a la hora de criticar el discurso contra la obesidad. Tal es así que Gard (2011b) no dudó en calificar este amplio grupo de estudios críticos como “variopinto”. De hecho, algunos académicos socio-críticos prefieren describir su trabajo con la rúbrica de “critical obesity studies” (“estudios críticos sobre el peso”) o “critical weight studies” (“estudios críticos sobre la obesidad”), en lugar de “fat studies” (Gard, 2011b; Gard et al., 2022). Con esta denominación adquieren una ligera diferencia al poner más énfasis en el término “crítico”, en lugar de “gordo”, ya que su interés no es tanto el activismo, sino identificar y cuestionar, desde un punto de vista teórico, las suposiciones que se dan por sentadas y que circulan en los principales discursos,

tanto legos como profesionales, sobre la salud pública, la obesidad y la gordura (Powell et al., 2022). Al tener que coordinar su última obra colectiva, Michael Gard explica:

Entendíamos la política gorda pero, en algún momento, tuvimos que hablar y enseñar a personas que, por las razones que fueran, no se tragaban la "liberación de la gordura". Queríamos debatir este tema con médicos, estudiantes y el público en general, así como con académicos de las ciencias sociales y la medicina. Y hubo momentos en los que tuve que utilizar [los términos] "obesidad" y "sobrepeso". Muchas veces, el público no me dejaba entrar si no utilizaba el mismo lenguaje que ellos. Si quería marcar la diferencia, tenía que llevar conmigo tantos "idiomas" como pudiera. Por ejemplo, en la ciencia. Para hablar del movimiento de los gordos y del odio a los gordos con mis alumnos, tengo que utilizar argumentos diferentes y potencialmente conservadores. De hecho, suelo empezar mis cursos con pruebas, gráficos y formas de pensar procedentes de la fisiología, la salud pública, y la epidemiología. Los estudios sobre la gordura ("fat studies) suelen empezar con una posición gorda, pero esto puede resultar difícil para algunos alumnos (especialmente los que estudian ciencias del ejercicio y educación física). Se trata de un punto importante porque una "posición"[desde el activismo] gordo bloquea otras vías productivas con mis alumnos y el público. El mundo está lleno de ideas muy diferentes sobre la grasa, y hay muchas vías de salvación que incluyen, entre otras, la ciencia.(Gard, 2002, p. 120)

En clara diferencia con el activismo gordo y los estudios sobre la gordura, los autores socio-críticos entienden que se puede utilizar el término obesidad y no por ello dejar de ser también crítico. Como reconocen Powell et al. (2022), el uso de la palabra obesidad, aunque pueda ser problemático para el movimiento de activistas gordas, es importante para algunos autores críticos como recurso retórico útil del proyecto crítico.

En general, los estudios críticos sobre obesidad ven el crecimiento de la epidemia de la obesidad como sensacionalista, oportunista y dañina. No niegan que la obesidad se haya incrementado, aunque su propia definición es controvertida. Lo que creen es que la extensión de este incremento y la fuerza de su unión con problemas de salud ha sido sobre valorado y difundido de forma alarmista (Boswell,

2016; Gard, 2011a; Gard & Wright, 2005; Lupton, 2018). Desde una perspectiva histórica plantean que la obesidad no es ahora un fenómeno nuevo, y que la imagen corporal ha sido una cuestión tradicionalmente motivo de escrutinio y discriminación (Gilman, 2008; Lupton, 2018). Lo que sí ha cambiado es el incremento de la retórica sobre la epidemia de la obesidad. Con esto, la obesidad se ha construido como grotesca, indeseable y extremadamente peligrosa para la salud de la persona (Gard, 2011a; Medvedyuk et al., 2018; Ross, 2005).

A diferencia de los estudios críticos sobre peso, los “fat studies”, o “estudios sobre la gordura”, tienen entre sus objetivos la movilización política y el intento de transformar la realidad de las personas gordas. Las principales precursoras de los “fat studies” derivan del movimiento feminista y el activismo político. En conexión con el feminismo de la primera ola de final del siglo XX, el cual denunció los estereotipos culturales de belleza y los problemas de salud asociados con los trastornos alimentarios, una segunda ola de feminismo ha reactivado la crítica al modelo social de cuerpo como respuesta a los discursos contra la obesidad (Bordo, 2004; Lupton, 2018; Murray, 2005b; Rothblum & Solovay, 2009; Wann, 1998). Las narrativas de los grupos feministas se han centrado en mostrar cómo las cuestiones de salud y la construcción social del cuerpo han sido utilizados para oprimir y disciplinar a la mujer, especialmente en relación con los hábitos de alimentación y ejercicio.

Desde el activismo gordo se defiende la idea de que la gordura no es una elección personal, tal y como se ha defendido desde algunas narrativas realistas que plantean una necesidad de luchar contra la obesidad. El cuerpo gordo, según el activismo gordo, sería más bien una de las muchas formas que proporciona la naturaleza, pues suele ser el producto de una combinación de factores genéticos y fisiológicos. Así, la gordura sería un atributo físico inherente, como puede ser el sexo, el color de la piel, la raza o la orientación sexual. Aceptar los cuerpos gordos debería hacerse no sólo por cuestión de mera diversidad, sino por el hecho de que viene determinado genéticamente al existir cuerpos más propensos a engordar. En la defensa de que la gordura es un atributo dado, algunos autores del activismo gordo se sirven, de forma selectiva, de algunos argumentos presentados por la perspectiva médica ortodoxa, en la medida en que pueden servirle para defender la idea de que los gordos no lo son porque comen más que los demás, hagan menos ejercicio, o se comporten de manera menos responsable o perezosa (Bacon, 2010; Bacon &

Aphramor, 2014; Burgard, 2020). Dada la propensión natural a engordar de algunos cuerpos, éstos no deberían ser juzgados negativamente por su tamaño.

Los autores del activismo gordo se han servido también de argumentos reivindicativos ya esgrimidos por otros grupos activistas, tales como los activistas homosexuales, que llevan mucho tiempo sosteniendo que la atracción hacia el mismo sexo (o la bisexualidad, o la identidad transexual) no es una elección, sino un imperativo biológico (i.e., uno nace gay o lesbiana, no se hace). Por ejemplo, Marilyn Wann ha reconocido que cuando creó el movimiento Fat/So (Gorda ¿y?), a principios de 1990, estuvo influenciada y apoyada por la comunidad queer de San Francisco y su círculo de amigos, los cuáles les solían llevar a espectáculos de la comunidad gay (Saguy & Ward, 2011; Wann, 2017).

En la misma línea, algunas activistas gordas se han basado en el modelo social de discapacidad para sugerir que la experiencia de tener un cuerpo gordo podría entenderse a partir de la experiencia que viven las personas con discapacidad física (Cooper, 1997). Esta asimilación se basa en el hecho de que el entorno físico está estructurado de tal manera que tanto los cuerpos gordos como los cuerpos con discapacidad tienen dificultades para moverse y ser acomodados. Del mismo modo que algunos activistas de la discapacidad afirman que los espacios en los que se ven obligados a moverse contribuyen efectivamente a su discapacidad, también algunas activistas gordas señalan que el espacio público no es propicio para la corporeidad gorda. La literatura está llena de relatos que narran las experiencias denigrantes de las personas gordas con el espacio (e.g., en el cine, teatro, transportes públicos) (Lupton, 2018; Throsby, 2009, 2012). De cara a su protección, se aboga por la defensa de los gordos de cara a que puedan recibir un tratamiento similar al discapacitado, de tal modo que sus problemas sean tomados más en serio y reciban la ayuda social que necesitan (Cooper, 2010). Al igual que muchas personas con discapacidad, las personas gordas tienen dificultades para desenvolverse en los espacios físicos y se ven discapacitadas por la falta de adaptación a sus diferencias corporales. No obstante, las mismas personas gordas a veces han mostrado su rechazo a ser consideradas con alguna discapacidad por los efectos estigmatizantes que puede conllevar (Kai-Cheong Chan & Gillick, 2009).

El movimiento de aceptación de la talla, un grupo dentro del activismo gordo, rechaza de plano la idea de que el cuerpo gordo es inevitablemente insalubre. Al

hacerlo, el movimiento de aceptación de la talla constituye una de las voces más radicales en el debate sobre la obesidad, aunque minoritaria. Rechazan algunas ideas desplegadas en el discurso dominante contra la obesidad, tales como: a) que las personas gordas puedan (y deban) perder peso, que ser gordo sea una enfermedad; b) que las personas gordas no puedan disfrutar de buena salud o de una larga vida; c) que la delgadez tenga que ser definida como bella y la gordura como algo feo (Rothblum & Solovay, 2009). Con estas premisas, desafían abiertamente las narrativas realistas dominantes, donde el intento de alcanzar la delgadez se ha convertido una prescripción incuestionada para la salud y la felicidad, y proponen un nuevo modelo con un énfasis en la aceptación del cuerpo y el peso, el cual denominan *Health at Every Sizes* (HAES) (Burgard, 2020).

El modelo que se plantea en HAES (traducido como “salud en todas las tallas”) es que es posible estar sano independientemente de la talla corporal. Cuestionan la ética de animar a los obesos a seguir estrategias de adelgazamiento, las cuáles suelen fracasar en la mayoría de los casos, conllevando a ciclos de ganancia de peso más perjudiciales para la salud y la autoestima. De hecho, rechazan radicalmente el uso del índice de masa corporal (IMC) como forma de clasificar los cuerpos gordos y defienden más la idea de que cada persona debe encontrar el peso que le permita estar más saludable. De esta forma, más que aplicar valores IMC como medida para todos los cuerpos, el modelo de salud para todas las tallas se basa en la idea de que cada persona tiene un peso fisiológicamente predispuesto, por encima o por debajo del cual experimentarán problemas de salud. En lugar del objetivo de perder peso para alcanzar determinados patrones médicos o ideales sociales, la persona debería aprender a escuchar su cuerpo y, mediante un estilo de vida saludable, intentar mantenerse dentro de su particular rango de peso (Bacon & Aphramor, 2014; Burgard, 2020).

En resumen, el activismo gordo comparte muchos de los argumentos defendidos por los estudios críticos sobre la obesidad. Ambas posiciones sostienen que la guerra contra la obesidad está impulsada ideológicamente y moralmente, en lugar de basarse en la ciencia objetiva (Bacon & Aphramor, 2014; Campos, 2004; Gard & Wright, 2005; LeBesco, 2011; Wright & Harwood, 2009). Sin embargo, mientras que los estudios críticos sobre la obesidad se centran más en el papel de la ideología del discurso contra la obesidad (e.g., la relación entre obesidad y salud), el movimiento de aceptación de la talla está impulsado por una agenda mucho más amplia y



controvertida para revalorizar y enorgullecerse del cuerpo gordo (Cooper, 2010, 2016; Rothblum & Solovay, 2009). Todo ello se combina con una enérgica labor de campaña y defensa para luchar contra la discriminación y los prejuicios relacionados con la talla. Desde esta perspectiva, los problemas que sufren las personas gordas no se deben a una falta de cuidado personal, sino a la exclusión y la discriminación sociales y a una profesión médica indiferente (Cooper, 1997, 2016). Como hemos indicado anteriormente, el activismo gordo está fuertemente influenciado por el feminismo, lo que explica su énfasis en la naturaleza profundamente sexista de los estándares corporales normativos (Cooper, 2010; Murray, 2005b; Rothblum & Solovay, 2009).

#### **4.1.4. Reflexiones Finales**

Los apartados anteriores han mostrado dos grandes narrativas existentes en torno al cuerpo gordo, cada una englobando a su vez perspectivas diferentes de entender y afrontar la cuestión. Mientras que unas narrativas dan por asumida la existencia de una epidemia de obesidad y alertan de las consecuencias catastróficas que pueden tener para la salud personal y colectiva, otras cuestionan esta realidad y señalan más bien los efectos dañinos que este discurso tiene para las personas. Los reproches y disputas entre las diferentes narrativas suelen sucederse. Por ejemplo, los autores socio-críticos han sido tachados de ser intrusos opinando en un campo del que no son especialistas. Además, han llegado a ser denunciados como negadores de la obesidad, haciendo frecuentes analogías con los escépticos del cambio climático. Sin embargo, esta analogía parece poco sostenible, dado que, al contrario que en el debate sobre el clima, el grado de consenso entre los propios expertos de la obesidad se mantiene frágil o incluso contradictorio. Además, muchas de las críticas y preocupaciones realizadas han sido realizadas también por especialistas en epidemiología o profesionales del campo de la salud, y muchas de las realizadas desde otros campos del conocimiento se han basado en términos científicos, en resultados alternativos de investigación, y en muchos otros problemas sociales relacionados con la estigmatización, salud pública, imagen corporal y peso.

Pero las disputas por apropiarse del campo y su definición no pueden vislumbrarse sólo entre las dos narrativas. Existen claras disputas entre autores de una misma narrativa. Por ejemplo, algunos han mostrado claramente su molestia porque algunas autoras del movimiento activista pretendan alzarse con el derecho

de ser las únicas que puedan abordar cuestiones socio-críticas de la obesidad y los cuerpos gordos. La autora crítica Deborah Lupton, quien no tiene un cuerpo gordo, muestra el sentimiento de exclusión cuando afirma:

Como ya he señalado, las principales defensoras del activismo gordo o de la aceptación de la talla son mujeres feministas que se identifican como gordas. A veces intentan excluir a otras personas de que puedan comprometerse con los estudios sobre la gordura o del activismo gordo, incluyendo a personas delgadas o de talla media, acusándolas de ignorar su "privilegio de delgadez". Este enfoque se niega a considerar las experiencias de otras personas en los discursos y prácticas contra la obesidad. Asume una posición política "gorda" unificada y esencialista que depende del tamaño y el peso corporal, e ignora el creciente interés por la interseccionalidad en otros autores críticos y movimientos políticos que se centran en la corporeidad y las identidades (Lupton, 2018, p. 90)

La diversidad de narrativas y perspectivas de afrontar la cuestión pone encima de la mesa el hecho de que los problemas no son dados. Su importancia, naturaleza, entendimiento y solución son construidos socialmente. Esto nos advierte que al abordar el estudio de la gordura como un problema de salud no debemos olvidar que estamos ante un fuego cruzado de teorías, hipótesis y discursos. Aunque la investigación positivista se ha empeñado en que el investigador no debería tomar partido y ser neutral a la hora de hacer investigación, lo cierto es que la ciencia está cargada de valores (Becker, 1967; Woolgar, 1991). No se trata de tener o no valores, sino reconocer que es imposible investigar apartados de ellos. La cuestión, por lo tanto, no es si deberíamos investigar sin tomar partido, dado que esto es inevitable, sino más bien se trata de preguntarse en qué lado nos posicionamos a la hora de entrar a investigar una realidad. La posición de partida de esta tesis doctoral es socio-crítica, dado que asume que la realidad es socialmente construida, en lugar de única y dada. Desde esta perspectiva, el siguiente capítulo abordará un análisis crítico del discurso contra la obesidad y los principales agentes que ayudan a perpetuar y legitimar este discurso.

## 4.2. El Discurso Contra la Obesidad y Agentes que lo Promueven y Legitiman

### 4.2.1. Introducción

Aunque cuerpos con sobrepeso y obesidad han existido a lo largo de la historia, la preocupación por el peso ha sido un tema de interés especialmente a final de la década del siglo XX y principios del siglo XXI. En la transición de estos siglos se produce un punto de tendencia donde la producción de textos y mensajes sobre lo que comenzó a denominarse como una epidemia de obesidad se intensifica (Campos, 2004; Gard & Wright, 2005; Lupton, 2018; Oliver, 2006). La clasificación de la obesidad como enfermedad crónica por parte de la Organización Mundial de la Salud en 2000 (WHO, 2000) sustentó ampliamente la creencia entre los científicos, y la sociedad en general, de que la obesidad es una de las principales causas de problemas asociados a la salud (Campos, 2004; Gard & Wright, 2005; Lupton, 2018; Oliver, 2006; Ross, 2005). Investigadores, sobre todo desde el campo de la epidemiología y expertos en salud pública, construyeron e intensificaron una realidad sobre el cuerpo gordo, clasificándolo y patologizándolo. Los investigadores comenzaron a escribir y llamar la atención sobre lo que consideraron una crisis para la salud pública. Su preocupación sobre el cuerpo gordo vino determinada por entender que existía un progresivo y alarmante aumento de personas calificadas con sobrepeso y obesidad y, en segundo lugar, por considerar los riesgos que corrían estas personas de padecer enfermedades asociadas y una mortalidad más temprana. Esto ha despertado las alarmas de los países occidentales avanzados, comenzando por los Estados Unidos de América, y extendiéndose rápidamente a otros países de Europa, Australia, Centroamérica, Suramérica y Asia. De este modo, la obesidad se ha convertido en un asunto público nacional en muchos países desarrollados y una preocupación prioritaria entre sus ciudadanos, de tal modo que ha llegado a adquirir un rol importante en la identidad del ciudadano (Shilling, 2012).

En general, el discurso contra la obesidad debe entenderse dentro del contexto más amplio del movimiento denominado como 'salutismo'; es decir, una preocupación por la salud personal como el foco principal que define el bienestar, y una presión hacia la modificación de los estilos de vida como forma de alcanzar la salud (R. Crawford, 1980). En línea con la ideología del salutismo, el discurso contra

la obesidad sostiene que la existencia de una modernización y globalización progresiva del modelo de vida ha desvirtuado los hábitos de vida de alimentación y ejercicio que existían anteriormente (Gard & Wright, 2005; Lupton, 2018; Oliver, 2006). En otras palabras, se mantiene que los hábitos alimenticios tradicionales han sido corrompidos por la modernización y la globalización (Gilman, 2008). La situación original que se ha ido alterando a lo largo de los siglos es representada como la de un "noble salvaje", es decir un individuo que es sano en su estado de naturaleza, pero que ahora está siendo contaminado por la civilización. Así, el discurso contra la obesidad representa una perspectiva dicotómica entre lo saludable y lo patógeno (Quennerstedt, 2008), situando los cuerpos con un peso normal como saludables y con sobrepeso u obesidad como patológicos (Gard & Wright, 2005).

El discurso contra la obesidad presenta un panorama un tanto apocalíptico que ha sido asemejado con otros discursos alarmistas tales como los brotes de SARS (síndrome respiratorio agudo severo), la encefalitis espongiforme bovina, o la gripe aviar, declarados a inicios del 2000 (Gilman, 2008; Lupton, 2018). A igual que estos anteriores discursos, todos se relacionan con problemas de salud surgidos en la cadena alimentaria. En concreto, se presentan como un alejamiento de la forma tradicional de producir y consumir alimentos y, con ello, como una forma corrompida de producir alimentos debido a la modernización. No obstante, a diferencia del origen asiático del SARS o la gripe aviar, los discursos sobre la obesidad tienden a situar a Occidente en general, o más concretamente a Estados Unidos de América, como el origen contaminante de las culturas étnicas tradicionales y difusor de la gordura. De este modo, algunos autores han sugerido que la globalización ha supuesto en realidad una extensión del modelo de salud (y por extensión de belleza) occidental, caracterizado por una figura delgada y un rechazo al sobrepeso y la obesidad (Swami, 2015).

Existe también un argumento económico urgente en el discurso contra la obesidad, dado los gastos que supone la lucha contra un problema de salud que se considera creciente en todo el mundo. El discurso contra la obesidad mantiene que el aumento del número de personas con sobrepeso y obesidad está estrangulando los presupuestos de salud, debido al alto coste de las enfermedades crónicas asociadas. Un informe sobre los costes económicos, sociales y sanitarios del sobrepeso y obesidad realizado por la OCDE en 52 países, incluida la OCDE, la Unión Europea, y el grupo G20, estima que el sobrepeso es responsable del 71 % de todos

los costes de tratamiento de la diabetes, del 23 % de las enfermedades cardiovasculares, y del 9 % de los cánceres (OECD, 2019). El informe concluye que cada dólar gastado en la prevención de la obesidad genera un beneficio económico seis veces mayor.

Aunque se reconoce el carácter multifactorial del origen del aumento de peso, el discurso contra la obesidad da un protagonismo esencial al desequilibrio entre las calorías consumidas y las calorías utilizadas por el organismo. Esta fórmula prioriza las estrategias basadas en una alimentación saludable y un aumento de la actividad física. Con esto, mucha de la literatura que respalda el discurso contra la obesidad responsabiliza al individuo obeso de la falta de controlar su peso y no estar en forma. Esta responsabilidad última en el individuo es acentuada a pesar de que algunos escritos que apoyan el discurso contra la obesidad consideran al obeso una víctima de un ambiente obesogénico en el que los poderes públicos y la sociedad en general debe luchar y ayudar a los individuos que son víctimas de este ambiente (Saguy, 2013). Las causas más repetidas del aumento del sobrepeso y obesidad en las sociedades de hoy día suele ser una mezcla de razones, entre las que se incluyen la proliferación de comida basura y barata que permite su fácil acceso, su amplia difusión a través de una publicidad persuasiva, la incorporación de la mujer al mundo laboral, el desplazamiento masivo desde las zonas rurales a los grandes núcleos urbanos, el aumento del sector servicios que requieren poca movilidad en el trabajo, el cambio de hábitos en el transporte diario, la expansión de la televisión y todo tipo de dispositivos tecnológicos que permiten un juego y ocio más pasivo, especialmente a los jóvenes (Johnson & Johnson, 2015; Lake et al., 2010). Como consecuencia de ello, se insta al individuo a luchar contra esta situación, bien por sí sólo o con ayuda de los poderes públicos (e.g., programas de educación para la ciudadanía, restricciones a las industrias alimentarias, promoción de programas de ejercicio físico), para llegar a controlar su estilo de vida, especialmente en lo que respecta al consumo de alimentos y la realización de actividad física (véase las diferentes narrativas realistas en el capítulo 1).

En España, como en muchos países desarrollados, los medios de comunicación se han hecho eco de este discurso y en las últimas décadas apoyaron la idea de la existencia de una crisis en la salud. Los legisladores han promulgado foros, desarrollado planes estratégicos, comisiones parlamentarias y han promulgado normativas dirigidas a combatir la crisis de la obesidad. A su vez,

programas en los sistemas de salud y en los centros escolares han sido financiados para informar a los ciudadanos sobre el proyecto y dar estrategias de una alimentación sana y una vida activa. Las compañías y el sector empresarial han visto una oportunidad para desarrollar todo tipo de productos dirigidos a perder peso, amparados por los más que amplificadas efectos nocivos de la obesidad. El sector profesional y la industria centrada en la pérdida de peso ha promulgado también la necesidad de que se financie públicamente medicamentos que ayuden a adelgazar y, en último lugar, la cirugía bariátrica para posibilitar la pérdida de peso a aquellos que presentan una obesidad mórbida. Todas estas medidas apoyan la idea que ser gordo es una enfermedad, y que la mejor manera de tratar a ellos es la prevención y, en caso de fallar, la intervención.

Sin embargo, tal y como fue expuesto en el apartado de este marco teórico, las narrativas críticas han denunciado que el discurso contra la obesidad es una construcción social compleja donde participan un amplio grupo de agentes. Más que una creación extraída directamente de la preocupación de los científicos y expertos en salud pública, debe entenderse como un proceso de construcción social donde participan muchos más agentes (J. Evans et al., 2008; Monaghan et al., 2010; Oliver, 2006). Analizar el rol que los diferentes agentes tienen en la legitimación del discurso ayuda a entender cómo los discursos actúan y como unos llegan a imponerse frente a otros. Por lo tanto, el presente capítulo analiza el rol que diferentes agentes juegan para hacer que el discurso contra la obesidad sea un conocimiento y un reclamo extendido hoy día en nuestra sociedad. Así, en lugar de aceptar que la guerra contra la obesidad es una tendencia natural, necesaria y dada, el capítulo busca identificar y tipificar aquellos que activamente ayudan a que el discurso contra la obesidad domine la realidad política, económica y social de nuestras sociedades. A continuación nos detenemos en cada uno de los actores que contribuyen a producir, mantener o legitimar el discurso de la epidemia de la obesidad.

#### **4.2.2. Los Científicos**

La comunidad científica es clave en la definición de la realidad y los problemas que afectan a la población. Los científicos desarrollan su trabajo para definir y afrontar la prevención y el tratamiento de enfermedades. Científicos, procedentes sobre todo del campo epidemiológico y de la salud pública, operan en el nivel macro en organismos nacionales e internacionales, tales como la Organización Mundial de

la Salud (WHO, 2000). Estos científicos establecen las verdades de la epidemia de la obesidad, y definen y redefinen los límites a partir del cual un peso es considerado una enfermedad crónica. Por lo tanto, este grupo de expertos ocupan una posición privilegiada en la jerarquía del conocimiento y credibilidad del sistema de salud.

La investigación antropológica e histórica ha mostrado que la definición de la enfermedad en relación con el peso no ha sido constante, y ha estado afectada por los valores culturales de cada sociedad. La definición y las consecuencias sociales de ser gordo no ha sido la misma a lo largo del tiempo ni entre diferentes grupos culturales. Por un lado, los historiadores han destacado que la forma de ver el cuerpo gordo, y la forma de tratarlo socialmente, ha cambiado a lo largo del tiempo (Forth, 2012, 2013; Gilman, 2008, 2010). En la misma línea, los antropólogos han demostrado que la forma de experimentar la gordura puede variar entre grupos (Forth, 2013). En algunas culturas no occidentales la gordura es experimentada como un atributo físico deseable y una señal de buena salud y bienestar, en lugar de rasgo de enfermedad o anormalidad (Brewis et al., 2011; Kulick & Meneley, 2005). Así, la definición de ser gordo no es tanto un estado físico y objetivo, sino una construcción social y cultural que varía dependiendo del momento y grupo que lo defina (Brewis et al., 2011; Forth, 2012, 2013; Kulick & Meneley, 2005; Oliver, 2006).

La sociología del conocimiento nos recuerda que la ciencia es una construcción hecha por el individuo que, sin embargo, los científicos suelen olvidar cuando definen la realidad que tratan de investigar (Woolgar, 1991). Como ya nos advirtió Nietzsche (1996), la verdad de la ciencia no funciona fuera de los propios límites que definimos nosotros mismos como seres humanos. La advertencia realizada desde la filosofía del conocimiento es aplicable claramente a la propia ciencia que identifica la obesidad como un problema. De hecho, la creación y el mantenimiento de una categoría por la que pueda ser considerado una persona como obesa es el resultado del trabajo e imposición de ciertas definiciones por parte de unos grupos frente a otros, en lo que Becker (1967) denomina 'jerarquías de credibilidad'. A pesar de que pueden existir diversas formas de ver una realidad y definirla, los que ocupan mejor posición e influencia para tomar decisiones tienen mayor autoridad y legitimidad para imponer sus definiciones. Así, en cada momento histórico, y para cada grupo, el conocimiento científico dominante supone la materialización de un proceso por el que unos grupos imponen sus verdades frente

a otros, teniendo como resultado que estos grupos salen favorecidos y reforzados en el proceso de toma de decisiones y en los incentivos socio-económicos que implican.

Al definir la obesidad, los grupos dominantes de expertos establecen los cálculos de esta realidad, utilizando fórmulas como el índice de masa corporal (IMC) para establecer estadísticamente el número de individuos obesos en un grupo. Así, la definición operativa de una persona como obesa de acuerdo a su IMC implica que es vista automáticamente como enferma, independientemente de si esta persona está realmente enferma (Ross, 2005). Estas definiciones pretenden clasificar a los individuos entre sanos y enfermos, y sus puntos de corte son creados por los mismos científicos de una manera generalizada y no adaptada a cada individuo. Además, su representación y uso es arbitrario pues, más que representar una realidad dada, sus propios límites pueden ser modificados en función de las decisiones de grupos de científicos. Por ejemplo, Oliver (2006) describe como los puntos de corte del IMC fueron modificados por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos en 1998, de tal modo que 30 millones de norte americanos más fueron *ipso facto* considerados como obesos a pesar de no haber aumentado de peso. En la misma línea, coexisten diferentes medidas y puntos de corte, y algunos científicos inflan las tasas de obesidad de la población al jugar con la estadística y comparar los datos tomando en consideración unos criterios de corte frente a otros (Company-Morales et al., 2016; Monaghan et al., 2010). Lo que evidencia estas prácticas es que el proceso de establecer la prevalencia de obesidad es arbitrario. Oliver (2006) denuncia que la obesidad y la epidemia de la obesidad son nada más que constructos médicos, y llega a afirmar:

En realidad, podríamos acabar con la epidemia de obesidad ahora mismo si lo deseáramos. Todo lo que tendríamos que hacer es redefinir la obesidad según el verdadero criterio de una enfermedad. Si simplemente clasificáramos la obesidad en un nivel en el que la grasa corporal es incontrovertiblemente patológica, sólo una fracción de los estadounidenses se calificaría así y esta "epidemia" desaparecería (p. 182).

La arbitrariedad del proceso arrastra, además, una imposición de valores. Los propios términos para clasificar a los individuos de acuerdo con su IMC son denominados con relación a la situación normal (normo-peso). En este juego del lenguaje, los términos sobrepeso y obesidad son utilizados como el glosario médico



del fallo moral de no estar en la normalidad, generalmente atribuido a no tener uno el control de guardar el equilibrio deseado entre las calorías consumidas y gastadas. Algunos análisis realizados sobre el discurso científico de la epidemia de la obesidad denuncian la retórica alarmista utilizada, la forma en que tiende a inflarse la estadística a la hora de informar de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, las dudosas afirmaciones que son realizadas en los informes y publicaciones científicas, y el modo en que son presentadas como hechos científicos (Gard, 2011a; Lupton, 2018). Además, generalmente las predicciones son catastrofistas, alarmando sobre el número de personas que pueden llegar a ser obesas en pocos años, o el hecho de que la obesidad llevará a que los niños por primera vez en la historia lleguen a tener menos esperanza de vida que sus padres.

La más obvia consecuencia del éxito de estos científicos es la creación de su realidad y la producción de un nuevo conjunto de normas y reglas que deben seguirse para atajar el problema. Sin embargo, no suelen pensar que están imponiendo su perspectiva, sino que están creando unas mejores condiciones de vida para las personas. Lo cierto es que al ser los científicos los principales actores del discurso contra la obesidad, son claves para el control y gobierno de la población. Al definir la realidad de la obesidad se desarrolla consciente o inconscientemente un tipo de cuerpo e individuo, a través de lo que Foucault (1990, 2005) denominó como gubernamentalidad. El conocimiento queda así unido al poder de imponer la realidad y las reglas que la constituyen.

Algunos conocimientos actuales sobre el sobrepeso y la obesidad parecen obedecer más a determinadas maneras de ver el mundo que a un conocimiento objetivo que refleje una realidad. Por ejemplo, la literatura sobre el sobrepeso y la obesidad está dominada por la idea de que la sociedad occidental en general es más sedentaria que en el pasado, sin embargo, como ha analizado Gard y Wright (2005) no se han podido encontrar pruebas empíricas de esta afirmación. De hecho, hay muchas ideas básicas de la ciencia del peso corporal y la salud que simplemente se dan por ciertas. De acuerdo a Gard y Wright (2005) una razón que al menos parcialmente puede explicar por qué estas generalizaciones no evidenciadas pueden encontrarse en la ciencia de la obesidad es el hecho de que los científicos viven en esferas aisladas de conocimiento. Esto limita que los datos obtenidos desde las ciencias médicas puedan ser entendidos en contextos sociales y culturales más amplios.

No obstante, junto a la balcanización del conocimiento científico, el hecho de que los científicos se aventuren a dar explicaciones fuera de sus campos de conocimiento propicia las especulaciones a la hora de interpretar los resultados. Al enfrentarse a problemas complejos sin el necesario conocimiento multidisciplinar suelen ofrecerse soluciones simples para problemas complejos. Un claro ejemplo sería crear la necesidad de luchar contra la obesidad y centrar la solución en comer menos y hacer más actividad física. En ocasiones, los científicos que producen el discurso contra la obesidad se aventuran a ofrecer recomendaciones o soluciones que se escapan de sus propios campos de conocimiento. Así, medir el peso corporal de una persona y, de acuerdo con el resultado, clasificarlo como sobrepeso u obeso no dice nada sobre cómo o por qué está persona ha llegado a esta situación. Aunque se ha reconocido que los factores que originan la obesidad pueden ser múltiples, y posiblemente actuar de forma diferente en los individuos; sin embargo, existen multitud de escritos científicos que han promulgado la existencia de una epidemia de obesidad en base a especulaciones que se han presentado como ciertas. Por ejemplo, Gard y Wright (2005) encontraron que muchos académicos que escribían en revistas científicas advertían de un incremento de la obesidad infantil como resultado en parte de tener menos educación física en las escuelas y, en base a ello, predecían que si hubieran más horas de educación física en las escuelas las tasas de sobrepeso infantil se reducirían. Sin embargo, estas predicciones partían de un asumido beneficio de las clases de educación física y, peor aún, eran realizadas sin que se hubiera demostrado en la literatura científica ninguna relación entre la educación física escolar y la actividad física o el peso corporal de los escolares.

A pesar de que la ciencia es construida sobre muchas ideas preconcebidas y valores asumidos por los diferentes grupos de investigadores, los científicos suelen ser vistos como personas honestas y sin intereses espurios (Monaghan et al., 2010). Los científicos que contribuyen a generar el discurso contra la obesidad utilizan un tono paternalista, elitista y a veces alarmista en sus informes y charlas; sin embargo, suelen ser vistos como si quisieran ayudar a los que tienen menos conocimiento que ellos y ofrecerles un futuro mejor. En general, el científico es visto como una persona que vive para su causa. En cierta manera, deben ser observados como verdaderos cruzados de su causa, los cuales están decididos a erradicar un mal que acecha a la sociedad (Becker, 1963). En el caso de los científicos que contribuyen al discurso contra la obesidad quieren reformar y revertir la situación, sea el estilo de vida no

saludable de los ciudadanos o el ambiente obesogénico que ha generado las sociedades avanzadas. Considera que la obesidad es un gran mal con el que hay que acabar. Con ello, actúan con una ética absoluta que intenta imponerla a los demás. Su justificación es que, lo que hacen, lo hacen para el bien de los demás. Desde su perspectiva, hacen lo que es correcto.

Mientras que su espíritu altruista les puede aportar un mejor estatus social, no debemos olvidar que, como todo creador de conocimiento, no están aislados de las instituciones en las que trabajan y no están aislados de los valores sociales, culturales y económicos-políticos, y, más en concreto, de las ideologías y de la moralidad del grupo al que pertenecen. Ellos no están exentos de lo que en general es una de las tentaciones mayores de la carrera investigadora, el ego y el reconocimiento social. Por un lado, está el reconocimiento como una tarea humanitaria, de ayuda a los que están sufriendo la gran plaga de la obesidad. Por otro lado, está el reconocimiento académico, la promoción profesional y la obtención de premios por el trabajo realizado y fondos para el desarrollo de futuros trabajos.

Algunos autores han denunciado que los científicos del discurso contra la obesidad no escapan de la dimensión material (Lupton, 2018; Oliver, 2006), y que, junto con el reconocimiento social, no debe olvidarse los premios y recompensas dinerarias que pueden recibir. En algunos casos, han sido acusados de estar influidos por farmacéuticas u otras industrias de productos relacionados con la pérdida de peso que financian sus investigaciones, de tal modo que se ven forzados a realizar afirmaciones no sostenibles empíricamente o a encontrar en sus datos los resultados que sirven a los intereses de las compañías para la que investigan. No debemos olvidar que algunos de los investigadores que afirman que la obesidad es un problema de salud mundial a niveles de epidemia son también beneficiarios si la obesidad es clasificada como una enfermedad (Oliver, 2006). Como han denunciado algunos críticos (Forth, 2012; Gilman, 2010; Wright & Harwood, 2009), el mismo término médico de obesidad sirve para hacer clínico el cuerpo gordo, un cuerpo que necesita tratamiento médico para ser curado; es decir, modificado hasta los niveles de peso normalizados. El discurso científico dominante crea de este modo la enfermedad del sobrepeso o la obesidad, independientemente que el cuerpo clasificado como enfermo este sano o no. Este discurso científico, aceptado por las principales organizaciones nacionales e internacionales como la OMS, llega a definir la obesidad como una enfermedad crónica, lo que significa que si una persona

sobrepasa los puntos de corte establecidos para el IMC se le considera enfermo, independientemente de su estado de salud real (Ross, 2005).

Es evidente que, dentro de la comunidad científica, como en muchos grupos sociales, no existe consenso. Sin embargo, lo que llama la atención es que a pesar de las incertidumbres que existen en la ciencia, los investigadores dentro del campo de la medicina, las ciencias del ejercicio, y la salud pública, presentan sus resultados y propuestas como si hubiera una certeza unificada en la guerra contra la obesidad. Autores que han desafiado el discurso dominante de la ciencia en el campo de la obesidad se han visto sometidos a constantes intentos de menosprecio, marginalización, y descrédito de sus trabajos por parte de los propios colegas. Por ejemplo, el trabajo de la epidemióloga Katherine Flegal y su equipo ha desafiado durante décadas algunos de los argumentos en los que se basa el discurso de la epidemia de la obesidad (Flegal et al., 2013). Estos investigadores demostraron que no existía una relación lineal entre peso y enfermedad. De hecho, sus estudios denunciaron los problemas de estimación utilizados en otros estudios para calcular la mortalidad asociada al peso y evidenciaron que, para el mismo periodo de tiempo, las personas clasificadas como sobrepeso según su IMC tenían menos probabilidad de morir que aquellas con un normopeso. A pesar de que sus trabajos fueron publicados en revistas biomédicas de gran prestigio internacional, fueron duramente criticados por muchos colegas que defendían el discurso contra la obesidad (véase por ejemplo Hughes, 2013).

En un reciente artículo, Flegal (2021), revisa las dificultades que ella y sus colegas encontraron a partir de los trabajos publicados en 2005 (e.g., Flegal et al., 2005, 2007), donde advertían de algunas de las relaciones que la literatura científica había realizado erróneamente entre el sobrepeso y algunos tipos de obesidad como determinantes en algunas enfermedades. Aunque los ataques a su trabajo venían de colegas dentro del campo de la comunidad científica, lo curioso es que fueron realizados fuera de los canales normales de discusión científica (e.g., foros, programas de radio). En palabras de Flegal:

En principio me sorprendió, pero con el tiempo llegué a esperar que los ataques partidistas se disfrazaran como preocupaciones científicas. Esperaba un modesto interés en nuestros descubrimientos, a través de los canales normales de discusión científica. No esperaba una campaña agresiva

que incluyera insultos, errores, desinformación, cotilleos, chismes y maniobras entre bastidores, publicaciones en las redes sociales, e incluso quejas a mi superior y persona que me había empleado - mucho más de los que tengo espacio para describir aquí. Parecía que algunos pensaban que nuestro trabajo no debía juzgarse por sus méritos, sino por si las conclusiones apoyaban sus metas y objetivos. He visto de primera mano el antagonismo que pueden provocar los descubrimientos científicos incómodos (Flegal, 2021, p. 78).

La inesperada y negativa experiencia que Flegal sufrió como miembro de la comunidad científica cuando abordó estudios que relacionaban el peso y la salud, hace que llegue a cuestionarse las formas en que la ciencia y la generación del conocimiento científico a veces funcionan. Basada en su experiencia personal, Flegal (2021) realiza el siguiente alegato:

Las directrices y recomendaciones deberían basarse en datos objetivos e imparciales. El desarrollo de políticas de salud pública y recomendaciones clínicas es complejo y debería basarse en evidencias y no en creencias. Esto puede ser un reto cuando se trata de un tema candente. Los hallazgos científicos deberían evaluarse por sus méritos, no por de si se ajustan a una narrativa deseada (p. 78).

### **4.2.3. Los Medios de Comunicación y las Redes Sociales**

El discurso dominante del grupo de científicos es clave para construir la obesidad como un problema de salud nacional y mundial. Sin embargo, el trabajo de estos científicos no es suficiente para extender una idea a toda la sociedad. Entre los expertos creadores y los ciudadanos, es necesaria la actuación de los medios de comunicación y las redes sociales para que el éxito de una guerra contra la obesidad tenga éxito. Son estos agentes los que hacen de altavoces para difundir y amplificar entre la población la existencia de una epidemia de obesidad. Como nos recuerda Morgan et al (Morgan et al., 2009) una mitad de la población hemos crecido con la televisión, la otra mitad han crecido con las redes sociales. Ambos medios proporcionan un ritual diario de lo que los expertos y las élites tratan de transmitir al público en general. Como un ritual, estos medios se basan en la repetición continua de relatos, en forma de sucesos, hechos, biografías, mitos, lecciones, etc., que sirven para definir el mundo y legitimar ciertas “verdades”.

Existe una clara conexión y colaboración entre las redes sociales, medios de comunicación y las publicaciones o conferencias médicas. A través de los medios de comunicación y redes sociales se informa a la sociedad de los nuevos peligros para la salud que la ciencia va identificando. Son clave para llamar la atención pública sobre los problemas sociales del momento. Sin embargo, los medios y las redes sociales hacen una función clave de filtro en la información que transmiten a la sociedad. Por un lado, seleccionan la información científica que va a ser transmitida, priorizando unos discursos científicos frente a otros. En esta selección tiene que ver la “jerarquía de credibilidad” del conocimiento científico (Saguy, 2013), pero también influye la selección del contenido que mejor pueda ser vendido y recepcionado por el público. Así, los informes procedentes de los científicos y expertos en salud pública advierten de la existencia de una epidemia mundial de obesidad, que es presentada de una forma alarmista y anunciando futuros catastrofistas que son fácilmente captados por los medios. Por otro lado, el conocimiento instruccional generado por los científicos es recontextualizado (J. Evans et al., 2008) a través de los medios de comunicación. Así, una vez interesados por una noticia científica, los medios de comunicación suelen tomar sólo una parte de la información del mensaje que intentan transmitir. De esta forma, lejos de señalar las cautelas con la que los resultados científicos suelen ser informados en su origen, muestran la necesidad de vender sus noticias a través del sensacionalismo. En el camino de la transmisión del mensaje seleccionado va quedando mucho contenido, que hace que la información en su destino sufra importantes distorsiones respecto a su origen. Por ejemplo, los medios o redes suelen pasar por alto las inconsistencias y las limitaciones que han sido advertidas en los estudios científicos, hasta el punto que crean una nueva narrativa de la noticia que se pretende transmitir. Así, medios y redes sociales son denominados como amplificadores (Becker, 1963; Monaghan et al., 2010), porque desproporcionadamente dramatizan y cubren las noticias sobre una cuestión social, pero también añaden a la noticia efectos extras, construyendo intereses morales y políticos a través de estereotipos y sensacionalismo.

Lejos de advertir sobre las especulaciones y la retórica alarmista de la ciencia, los medios y redes sociales se suman a la tarea de construir y legitimar la epidemia de la obesidad como un problema médico de enormes consecuencias. De una forma sensacionalista y atrayente para el público cubren las noticias sobre la obesidad, haciéndose eco de términos como ‘epidemia’, ‘guerra contra la obesidad’, que

utilizan algunos científicos. Explotando este filón, además, utilizan titulares impactantes para dar la noticia, contribuyendo a crear un pánico moral. En sus titulares y noticias, la tragedia de la obesidad infantil es particularmente recurrente, dado que la obesidad infantil es presentada como una predicción de la obesidad adulta. Además, esta amenaza suele ser presentada como una forma de negligencia de los padres, que condiciona a su vez la forma de abordar el problema de estudio (Simmonds et al., 2016).

Aunque hoy día la influencia de internet está modificando la transmisión del conocimiento dentro y entre los grupos sociales, lo cierto es que la prensa escrita ha sido tradicionalmente uno de los principales medios de difusión y legitimación de la guerra contra la obesidad. Multitud de artículos de prensa han proporcionado historias y hechos sobre el fenómeno de la obesidad. Estos artículos ayudan a formar la opinión pública y la forma de entender el problema. Aun cuando participan en la construcción de narrativas sobre la obesidad, los medios de comunicación no son los creadores originarios o los principales responsables de la epidemia de la obesidad, pero desde luego juegan un rol importante en estructurar el debate y proporcionar discursos limitados sobre la obesidad a la población. Al dar las noticias, amplifican el discurso dominante de la ciencia de manera desproporcionada y minimizando otras formas de entender el problema. El número de noticias y la forma de cubrir la obesidad en muchos países occidentales es alarmante y desproporcionado. Los análisis sobre la cobertura de la obesidad adulta e infantil como un problema de salud pública, realizados en diferentes países desarrollados desde finales del siglo XX hasta nuestros días, muestran un aumento exponencial en la prensa escrita (Basham et al., 2006; Gard & Wright, 2005; Monaghan et al., 2010).

Junto con la prensa escrita, la televisión ha sido un medio tradicional para que el resto de la población vea la experiencia, motivos y emociones de las personas obesas. Los análisis de noticias en televisión en diferentes países occidentales muestran que la mayor parte de la cobertura mediática ha sido para difundir que existe una epidemia de la obesidad (Basham et al., 2006; Wright, 2009). Apenas en los últimos años han comenzado tímidamente a surgir programas que abordan la obesidad desde una perspectiva crítica muy diferente al discurso biomédico ortodoxo. No obstante, la posibilidad de emitir imágenes ha permitido a la televisión de explotar la emotividad de la vida de las personas obesas y resaltar la carga moral que rodea el discurso de la obesidad. Los reality show emitidos en televisión con

personas obesas son una muestra clara de la expansión y legitimación que ha tenido el discurso contra la obesidad.

Los programas televisivos basados en grabar a personas conviviendo durante un largo periodo de tiempo, generalmente anónimas y desconocidas entre sí, surgieron a inicios de los 90 del siglo XX. Uno de los primeros programas fue *The Real World*, que fue emitido por la cadena MTV en 1992. Sin embargo, el gran boom del reality show llegaría con la invención del programa *Gran Hermano*, emitido por primera vez en Holanda en 1999, y rápidamente adaptado a más de 70 países. Este programa tuvo rápida repercusión en España, comenzando su primera emisión en televisión el 23 de abril de 2000 (Ayuso, 2020).

El formato televisión del reality pronto fue utilizado haciéndose eco de la extensión del discurso contra la obesidad, en lo que algunos han denominado coloquialmente el *Gran Hermano de los Obesos*. En concreto, el 19 de octubre de 2004 se estrenó en Estados Unidos la primera versión de un programa de reality show con obesos, denominado *The Biggest Loser*. El programa tuvo un gran éxito televisivo y estuvo emitiéndose en Estados Unidos durante 18 temporadas, hasta 2020, con su pico mayor de audiencia en la temporada de 2009, cuando se contabilizó 10,4 millones de espectadores. El título del programa juega con dos palabras, que en castellano sería 'máximo perdedor'. Con este título se quiere indicar que hay que perder para ganar; es decir, el que más peso pierde es el que finalmente gana. Los concursantes, generalmente compitiendo en equipos, y asesorados por un grupo de especialistas, deben perder peso a través del cambio en sus hábitos de alimentación y ejercicio. Cada cierto periodo de tiempo los concursantes son sometidos al veredicto de la báscula, y en caso de no conseguir el objetivo impuesto por la organización son expulsados del programa o penalizados según reglas específicas. El ganador, o el equipo ganador, siempre es el que consigue perder más peso, y el premio suele variar entre premios en metálico u otros premios, como un tratamiento de por vida para controlar el peso y cuidarse. En este reality los concursantes deben cambiar sus hábitos alimenticios y de ejercicio con ayuda de un equipo de dietistas, médicos, psicólogos, entrenadores personales, nutricionistas y chefs. Aunque los programas son presentados para ayudar a las personas obesas que quieran perder peso, los intereses comerciales de las cadenas de televisión son claramente visibles. Por ejemplo, en el programa Argentino 'Cuestión de Peso', se requiere que los concursantes, además de estar obesos, sean sociales y tengan



‘cosas que contar’ como la pérdida de una pareja por sobrepeso o la incapacidad de tener hijos por su peso (Mundo, 2008).

En Latinoamérica las temporadas *The Biggest Loser* fueron transmitidas por la cadena Discovery Home & Health, y fue tal la polaridad del programa norteamericano que pronto fue exportándose este formato a muchos otros países, entre los que cabe destacar Argentina, Chile, México, Brasil, Australia, Ucrania, Turquía, Portugal, España, Arabia, Alemania, Finlandia, etc. Sus nombres han ido variando, sin embargo, el formato del programa se ha mantenido. En España esta fórmula también tuvo éxito a través de programas que adquieren nombres como “La Báscula”, “Adelgaza Como Puedas”, “Cambio Radical: Perdiendo Peso”, “Mi Vida con 300 Kilos”, etc., emitidos en varias cadenas autonómicas públicas y cadenas privadas.

El gran éxito de este formato televisivo es pronto recogido y reforzado por la prensa escrita bien en formato papel u online. Como en el formato de otros realities show emitidos por televisión, existe una prolongación en otros medios de comunicación. Por ejemplo, un artículo publicado en la versión online de *El Periódico* recogía la noticia del éxito del programa “La Báscula”, emitido en una cadena de televisión regional de España bajo el siguiente titular “Muchos kilos de espectáculo televisivo” (Camacho, 2017). La noticia resalta el orgullo del director del programa quien afirma que ayudan a la gente a cambiar la vida o, en sus palabras, “tan mal no lo estaremos haciendo cuando al éxito del público se suman varias menciones de la ONU”. A pesar de ello, la periodista resalta la no diferencia con otros realities que hacen espectáculo de la desgracia ajena, además del merchandising del modelo, el cual ha generado libros de recetas y consejos explicados durante el programa, aplicaciones móviles, webs, etc (Camacho, 2017). Además, el formato de este tipo de programas permite su fácil conexión con la red. En muchas ediciones emitidas por televisión se realizan resúmenes diarios que son emitidos en muchos países por la red u otras cadenas.

Como se ve claramente en el programa televisión *the Biggest Loser*, internet, junto con los medios de comunicación de prensa y televisión, ha permitido la expansión y divulgación del discurso contra la obesidad de una forma más eficaz y rápida. Los medios digitales sirven también de plataformas para la intervención sanitaria, funcionando en colaboración con las campañas de salud pública (Lupton,

2013, 2017; Miah & Rich, 2008). Para ello, han proliferado multitud de páginas webs y apps para móviles, que ayudan a los usuarios a perder peso a través de herramientas que ofrecen propuestas de ejercicios y dietas saludables, además de recibir apoyo y motivación de otros usuarios con los que se pueden compartir las experiencias durante el progreso de pérdida de peso (Lupton, 2013). Entre la multitud de aplicaciones centradas en la alimentación para mantener o perder peso podemos encontrar la aplicación *Yuka*, que ayuda al usuario a medir el valor nutricional de los alimentos y permite clasificarlos según su calidad. La aplicación *Noodel* permite crear recetas a partir de los alimentos de los que dispones. *Lifesum* ofrece consejos y recetas saludables, además de permitir contar las calorías que consumes. En apps como *Asistente de Dieta* y *CookPad* se aglutina a una comunidad de usuarios de comida saludable donde se pueden encontrar trucos y recetas para cocinar, mientras que *MyRealFood* permite escanear la etiqueta de los alimentos y encontrar un foro de recetas subidas por los usuarios. En algunos casos, como en la aplicación *Diet Alba*, *Nootric* o *Freeletics Nutrition* permite tener un plan nutricional personalizado y que tu dieta esté supervisada por profesionales con una cuota mensual. Dentro de aplicaciones más dirigidas a realizar ejercicio existen aplicaciones como *RunKeeper*, *Runtastic*, *Fitnotes* o *Nike Run Clud*, que ofrecen una base de datos donde registrar tu actividad física diaria, en ocasiones permitiendo visualizar estadísticas, retos y premios logrados. En otras ocasiones, como en la aplicación *Sweat with Kayla*, puedes encontrar entrenadores personales que ofrecen programas de fitness por una cuota mensual.

Aunque existen apps centradas en alimentación o ejercicio, lo cierto es que muchas de ellas ofrecen apoyo para la nutrición al mismo tiempo que ofrece planes de ejercicio. En cualquier caso, en todas las apps existe un sistema de supervisión y vigilancia que intenta motivar al usuario, bien sea a través del foro o bien a través de desafíos, fotos y gamificaciones con recompensas. Las funciones de vigilancia y control sobre la alimentación y el ejercicio pueden ser llevadas a cabo de forma estricta por algunas aplicaciones como *Carrot Hunger*, la cual puede hacer vibrar el teléfono en señal de alarma cuando nos acercamos a la nevera, regañarnos si las tareas de adelgazamiento propuestas no son cumplidas, o lanzarnos señales para avergonzarnos que pueden ejemplificarse en ver nuestro avatar engordar o incluso publicar en nuestras redes sociales frases o comentarios en tono sarcástico para anunciar que no hemos hecho suficiente ejercicio o hemos comido en exceso.

Como tal, estas tecnologías trabajan con los cuerpos humanos para promulgar nuevos conjuntos de biopolítica digitalizada. Funcionan como una nueva forma de pedagogía pública (Fotopoulou & O’Riordan, 2017), que a menudo adopta un papel abiertamente autoritario y formativo al indicar a los usuarios cómo deben comportarse sus cuerpos. Al igual que otras formas de educación para la salud, las aplicaciones y los dispositivos portátiles tienden a reducir el logro de capacidades corporales definidas y la apariencia a normas específicas.

Otra forma que los medios tienen de difundir y legitimar el discurso contra la obesidad es a través de la representación del cuerpo que hacen muchos videojuegos. A menudo estos juegos reproducen estereotipos negativos sobre cuerpos que no son delgados y están físicamente en forma. Con ello, estos medios ensalzan los ideales de cuerpo socialmente aceptados. Estudios previos que han analizado la representación de los cuerpos en las aplicaciones y videojuegos han destacado que los cuerpos gordos son presentados de un modo negativo, caracterizando a la persona que tiene este tipo de cuerpos como fea, inútil, vaga, avariciosa, e incapaz de controlarse en el peso corporal (Lupton, 2015a, 2020).

Los medios de comunicación social y las plataformas de intercambio de contenidos también muestran a los gordos de forma que los desprecian y ridiculizan. Un análisis de contenido de la representación de la obesidad en YouTube (Yoo & Kim, 2012) evidenció que eran comunes las representaciones negativas de las personas gordas. Generalmente estas representaciones atribuían la responsabilidad del peso corporal a la propia persona y se burlaban de los gordos (por ejemplo, mostrándolos comiendo alimentos poco saludables). Otro estudio de vídeos de *YouTube*, con el término de búsqueda "gordo" (Hussin et al., 2011), reveló que muchos de los vídeos más vistos incluían contenidos que desvalorizaban a las personas gordas. No obstante, las posibilidades que brinda los medios digitales hacen que la responsabilidad de difundir mensajes que apoyan y legitiman el discurso contra la obesidad no sólo sea de las editoriales y los periodistas, sino que los ciudadanos se convierten también en amplificadores del discurso, como más adelante abordaremos.

#### **4.2.4. Los Legisladores y Gestores Administrativos**

Los legisladores establecen, a través de reglamentos y disposiciones normativas, lo que es oficialmente sancionado en beneficio de la salud pública. A

través de sus textos motivan las decisiones adoptadas, y proponen soluciones y recomendaciones sobre cómo combatir la epidemia de la obesidad. Los legisladores suelen utilizar el conocimiento científico como el principal reclamo para justificar las decisiones adoptadas. En los países más avanzados existen programas de colaboración entre la comunidad científica y los legisladores, puestos en marcha a través de las diferentes fundaciones para la ciencia. Por ejemplo, en 2021 en España se alcanzó un acuerdo de colaboración entre la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) y el Congreso de los Diputados fruto del cual se creó una oficina (oficina “C”). Esta oficina nace con la pretensión de ser un servicio que facilite la conexión entre el conocimiento científico existente y la labor parlamentaria en aquellas oportunidades y amenazas para el país (Congreso de los Diputados, n.d.).

Aunque la ciencia no sustituye el poder legislativo ejerce una fuerte influencia sobre las políticas a desarrollar. De este modo, la creación y definición de un problema de salud por los principales y más influyentes grupos de científicos suele tener acogida en el arco parlamentario. Los políticos y gestores, al hacerse eco del discurso dominante de la ciencia sobre la existencia de una epidemia de obesidad, legitiman la definición de la obesidad como un problema médico y moral de dimensiones globales. Lejos de cuestionar las evidencias científicas se sirve de ellas para respaldar las decisiones que van a ser adoptadas. Al asumir el discurso científico-médico sobre la obesidad, la evidencia sobre el hecho de que exista un incremento de la obesidad es acogido por los políticos como algo incuestionable. De este modo, los legisladores se ven forzados a generar normativas que intenten radicar el problema identificado, así como desplegar su aparato administrativo para ejecutar lo que ha sido sancionado en leyes y normativas.

Los poderes públicos apoyan también el establecimiento y funcionamiento de importantes organizaciones nacionales e internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization – WHO), el grupo internacional de trabajo sobre la obesidad (International Obesity Task Force – IOTF), la asociación internacional para el estudio de la obesidad (International Association for the Study of Obesity – IASO), la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (Organization for Economic Co-operation and Development – OECD), o la asociación europea para el estudio de la obesidad (European Association for the Study of Obesity – EASO). Igualmente, multitud de campañas son financiadas públicamente con el objetivo de informar y sensibilizar a la población sobre los riesgos de la obesidad y

educarles en programas que ayuden a cambiar sus hábitos de vida para prevenir o reducir la obesidad.

En España, siguiendo la línea de las políticas marcadas por los organismos sanitarios internacionales, y basado en los programas y campañas lanzadas en otros países como Estados Unidos (e.g., Small Steps, Let's Move, Strong4), Reino Unido (e.g., Change4Life, 'Food4Thought'), Francia (e.g., EPODE - Ensemble Prevenons l'Obesite Des Enfants), o Australia (e.g., MeasureUp, Swap It, Don't Stop It, LiveLighter), la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN, hoy día AECOSAN – Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición) pone en marcha la estrategia NAOS en 2005. El lema de la estrategia es “Come Sano y Muévete”, y supone la puesta en marcha de un plan integral que dirige acciones a diferentes ámbitos como el etiquetado, la regulación fiscal y publicitaria de productos alimentarios, y la formación e información a los consumidores. Con este tipo de campañas, las administraciones pretenden que la población tome conciencia de que la obesidad, y su prevención a través de la alimentación y el ejercicio, es una cuestión de salud pública. Una gran parte de sus acciones se basan en el fomento de una alimentación saludable y la promoción de la actividad física como medios de contribuir a reducir la prevalencia de obesidad. Para ello suele contar con la colaboración de diferentes sectores y entes públicos (e.g., ministerios, comunidades autónomas, ayuntamientos, diputación). Además de la sensibilización y conciencia sobre los beneficios de una alimentación saludable y la realización de actividad física, también promueven convenciones así como premios para dar información y visibilidad al problema de la obesidad. Ejemplo de ello son los premios Estrategia NAOS, cuya décimo sexta edición tuvo lugar en 2022, y en la que se reconoce los programas que contribuyen a la prevención de la obesidad mediante la promoción de hábitos saludables.

Legisladores y administración pública se valen de los medios para difundir sus campañas de sensibilización y educación en hábitos saludables. Las campañas publicitarias de los países desarrollados están cargadas de lo que Lupton (2015b) y otros autores han denominado como ‘pedagogía del disgusto’. Al modo en que se ha realizado en otras campañas de sensibilización de la población sobre problemas de seguridad y salud (e.g., campañas de seguridad vial), la idea es evocar respuestas emocionales intensas a través de la retransmisión de imágenes cargadas de fuerte emotividad. Con estas imágenes se espera que una audiencia apática o resistente a

los mensajes de las autoridades de salud pública se convenga de la necesidad de cambiar sus hábitos de vida no saludables (R. Crawford, 1994; Crawshaw, 2012; Gagnon et al., 2010; Lupton, 2015b). Una pedagogía del disgusto intenta provocar respuestas afectivas negativas en las audiencias, a través de materiales que pueden combinar hechos y cifras alarmistas que refuercen la autoridad del emisor y la necesidad de su mensaje. Imágenes que producen angustia o que amenazan o perturban la comodidad del receptor son lanzadas con la intención de provocar un cambio en los comportamientos de la población. No obstante, estas campañas, más allá de exagerar la crisis de la obesidad, utilizan fórmulas que suelen generar determinados sentimientos y valores negativos hacia las personas obesas.

Dentro de las campañas promovidas por los poderes públicos, la población infantil es observada con especial cautela, dado que, de acuerdo con la evidencia científica asumida, se considera que una prevención de la obesidad en edad infantil puede prevenir la obesidad en la edad adulta. Por ejemplo, en España se ha desarrollado la campaña “Gracias por Esos 1.000 Días”, dirigida a progenitores y familias con la intención de fomentar una alimentación y hábitos de vida saludables en los primeros 1.000 días de vida (etapas de embarazo, lactancia y los dos primeros años del bebe), o la campaña “Pon más Héroe en tu Plato y Llena tu Vida de Superpoderes”, dirigida a la lucha de la obesidad infantil a través del fomento de hábitos saludables. También han sido desarrolladas acciones para regular la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a los menores, como la creación del código PAOS.

Todas las campañas y acciones públicas de lucha contra la obesidad se sirven de los medios de comunicación tradicional, y sobre todo de los medios y redes sociales que facilita internet, desplegando una amplia difusión del discurso contra la obesidad a través de videos, cartelera, infografía, filtros en redes sociales como Instagram, WhatsApp, Tik Tok, y otros materiales gráficos como juegos en línea dirigidos a los menores. De este modo, las administraciones tratan de influir en las pautas de consumo y estilos de vida de la población. No obstante, los políticos que toman las decisiones y la administración pública deben reforzar su legitimidad lidiando con una doble situación en la guerra contra la obesidad. Por un lado, se enfrentan a la obesidad y muestran su preocupación y compromiso de lucha contra la epidemia de la obesidad. Por otro lado, deben presentarse como capaces de solucionar la situación y, sobre todo, evitar ser vistos como responsables del

problema (Monaghan et al., 2010). En este último caso, deben evitar ser vistos como facilitadores o demasiado permisivos con un entorno obesogénico. Dentro del juego político, deben también saber lidiar con las diferentes y a veces opuestas necesidades de los grupos de intereses, tales como industrias de comida rápida, industrias del fitness, comunidad médica, compañías farmacéuticas, o industrias de adelgazamiento. Esto supone a veces una tarea difícil que deja al descubierto las contradicciones de un sistema neoliberal en el que los gobernantes no deberían impedir el crecimiento económico a través de determinadas industrias (e.g., farmacéuticas, industrias de comida rápida), mientras que promulga también la necesidad de una autorresponsabilidad por parte del ciudadano (Guthman & DuPuis, 2006).

Los documentos de política sanitaria y el material de promoción de la salud han situado regularmente a los padres, y en concreto a las madres, como principales responsables de controlar y regular el peso corporal de sus hijos (Burrows, 2009; B. Evans et al., 2011; Fullagar, 2009). Esta atención a la responsabilidad de las madres sobre el peso de sus hijos comienza en el embarazo. Las mujeres embarazadas son continuamente advertidas por el aparato administrativo de los riesgos de permitirse engordar demasiado, ya que sus recién nacidos pueden ser demasiado grandes al nacer, lo que supone un riesgo de complicaciones en el parto y de muerte fetal o de obesidad infantil posterior (Jarvie, 2016). Si se considera que las mujeres están demasiado gordas para ser una mujer embarazada "normal", deben enfrentarse a la vergüenza por la gordura que pretende situarlas como "malas" madres por el riesgo que supuestamente suponen para la salud de sus fetos (Bombak et al., 2016; Jarvie, 2016; McNaughton, 2011; Parker, 2014; Warin et al., 2012).

Una vez que el niño ha nacido, se encarga a las madres la responsabilidad de garantizar que sus hijos no engorden y de que ellas mismas actúen como buenos "modelos de conducta". Para ello, se requiere que sigan las prácticas recomendadas para evitar el sobrepeso. Si se considera que sus hijos tienen sobrepeso, se asume que sus madres son las culpables, hasta el punto de que se han lanzado acusaciones de "maltrato infantil" a las madres de niños extremadamente obesos y, en ocasiones, se ha intervenido o amenazado con separarlas de sus hijos (Bell et al., 2009; McNaughton, 2011). Los discursos de los medios de comunicación populares se han referido continuamente a que los niños son descuidados por sus madres al permitirles comer demasiada "comida basura" o ver demasiada televisión (Boero,

2009, 2012; Rich & Evans, 2009). Como resultado, muchas madres se posicionan como las principales responsables de la dieta y el peso corporal de sus hijos y manifiestan sentimientos de culpa y vergüenza si sienten que no se han ajustado lo suficiente a estos imperativos (Fullagar, 2009; Maher et al., 2010; Warin et al., 2008)(Warin et al. 2008; Fullagar 2009; Maher et al. 2010).

En línea con el discurso contra la obesidad, los poderes públicos ponen énfasis en la responsabilidad que los padres tienen sobre el peso corporal de sus hijos (Quirke 2016). Se insta a los padres a dar un "buen ejemplo" a sus hijos, realizando ellos mismos las prácticas de control de peso recomendadas, como vigilar de cerca el peso, la ingesta alimentaria y los hábitos de ejercicio de sus hijos (Burrows, 2009; Dame-Griff, 2016; Friedman, 2015; Fullagar, 2009; Quirke, 2016). En el contexto familiar, las madres de grupos étnicos o raciales no blancos son consideradas como particularmente negligentes al permitir que sus hijos engorden, y se supone que esas madres requieren una "educación" especial (Bell et al., 2009; Boero, 2009; B. Evans et al., 2011; McNaughton, 2011). En su punto más extremo, en los Estados Unidos algunas madres han sido acusadas de negligencia o abuso infantil, y en algunos casos les han quitado a sus hijos y los han colocado en hogares de acogida. Estos casos han afectado de forma desproporcionada a familias de bajos ingresos y no blancas (Friedman, 2015; Mason, 2016). La prensa se ha hecho eco de repetidos casos en diferentes países de la retirada por parte de la administración del cuidado de hijos a aquellos padres que han sido considerados altamente negligentes con esta tarea (véase por ejemplo en España Gómez, 2017). Sin embargo, como ha sido indicado en varios lugares, estos casos suelen recaer en familias sin recursos a los que se olvida la responsabilidad social de haberlas atendido (Company-Morales et al., 2016; J. Evans et al., 2008).

#### **4.2.5. La Industria y Esfera Empresarial**

Las empresas tienen como uno de sus principales objetivos la rentabilidad y el crecimiento económico. La manera de conseguir mantener o aumentar sus beneficios es garantizar la venta de sus productos. Con este objetivo, el sector industrial reacciona a las realidades que construyen y difunden los científicos, los medios, los legisladores y administradores. El sector industrial es sensible al discurso proclive a mantener una lucha contra la obesidad y busca movilizarse para encontrar posibles soluciones a su negocio. La solución más fácil es unirse al discurso e



intentar amoldar sus intereses al mismo. En este sentido, la industria suele apoyar la lucha contra la obesidad, lo que incluye contribuir a la educación ciudadana o, al menos, facilitar económicamente esta acción, al mismo tiempo que adapta su producción a bienes que son vistos como soluciones o medidas preventivas.

En plena era del discurso contra la obesidad, las empresas del sector alimentario (incluida la industria de bebidas azucaradas) intentan alienar sus intereses económicos junto con el discurso de la epidemia de obesidad. La manera más clara de conseguirlo es reformulando sus productos y/o la publicidad sobre los mismos. Algunos estudios han mostrado como las principales compañías de bebidas azucaradas, tales como Coca-Cola o PepsiCo Inc., han aumentado la producción y venta de productos bajos en calorías como resultado de alinearse con el discurso contra la obesidad y la cultura del salutismo (Kleiman et al., 2012). De este modo, las grandes compañías alimentarias son capaces de mantener o incrementar grandes beneficios mientras proporcionan un perfil ligeramente más saludable de sus productos.

Sin embargo, algunos autores han advertido que las prácticas de las industrias a veces son un lavado de cara. Trabajos que han analizado las diferencias entre las proclamaciones y las acciones reales de la industria de la alimentación, denuncian que algunas empresas hacen declaraciones engañosas y tergiversan la información ante los gobiernos y las administraciones públicas de control (Lewin et al., 2006; Ludwig, 2008). Por ejemplo, McDonalds fue penalizada económicamente por seguir utilizando aceite con grasas trans, a pesar de negarlo en sus declaraciones y publicidad en 2005. Igualmente, mientras que la empresa Kraft lanzó en 2003 una fuerte campaña de marketing de productos no saludables para niños, a pesar de mostrarse en línea con la lucha contra la obesidad infantil (Lewin et al., 2006).

La industria alimentaria invierte importantes sumas de dinero en la investigación y tienen una gran influencia en la creación del conocimiento y definición de la realidad que va a definir la lucha contra la obesidad y las políticas de salud pública (Nestle, 2013). Algunos autores han analizado las conclusiones de investigaciones sobre los efectos de productos alimentarios en la salud, y han encontrado que la probabilidad de leer una conclusión favorable a una compañía alimentaria es entre 4 y 8 veces mayor si el estudio recibe financiación directa o indirectamente de esa compañía (Lesser et al., 2007). Este tipo de estudios ponen

de relieve el conflicto de intereses que existe entre la industria alimentaria y la salud. Algunos de estos conflictos de intereses han tenido importante repercusión mediática, en la medida en que se ha mostrado cómo las industrias presionaban o reforzaban económicamente a los investigadores para ocultar o minorar los efectos adversos de sus productos para la salud (Chavez-Ugalde et al., 2021; Kearns et al., 2016; Navarrete-Muñoz et al., 2018).

Pero las redes de la industria alimentaria no sólo alcanzan la política o la ciencia, sino que también se extiende al tejido social y profesional, generando una opinión pública favorable. Así, las empresas alimentarias suelen también hacer donaciones a asociaciones que defienden el discurso de la obesidad. Por ejemplo, Coca-Cola ha estado realizando durante largo tiempo donaciones a la Asociación Americana de Dietética, con lo que conseguían un lugar destacado para influir en líderes y responsables en la toma de decisiones en el mercado de la alimentación y nutrición. Igualmente, esta compañía fue denunciada por estar financiando a la organización *The Global Energy Balance Net-Work*, la cual promueve la actividad física como método más efectivo para el control de la obesidad y, con ello, desviar la atención del consumo de refrescos azucarados (Navarrete-Muñoz et al., 2018). De esta forma, las compañías alimentarias desvían la atención hacia el comportamiento del individuo, y evitan de este modo que se vea la responsabilidad de la industria alimentaria por los productos no saludables que ofrece y vende (e.g., productos ultraprocesados, altos en calorías) (Chavez-Ugalde et al., 2021). Sin embargo, lo más llamativo de las estrategias utilizadas por el sector de la industria es que, mientras presentan su mejor cara en línea con el discurso de la obesidad, por otro lado intentan boicotear este mismo discurso. Ludwig (2008) muestra como empresas relacionadas con la industria de la alimentación y las bebidas azucaradas realizan cuantiosas donaciones, muchas de las veces no reveladas, a asociaciones que puedan contrarrestar el discurso de la obesidad.

Aunque la industria alimentaria tiene claros intereses en reformular sus productos para alinearse con el discurso de la obesidad, no debemos olvidar que existen otros campos empresariales que ven atractivo y lucrativo el problema de la salud asociado con la obesidad, tal y como ocurre con el dominio de la industria farmacéutica, el ocio, el fitness y la salud. Así, las empresas no sólo obtienen beneficios en el área de la alimentación y bebida, sino que se extiende al desarrollo

de drogas para perder peso, productos de vestir que estilicen la figura, planes de alimentación, campañas para captar socios en los centros fitness y gimnasios, etc. En general, la industria tiene interés en presentarse como defensora de la lucha contra la obesidad, de tal modo que suele colaborar activamente en talleres, cursos y programas ofrecidos por los gobiernos y los administradores públicos encargados de la salud. También suele asociarse con los científicos y financiar estudios e investigaciones para buscar soluciones que prevengan o disminuyan la obesidad de la población. En línea con el discurso contra la obesidad, las empresas muestran especial preocupación por la obesidad infantil e inciden en la reformulación de muchos de sus productos dirigidos a los menores, así como participan en la promoción del deporte en las escuelas. Sin embargo, todas estas acciones no pueden olvidar que el interés principal de las empresas es el beneficio económico.

#### **4.2.6. Las Asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales**

A diferencia de las organizaciones profesionales o empresariales, las asociaciones y organizaciones no gubernamentales aglutinan un conjunto de individuos que, a título privado, se agrupan para perseguir un fin determinado. Se trata de agrupaciones generalmente con un fin social o humanitario, que son independientes de los organismos públicos y empresariales. No tienen un servicio público determinado a desarrollar, ni un afán lucrativo, a pesar de que puedan recibir ayudas gubernamentales. Las asociaciones movilizan la sociedad civil en un amplio espectro de problemas que generalmente afectan al mundo en general, tales como la pobreza, la injusticia, la inmigración, u otras crisis humanitarias.

Desde el auge del discurso contra la obesidad, el aumento de peso ha sido identificado como un problema contra el que hay que luchar. En línea con este discurso, diferentes asociaciones han sido creadas en multitud de países para apoyar el estudio sobre la obesidad, así como la sensibilización y la información de la misma como un problema de salud. Fuera de España pueden destacarse The Obesity Action Coalition en Norte América (OAC; <https://www.obesityaction.org/>), the Association for the Study of Obesity en Reino Unido (ASO; <https://aso.org.uk/about>), o The European Association for the Study of Obesity (EASO; <https://easo.org/>), esta última establecida en 1986 por científicos, pacientes, médicos, y otros profesionales de la salud de 36 países. Estas

asociaciones, alineadas con el discurso de la obesidad, tienen en común el tratamiento de la obesidad como una enfermedad crónica. Aunque son de carácter privado suelen mantener una relación con organizaciones profesionales y gubernamentales intentando influir en las directrices legislativas como forma de atajar el problema de la obesidad.

En España han proliferado también las asociaciones cuyo fin es el estudio, prevención y tratamiento de la obesidad como un problema de salud, destacando la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO; <https://www.seco.org/>), la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO; <https://antigua.seedo.es/>), Fundación Española de Expertos en Obesidad (<https://www.fundacionexpertosobesidad.es/>), o la Asociación Española contra la Obesidad y Diabetes (AECOD; <https://aecod.org/>). Entre los miembros de estas asociaciones predominan profesionales de la salud, tales como médicos, nutricionistas, y expertos en deporte y ejercicio.

Las asociaciones no gubernamentales y no lucrativas contribuyen a legitimar el discurso contra la obesidad y, en este sentido, se alinean de alguna manera como defensores de la cruzada contra la obesidad. A veces, estas asociaciones no lucrativas trabajan bajo el amparo de organizaciones como el International Obesity Task Force (IOTF) o el Center for Disease Control and Prevention (CDC), y en sintonía con ellas intentan influir en las políticas y regulaciones, así como el aumento de la sensibilización y conciencia de la población.

Es de esperar que el trabajo de las personas que promueven o participan en una asociación sea visto como más altruista. Dar publicidad a la crisis de la obesidad y buscar un mayor compromiso y acción de los demás puede ser visto como algo personalmente comprometido y solidario. Sin embargo, no debemos olvidar que los activistas se pueden mover también por intereses particulares, de tal manera que la obtención de beneficios, aunque no sean económicos, pueden estar también presentes. En este sentido, Monaghan (2010) destaca que activistas y empresarios, a los que llama “oportunistas”, pueden solaparse. La esfera industrial es oportunista porque es lucrativa, buscan claramente hacer dinero a través de medios directos o indirectos. Sin embargo, las asociaciones constituidas para fines sociales pueden beneficiarse de ayudas estatales, por lo que pueden existir intereses ocultos detrás las personas que participan en asociaciones (e.g., prestigio, publicidad, mejoras corporativas en la rama profesional en la que trabajan, etc.). Así, las personas detrás

de asociaciones no están exentas de obtener beneficios e intereses corporativos o particulares cuando se alinean con el discurso contra la obesidad.

#### **4.2.7. Los Profesionales de la Salud**

Los profesionales de la salud incluyen a una variedad amplia de personas que, habiendo cursado estudios en algún campo de la salud (medicina, fisioterapia, enfermería, farmacia, ciencias de la actividad física y el deporte, etc.), están autorizados por la legislación, y a veces por una organización profesional, para ejercer su profesión. Este grupo de personas pueden ser considerados como los soldados en primera línea del frente contra la prevención y el tratamiento de la enfermedad. En el caso de la prevención y tratamiento de la obesidad, los profesionales abarcan desde médicos, psicólogos, enfermeros y farmacéuticos, hasta nutricionistas y consultores de planes de pérdida de peso, entrenadores físicos, profesorado (e.g., educación física, ciencias naturales), y otros profesionales del cuidado de la salud. Con su capacidad profesional estas personas sensibilizan, movilizan y responden ante las preocupaciones patológicas asociadas al aumento de peso. Los programas educativos sobre hábitos saludables, la legislación para obligar a una información más precisa de los productos (e.g., etiquetado) o para restringir el acceso a productos no saludables, los tratamientos basados en el control del ejercicio y la alimentación, pero también la prescripción de medicamentos y drogas para adelgazar o, llegado el caso, la cirugía de pérdida de peso, son algunas de las prácticas usadas en un esfuerzo para modificar los cuerpos y los hábitos de vida de los ciudadanos.

Los profesionales de la salud son corporativistas, y dentro de cada gremio deben justificar su profesión y su modo de vida (Becker, 1967). Además, junto con el interés por justificar la existencia de su profesión, los profesionales persiguen ganarse el respeto de las personas con las que trata. El reconocimiento de un problema o amenaza a la salud pública, como el que supone la obesidad, es un aliado para el reconocimiento de su profesión. Sin embargo, de acuerdo con Becker (1967), los profesionales de la salud se enfrentan a un dilema. Por un lado, deben reconocer la amenaza de la epidemia de la salud y la persistencia o aún el agravamiento del problema. Por otro lado, deben demostrar que su trabajo es eficaz, que sus intentos de luchar contra la amenaza merecen la pena, y que los recursos destinados a ellos para enfrentarse al problema están justificados. Por lo tanto, los

profesionales de la salud, a través de sus colegios y organizaciones profesionales, suelen oscilar entre dos reivindicaciones a la hora de buscar fondos y reconocimiento. En primer lugar, suelen afirmar que gracias a los esfuerzos invertidos y a las facilidades que han obtenido, la solución al problema de salud está más cerca de alcanzarse. Al mismo tiempo, manifiestan que, a pesar de su diligente trabajo, el problema es de tan enormes proporciones que requiere de un esfuerzo mayor para mantenerlo bajo control. Independientemente de la realidad, las asociaciones profesionales siempre tienden a reclamar la necesidad urgente de su actuación para atajar los problemas de salud. La obesidad es un reclamo altamente utilizado por estos colegios para justificar su labor. Por ejemplo, el Consejo General de la Educación Física y Deportiva (COLEF), el 4 de marzo de 2021 anunciaba en su página web el día mundial contra la obesidad, con el siguiente titular “Obesidad, Covid-19 y ejercicio físico ¿Por qué todavía no se han tomado medidas?” (COLEF, 2021). La noticia repasa el reconocimiento de la obesidad como un factor de riesgo para la salud, al mismo tiempo que selecciona un número de estudios e informes realizados por sociedades científicas y grupos de expertos sobre el agravamiento de lo que reconocen como pandemia del siglo XXI y sus consecuencias para la salud. Ante lo que se califica como una grave situación de salud en el país, la noticia finaliza afirmando:

Por todo ello, deben tomarse medidas, cuanto antes, en relación con la promoción de estilos de vida activos. Las personas educadoras físico deportivas, como especialistas en ejercicio físico, somos imprescindibles para disminuir el sobrepeso y la obesidad en la sociedad española. Una vez más, reclamamos que nuestros servicios sean esenciales (ver Manifiesto), y que aquello a lo que instó el Congreso de los Diputados el pasado 18 de febrero se materialice en medidas concretas determinadas por normativas, tanto autonómicas como estatales (COLEF, 2021).

Al igual que los profesionales de la educación física y el ejercicio, otros muchos profesionales se alinean con el discurso contra la obesidad, legitimando y haciendo dominante el mismo. Para ello, cada gremio profesional reivindica su rol en la solución a la obesidad, insisten en que el problema perdura en nuestra sociedad, y que, de no intervenir, la situación será dramática. Al margen de su mayor o menor convicción en la existencia de la obesidad como un problema de salud, lo cierto es que este reto al que hay que hacer frente les brinda una buena razón para justificar

la existencia de su profesión, y la necesidad de potenciar su reconocimiento y recursos. Para ello, no dudan en apoyar la visión pesimista, presentada por muchos medios de comunicación y algunas organizaciones. Además, aunque reconocen que el problema es en esencia responsabilidad del individuo, suelen insistir en la dificultad que los ciudadanos tienen de seguir un estilo de vida saludable. En este sentido, se muestran escépticos respecto a la capacidad de las personas, por sí solas, de combatir la obesidad. No en balde, reconocer que las personas son capaces por sí mismas de luchar contra los malos hábitos, y que tienen el poder de afrontar sin ayuda el aumento de peso, sería similar a reconocer el fin de su profesión, o al menos la seguridad que tienen en su trabajo.

Por otro lado, los profesionales de la salud actúan como agentes moralizadores. Su actuación es clave para la vigilancia y la censura de los hábitos de vida no saludables. En ocasiones, los profesionales establecen una relación de confianza con los pacientes y clientes, de tal forma que les incitan a confesar sus estilos de vida y las conductas que se apartan de las guías que los profesionales de la salud han prescrito. Con toda esta actuación de confesión potencian la obesidad como una patología médica, pero también como un fallo moral (Monaghan et al., 2010; Throsby, 2012). La consulta de cirugía bariátrica es un lugar muy evidente donde se ejerce una vigilancia y un poder disciplinario (Foucault, 1975, 1990), cuyo mecanismo censura y culpabiliza a la persona obesa (Salemonsén et al., 2018). Además, existen en la literatura relatos de activistas y académicas con cuerpos gordos que narran en primera persona sus experiencias en la consulta de profesionales de la salud. Por ejemplo, Samantha Murray (Murray, 2008, 2009) reconoce, en base a su experiencia personal, que las personas obesas son presionadas a confesar que sus estilos de vida se han alejado de las recomendaciones dadas por los expertos para mantenerse dentro de un peso 'normal'. En sus experiencias asistiendo a la consulta, Murray describe los continuos consejos del equipo médico para perder peso una vez que califican su gordura como problemática. Murray describe cómo se esperaba de ella una confesión, en la que reconociera tener un cuerpo patológico por haberse desviado de los patrones definidos para un cuerpo sano. En conjunto, tanto los estudios narrativos, como las propias descripciones de las personas obesas, suelen resaltar el sentimiento de culpabilidad que les hacen sentir cuando acuden a consulta, al ser señaladas por tener poca voluntad para modificar sus hábitos de vida. Este sentimiento es común

entre muchos pacientes obesos, a pesar de que suelen ser presentados como víctimas de un sistema obesogénico del cual no son capaces de controlarse. De esta forma, la función de estos profesionales es presentada por ellos mismos como clave para asistir a una población víctima del aumento de peso.

#### **4.2.8. Los Ciudadanos**

El ciudadano es la pieza básica del sistema social. Un grupo está formado por individuos, al mismo tiempo que sus acciones condicionan el grupo. Cuando estudiamos la influencia social sobre el ciudadano y su forma de actuar, es importante focalizar la atención sobre qué clase de cuerpo se necesita, sobre qué cuerpo se promueve (Foucault, 1988, 1993; Petersen & Bunton, 1997). Así, el cuerpo biológico siempre forma parte de la política, situando al biocidadano en el centro del escenario de la política (Greenhalgh, 2015; Halse, 2009; Lupton, 2003; Pylypa, 1998). La regulación del cuerpo y el rechazo a un cuerpo gordo forma parte de un ideal de cuerpo que se fomenta socialmente de una manera tan generalizada que los niños comienzan a escuchar y a internalizar sus mensajes desde edades muy tempranas. En sus escritos sobre el cuidado del yo, Foucault (1990, 2005) enfatizó la importancia del manejo corporal individual como una parte de conformarse a la noción de un ciudadano autorregulado quien asume la responsabilidad de su propio bienestar y salud. Estos ciudadanos son esenciales en el estado moderno neoliberal, dado que son productivos y responsables (Greenhalgh, 2015; Guthman, 2011; Guthman & DuPuis, 2006; Pylypa, 1998). Mantenerse en buena salud permite que aporten su trabajo como un ciudadano productivo, al mismo tiempo que reducen la carga del estado al no requerir recursos para tratar un cuerpo enfermo. El interés del estado es vigilar y controlar la salud de sus ciudadanos, identificando a los subgrupos en riesgo para focalizar sus esfuerzos en ellos, de cara a que sean responsables y hagan todo lo posible para cuidar su cuerpo y mantenerlo en un estado de salud (Guthman, 2011; Lupton, 2003, 2018; Petersen & Bunton, 1997; Wright & Harwood, 2009).

Aunque se ha escrito con cierta extensión sobre la presión que ejercen los poderes públicos en los ciudadanos para que adquieran responsabilidad sobre su cuerpo; sin embargo, poco se ha escrito hasta la fecha del rol que el propio ciudadano juega como actor político en la reproducción o la resistencia del discurso contra la obesidad. Estas influencias mutuas entre los individuos de un grupo están



estrechamente conectadas con la política, entendida no como una gran política, sino más bien como una micropolítica, a través de la cuál cada individuo intenta, dentro de sus posibilidades, ejercer influencia sobre los demás para convencerles sobre determinados intereses. Esta idea de un poder descentralizado y capilar, conecta con los conceptos de biopoder y biopolítica, términos utilizados por Foucault (1975, 1993) para describir las nuevas formas de poder en las sociedades modernas, donde los ciudadanos son conducidos a actuar voluntariamente bajo determinados regímenes de verdad, en lugar de actuar sobre ellos de manera coercitiva o punitiva para mantener el control de la población (J. Evans et al., 2008; Rose, 1990; Wright & Harwood, 2009). El ciudadano es objetivo de lo que ha sido denominado como “estrategias biopedagógicas” o “pedagogías corporales” (J. Evans et al., 2008; Shilling, 2010), es decir, en las formas en que los individuos son enseñados o entrenados a ver y utilizar su cuerpo en manera específica.

No obstante, el propio ciudadano no es sólo víctima, sino parte del sistema de producción de normas y juegos sociales. Hasta el momento, el trabajo de Foucault ha sido muy ilustrativo para entender como en las sociedades modernas la verdad ha emanado del conocimiento científico y de las instituciones que lo producen, creando un discurso sobre el ser humano que convierte el cuerpo en un espacio de normalización, toda vez que se legitima una visión del individuo como un objeto que puede ser medido, operativizado y clasificado (Petersen & Bunton, 1997; Pylypa, 1998). Sin embargo, el proceso de globalización y digitalización ha producido en las últimas décadas una mayor interdependencia inter e intragrupo, configurando lo que Castels (2006) define como una sociedad red. En estas sociedades de inicio de siglo las posibilidades de participación del ciudadano se han visto aumentadas, de tal modo que no debe ser observado como un sujeto pasivo que recibe la influencia de los expertos, sino como posible agente que puede intervenir tanto en la reproducción del discurso dominante como en la producción de nuevos discursos. El presente capítulo aborda el rol que los ciudadanos tienen en la legitimación del discurso contra la obesidad. Para ello, tres tipos de ciudadanos son destacados: el ciudadano responsable, el ciudadano autovigilante, y el ciudadano como vigilante de la conducta de los demás. Aunque se explica el modo en que estos tres roles de ciudadanos contribuyen a legitimar y propagar el discurso contra la obesidad, el capítulo termina reconociendo que el ciudadano tiene posibilidad también de resistirse a este discurso y ser agente de cambio. Esto sitúa al ciudadano no sólo

como víctima del discurso contra la obesidad y sus consecuencias, sino, en alguna parte, también como jugador activo en la legitimación y reproducción de los discursos sobre la obesidad.

#### **4.2.9. El Ciudadano Responsable**

En las sociedades neoliberales la idea que impera el modo de vida es la libre competencia y la “libre elección”. Con esta idea, los ciudadanos son vistos como consumidores, de tal forma que se entiende que utilizan su propia evaluación de riesgos y beneficios a la hora de elegir productos y comportamientos. El gobierno apoya el libre mercado y trata de “informar” a los ciudadanos sobre los riesgos que pueden estar asociados a determinados productos básicos. Se asume que hay mercados muy consolidados y rentables que van a tratar, en su legítima actividad, de vender sus productos, entre los que se encuentran aquellos asociados con el aumento del peso, tal y como son la comida rápida y bebidas azucaradas, pero también productos dirigidos a la pérdida de peso. Se considera que son los ciudadanos como consumidores los que deben elegir sabiamente qué productos deben comprar y utilizar como parte del proyecto de autorrealización personal (Greenhalgh, 2015; Guthman, 2011; Rose, 1990). Dentro de sociedades desarrolladas, donde existe una abundancia de alimentos sin límite, se espera que un ciudadano adulto sea capaz de consumir responsablemente. Sin embargo, también se espera que este ciudadano responsable sea capaz de autorregularse y controlarse para no caer en un consumo excesivo que le derive en problemas de salud.

En línea con la ideología del salutismo (R. Crawford, 1977, 1980), el discurso contra la obesidad sitúa directa o indirectamente la responsabilidad del individuo en un lugar clave para explicar la forma corporal que cada persona tiene. Aunque se reconoce el carácter multifactorial del origen del aumento de peso, el discurso contra la obesidad da un protagonismo esencial al desequilibrio entre las calorías consumidas y las calorías utilizadas por el organismo. Esta fórmula prioriza las estrategias basadas en una alimentación saludable y un aumento de la actividad física. Esta responsabilidad última en el individuo es acentuada a pesar de que algunos escritos que apoyan el discurso contra la obesidad consideran al obeso una víctima de un ambiente obesogénico en el que los poderes públicos y la sociedad en

general debe luchar y ayudar a los individuos que son víctimas de este ambiente (Jia, 2021; Lake et al., 2010).

Así, la perspectiva o explicación obesogénica del discurso contra la obesidad, en lo que algunos han llegado a calificar de determinismo ambientalista (Colls & Evans, 2014), hace una explicación simplista al afirmar que el acceso más fácil a la comida en las sociedades avanzadas hace que se consuma más y, por lo tanto, aumente la obesidad en la población. En cierto modo, asume que un contexto donde existe una baja calidad de productos y un acceso ilimitado a ellos, sin necesidad de realizar grandes esfuerzos físicos para conseguirlos, los ciudadanos tenderán a ser obesos porque son incapaces de resistirse a la sobrealimentación, unido a la disminución de las exigencias de hacer ejercicio (Lee et al., 2011). Sin embargo, esta explicación asume sin cuestionarse que el estado natural de todo cuerpo es ser delgado, y que, de estar en un ambiente con las condiciones idóneas, no existiría el problema (Gard & Wright, 2005; Guthman, 2011).

#### **4.2.10. El Ciudadano Como Vigilante de su Propia Conducta**

La moralidad que arrastra el discurso contra la obesidad define un estado normal del cuerpo, el cual la persona debería respetar. En base al cuerpo normal se establece lo que es considerado como bueno y malo, correcto e incorrecto. El mantenimiento del peso dentro de los ideales de belleza es algo deseable, mientras que el volumen de un cuerpo gordo es algo que hay que rechazar. Estas categorías de bueno y malo definen no tanto la salud y la enfermedad, sino lo valioso y lo que hay que rechazar dentro del grupo, y de uno mismo. Kristeva (1982) utiliza el término 'abyecto' para definir aquellos cuerpos que son socialmente rechazables, aquellos que cruzan los límites corporales. De este modo, el concepto de abyección aborda el nivel subconsciente en el que se da la reacción de asco a un cuerpo obeso. A través de los códigos morales de belleza que promulga el discurso contra la obesidad, un cuerpo gordo llega a producir repulsión y un miedo al temor de que mi cuerpo pueda llegar a estar así. El cuerpo gordo como algo abyecto, según Kristeva (1982), representa una amenaza externa, algo de lo que debemos protegernos, pero también algo de lo que, en alguna manera, no estamos exentos y debemos evitar. Así, el asco al cuerpo gordo se genera precisamente por esta doble amenaza externa e interna, algo que está en otros cuerpos, pero también algo que podemos llegar a tener en nuestro propio cuerpo.

El continuo y permanente intento por evitar un cuerpo gordo es lo que contribuye a un proceso de normalización y a la formación del sujeto neoliberal. El código moral establece lo que el grupo demanda del individuo que a él pertenece, lo que un buen ciudadano debería hacer, por ejemplo, sobre su salud y cuerpo. De esta manera, coger peso es interpretado como una ruptura del código moral, porque es derivado de conductas (e.g., comer en exceso y no hacer ejercicio) que son vistas como poco responsables. Cuando los ciudadanos internalizan el ideal de cuerpo delgado y el rechazo por un cuerpo con sobrepeso u obesidad se produce lo que Foucault (1975, 1990) denomina autovigilancia. La autovigilancia es un claro reflejo de que la presión hacia un determinado tipo de cuerpo pasa al interior, es decir, es internalizado por el individuo (Pylypa, 1998). La autovigilancia es un poderoso mecanismo de control del ciudadano, porque una vez que ha internalizado el discurso contra la obesidad, y el código moral que ello representa, no hace falta un estricto control y vigilancia externa sobre los cuerpos de esos ciudadanos. En gran medida, el ciudadano intenta por sí mismo no apartarse del código moral que representa el discurso contra la obesidad.

La autovigilancia y el autocontrol del peso corporal es favorecido por la tecnología. Al igual que existen dispositivos sociales para controlar y vigilar los cuerpos de otros, en las sociedades tecnológicamente avanzadas se desarrollan dispositivos que puedan servir para el autocontrol del ciudadano. Por ejemplo, las aplicaciones y los dispositivos portátiles (e.g., relojes inteligentes, pulseras con sensores) en particular, permiten un seguimiento y una medición cada vez mayores del propio peso corporal y del consumo y el gasto de energía. Desde su introducción en 2008, las aplicaciones móviles, o simplemente 'apps', se han convertido en formas populares de software (Lupton, 2018). Ahora hay millones de aplicaciones disponibles para que los usuarios de dispositivos móviles las descarguen. Estas aplicaciones ofrecen contenidos sobre recetas, alimentación saludable y ayudan a los usuarios a realizar un autocontrol de sus prácticas de alimentación y preparación de alimentos.

Junto con las aplicaciones, otros recursos digitales, como los programas de pérdida de peso en línea y los dispositivos como los relojes inteligentes, las básculas inalámbricas de peso corporal y los dispositivos de autocontrol portátiles, contribuyen a los conceptos de personificación que fomentan el seguimiento y la observación de los datos biométricos personales. Sugieren que la buena salud, los

altos niveles de aptitud física y los niveles de peso corporal que se ajustan a normas específicas (generalmente el IMC) pueden lograrse mediante estas formas de autoconocimiento y disciplina corporal. Estas aplicaciones y dispositivos engendran y promueven formas de ser -el yo digitalizado y cuantificado- en las que su uso para llevar a cabo una estrecha observación de la propia biometría y desarrollar un mejor autoconocimiento se considera importante para mejorar la vida y el bienestar físico (Lupton, 2018; Miah & Rich, 2008). Sus defensores asumen que el peso corporal puede regularse mediante actividades como el recuento de calorías y el ejercicio físico, y basan su eficacia en la noción de que cuantificar aspectos del consumo de alimentos y la actividad corporal y controlar de cerca estas cifras es una forma deseable y eficaz de disciplinar los cuerpos. Estas aplicaciones y dispositivos, por tanto, representan otra forma de animar a las personas a considerarse deficientes y desviadas en comparación con los ideales normativos, y a asumir la responsabilidad de actuar para garantizar que sus cuerpos puedan ser regulados y gestionados para alinearlos con estas normas. Así, el énfasis en la automedida trae una comparación con un estándar y la búsqueda de adecuarnos a la normalidad (K. Crawford et al., 2015).

El discurso contra la obesidad establece una asociación entre salud, peso y belleza, de tal forma que los alimentos se clasifican en función de lo que adelgazan o engordan, de cómo contribuyen o se alejan del ideal del cuerpo sano y delgado. En consecuencia, a muchas personas les resulta difícil pensar en los alimentos que eligen para comer sin deliberar sobre su valor calórico y sobre cómo pueden afectar a su salud o a su aspecto. Incluso las personas que no se ven a sí mismas como especialmente gordas se ven implicadas en esta lucha constante por el consumo de alimentos, lo que en algunos casos conduce a la ansiedad, la culpa, la vergüenza y el autodesprecio al intentar ajustarse a los estándares normativos de salud, belleza y autocontrol (Major et al., 2014). Las personas que se identifican como gordas o con sobrepeso a menudo representan sus esfuerzos como una batalla contra los impulsos abrumadores de darse un capricho con la comida. Son muy conscientes del fracaso moral que representan sus cuerpos gordos (Throsby, 2009, 2012). Las personas gordas que intentan perder peso a menudo expresan narrativas de esperanza, en las que articulan un futuro más brillante para ellos mismos cuando, una vez que hayan perdido suficiente peso, se sentirán más atractivos, más sanos y aceptados por los demás. Sin embargo, incluso después de perder una gran cantidad

de peso, las personas pueden seguir sintiéndose inferiores, al no estar a la altura del ideal corporal que habían imaginado (Throsby, 2012).

#### **4.2.10.1. El Ciudadano Como Vigilante de la Conducta de los Demás**

La internalización del discurso contra la obesidad y su código moral no sólo origina un proceso de auto vigilancia, sino que produce el efecto de que el ciudadano se una a la cruzada contra la obesidad. Susan Greenhalgh (2015) utiliza el término de 'biocidadano virtuoso' en cuanto al doble deber que cumple. Por un lado, se trata de un ciudadano disciplinado que cumple los estándares del cuerpo que han sido aprobados. Por otro lado, predica y propaga el discurso contra la obesidad a través de inculcar el ejercicio y la dieta a los demás. Asumido los males que se asocian a la obesidad, el ciudadano procura en mayor o menor medida sensibilizar y concienciar a los seres queridos con el intento de influir en ello para un cambio de hábitos. Pero, en segundo lugar, dado que ser obeso es entendido como perjudicial no sólo para sí mismo, sino también para el grupo (e.g., a través del gasto que acarrea al servicio de salud), el ciudadano es requerido para que ejerza también como sistema policial para la sociedad. Así, podemos encontrar que las campañas publicitarias recuerdan no sólo la importancia de la responsabilidad individual, sino la necesidad de que todos pongamos de nuestra parte para revertir la situación. Por ejemplo, el manifiesto que la aseguradora DKV lanza para que sea firmada por el mayor número de ciudadanos insiste en actuar como sociedad ante el problema de la obesidad infantil (Charge.org, n.d.). En su manifiesto resalta que, desde la esfera pública, pero también la privada (e.g., familia, relaciones interpersonales, actividades de ocio) debe actuarse. En esta última esfera, insiste en la responsabilidad de todos para educar en hábitos saludables.

El ciudadano forma parte de una red tupida de estrategias de vigilancia, control y regulación. Aunque el control puede tener su origen en las autoridades gubernamentales, profesionales e intereses corporativos, su capilarización llega a la vida diaria de las personas. Las personas han sido constantemente advertidas por instituciones privadas y públicas sobre cómo deben conducir su vida diaria para controlar su peso a unos niveles normales y saludables. Mientras muchas de estas instituciones pueden ser consideradas sin una clara ideología y bienintencionadas, su acción puede llegar a ser aún más negativa a la larga. Precisamente por su

aparente neutralidad estas instituciones impactan de forma más relevante en la ciudadanía y en la creación de una moral sobre el cuerpo que dicta lo que debería y no debería hacer el ciudadano en cuanto a su salud y peso. Así, aunque algunos autores han denunciado el intento deliberado de algunas entidades y corporaciones en estigmatizar a las personas con un mayor peso (Lupton, 2018; Oliver, 2006), en muchas ocasiones estos efectos estigmatizadores no son necesarios ejercerlos directamente. Basta con la creación de un sistema moral que determina la buena conducta del ciudadano para que la propia ciudadanía y, en especial, el círculo de influencia del sujeto ejerza su propia acción. Es precisamente esta capilarización lo que hace que el poder del discurso de la epidemia de la obesidad sea tan sutil, difusa y compleja (Gard & Wright, 2005; Greenhalgh, 2015; Lupton, 2018; Pylypa, 1998; Wright & Harwood, 2009).

#### **4.2.10.2. Vigilancia en las Relaciones Cara a Cara**

Constantemente los otros nos están recordando los mensajes saludables que son recontextualizados desde su origen. Ejemplos de la acción de los otros significativos pueden ser observados en la comunicación diaria de una madre indicando a sus hijos que no coman chucherías y se tomen la comida saludable, o que deben comer más fruta y verdura. No obstante, a veces los procesos de vigilancia se despliegan en espacios públicos y ante la mirada de otros no tan cercanos. Debe tenerse en cuenta que, respecto al discurso contra la obesidad, los cuerpos gordos no pasan inadvertidos. Son cuerpos que se desplazan y son observados respecto a la ocupación de espacios. Al vivir en un grupo somos percibidos y percibimos otros cuerpos en una continua interacción. Sin embargo, no todos los cuerpos encajan con las normas y los espacios establecidos. Aquellos que poseen un cuerpo demasiado bajo, demasiado alto, demasiado grande, presenta una merma funcional por su edad, o tienen alguna discapacidad, pueden encontrar problemas para interactuar y encajar con la disposición de espacios (Lupton, 2018; Oliver, 2006). Los espacios están diseñados para cuerpos normales, y aquellos que no encajan en ellos pueden sentir la observación y vigilancia de otros cuerpos.

Desde una perspectiva foucaultiana, esta limitación de los cuerpos gordos forma parte de la mirada disciplinaria y la vigilancia que intenta normalizar y controlar los cuerpos que se consideran excesivos y fuera de control (Pylypa, 1998). Cuando los demás pueden ver los movimientos corporales de los gordos en el espacio (e.g.,

aseos públicos, asientos en medios de transporte, bares, restaurantes, etc.), y sus intentos de ocupar estos espacios demasiado pequeños para ellos, se enfrentan a la mirada de los demás, la cual se convierte en parte del dispositivo de control sobre el cuerpo gordo que intenta regularlo (Wright & Harwood, 2009). Igualmente, los dispositivos de vigilancia que despliegan la propia ciudadanía que ha internalizado un discurso contra la obesidad, hace que sea difícil para una persona gorda comer públicamente sin sentir conscientemente la mirada evaluadora sobre él o ella. Incluso si una persona gorda fuera vista comiendo alimentos aceptados como sanos, o bajos en grasa, esa persona no queda exenta de la mirada vigilante de los demás y las suposiciones que pueden hacerse sobre su gordura, tales como preguntarse si está a dieta, si intenta aparentar comer poco en público mientras debe comer mucho en privado, y cosas de este tipo. Sea como fuere, comer en público para los gordos difícilmente puede separarse de las expectativas culturales que se asocian al discurso contra la obesidad.

Así pues, salir a los espacios públicos puede ser una confrontación para las personas gordas, ya que sienten las miradas evaluadoras de los demás sobre sus cuerpos, especialmente en los lugares donde la carne se exhibe, como las playas y las piscinas. Las investigaciones realizadas con personas gordas han puesto de manifiesto la vergüenza que pueden sentir por sus cuerpos y la humillación social a la que a menudo se ven expuestos por los demás (Greenhalgh, 2015).

No obstante, lejos de querer presentar a las personas gordas como sólo víctimas de la mirada vigilante de los demás, debemos reconocer que ellos tampoco escapan de la influencia del discurso contra la obesidad. Así, una vez que muchas de las ideas contenidas en el discurso contra la obesidad son tomadas como verdad que afectan al individuo sea o no gordo. Las personas gordas no sólo evalúan sus propios cuerpos a través de la comparación con los demás, sino que ellas mismas han reconocido participar en la evaluación y vigilancia de otras personas gordas (Throsby, 2009). Por lo tanto, las personas gordas no sólo son los sujetos de la mirada vigilante y disciplinaria, sino que también están implicadas en esta mirada al dirigirla hacia otras personas y hacia ellas mismas

### **4.2.10.3. Vigilancia en el CiberEspacio**

La acción vigilante de los ciudadanos no sólo se produce en la interacción cara a cara, sino que se ha visto aumentada con las nuevas tecnologías. Los antiguos



medios de comunicación no ofrecían muchas oportunidades para que la gente participara e interactuara con otros iguales. Sin embargo, los cambios en las tecnologías digitales han creado nuevas prácticas de uso de los medios que ofrecen oportunidades para una mayor participación de los ciudadanos (Isin & Ruppert, 2020; Miah & Rich, 2008). Los nuevos medios y dispositivos digitales, con su énfasis en la posibilidad de compartir contenido entre los usuarios, han llegado a tener más popularidad entre los jóvenes que el formato de medios de comunicación tradicionales (e.g., televisión, revistas) (Cohen et al., 2018). Esta nueva forma de comunicación ha permitido que personas de todo tipo de tamaños corporales no sólo consuman contenidos mediáticos de los medios de comunicación, sino que puedan crearlos, comentarlos, compartirlos y conservarlos. A partir de la extensión de internet, los medios digitales han proporcionado cada vez más oportunidades para la propagación de la normalización del tamaño del cuerpo y los ideales corporales (Holland & Tiggemann, 2016; Tiggemann, 2022). La combinación de una influencia de los iguales junto con la representación de cuerpos que ensalzan el ideal de belleza y el rechazo a un cuerpo gordo proporciona la oportunidad para que los usuarios internalicen los estándares y comparen su propia apariencia corporal con la representada en estos medios. Internet, de este modo, funciona colectivamente dentro del ensamblaje de recursos y agentes sociales que han servido para legitimar la lucha contra la obesidad (Hess, 2015; Miah & Rich, 2008). Internet ha permitido la participación de la ciudadanía en la transmisión del conocimiento, de tal modo que el ciudadano ha dejado de tener un papel meramente receptor.

A pesar de que la participación de la ciudadanía puede posibilitar una resistencia y un cambio social, también los ciudadanos pueden ser meros agentes de la reproducción. Aunque pueden existir diferencias en el uso de las redes sociales, la investigación sugiere que una preocupación por la imagen corporal podría ser un antecedente del uso de estas plataformas (Saiphoo & Vahedi, 2019; Tiggemann, 2022; Veldhuis et al., 2020). En este sentido, muchas de las opiniones vertidas en los foros por internet reproducen las ideas ya establecidas en los medios de comunicación más tradicionales sobre los ideales corporales y, en concreto, sobre la obesidad como un problema de salud. La idea de que el sobrepeso y la obesidad es un problema fundamentalmente de comer en exceso y no realizar suficiente actividad física puede ser encontrada en multitud de plataformas digitales. Además,

la asociación directa entre peso y salud es recurrente, de tal modo que muchos comentarios atribuyen al sobrepeso y obesidad una falta de salud.

Otra manera que los ciudadanos tienen de influir en la reproducción y la configuración de normas sobre el cuerpo ideal y el rechazo al cuerpo gordo es a través de las representaciones visuales de sus cuerpos, en muchos casos retocados y presentados a los demás como un ideal. El "selfie", o fotografía tomada con un teléfono inteligente, es un ejemplo de las formas en que los dispositivos digitales y las redes sociales pueden utilizarse para crear imágenes de uno mismo y difundirlas ampliamente (Hess, 2015; Veldhuis et al., 2020). Pueden ser generados por usuarios cotidianos, pero también éstos pueden simplemente compartir las imágenes que han recibido de cuerpos que representan ideales a alcanzar. Los hashtags son otra forma de medios que se utilizan prolíficamente en las plataformas de medios sociales, tales como Instagram, Tumblr y Twitter. A través de estas redes sociales, los usuarios pueden atraer la atención sobre determinado contenido, enfatizar y matizar el significado de otro material que ha sido publicado, o bien identificar y crear grupos de usuarios. Todo esto tiene lugar en un complejo entorno multiplataforma en el que las formas y prácticas de representación digital cambian constantemente.

Junto a la proliferación de imágenes negativas de las personas gordas en los medios digitales, existen multitud de foros en los que se exhibe la idealización del cuerpo, y donde las personas muestran el modo en que sus cuerpos son moldeados. Algunos estudios han destacado la proliferación de mensajes en foros y blogs ensalzando la cultura de la delgadez en los principales portales de redes sociales como YouTube, Facebook, Tumblr, Instagram, Pinterest, Twitter, o TikTok (Holland & Tiggemann, 2016). A través de hashtags como #thinspiration, o su forma abreviada #thinspo, se promueve la exaltación de la delgadez. Su contenido suele presentar imágenes, generalmente de mujeres, que son altamente objetivadas. La objetivación del cuerpo hace referencia al modo en que el cuerpo es construido como un objeto sexual, susceptible de ser observado y juzgado (Fredrickson & Roberts, 1997). Aunque este concepto fue inicialmente creado por la teoría feminista para explicar el cuerpo de la mujer como un objeto sexual, hoy día está aplicándose a todo cuerpo, dentro de una expansión del culto al cuerpo. Ante este patrón cultural aprendido, la persona es socializada para ver su cuerpo como si fuera un observador externo, ejerciendo una mayor conciencia y necesidad de control de su apariencia ante los demás.

El cuerpo se convierte en una pieza clave de la identidad de la persona. De hecho, muchos de los mensajes publicados en las redes sociales sólo muestran una zona del cuerpo, sin mostrar la cara ni las extremidades, incidiendo en la importancia del cuerpo como signo de identidad. A través de la comparación estos mensajes e imágenes en la red contribuyen al discurso contra la obesidad y a hacer que las personas con cuerpo más voluminosos se sientan avergonzados y culpables. De hecho, la investigación ha mostrado que las actividades de colgar o compartir fotografías en las redes sociales tiene una mayor importancia en el mantenimiento de la imagen corporal y los problemas relacionados con la alimentación que el uso en general de las redes sociales (Cohen et al., 2018). Además, ver imágenes, muchas de ellas retocadas, que representan ideales de cuerpos inalcanzables al menos de una forma saludable para la mayoría de las personas, guía a las personas a procesos de comparación que desembocan en sentimientos de insatisfacción de sus propios cuerpos (Fioravanti et al., 2022; Grabe et al., 2008; Holland & Tiggemann, 2016).

A diferencia de los medios de comunicación tradicionales, la regulación y control de los mensajes que hacen los ciudadanos por las redes sociales a través de internet se muestra más limitada por varias razones. Por un lado, los estudios han mostrado que la obligación de advertir cuándo las imágenes de cuerpos mostrados en la red están retocadas y, por lo tanto, no representan cuerpos reales, se muestran ineficaces (Tiggemann, 2022). Por otro lado, aunque los gobiernos pueden legislar y prohibir para evitar este tipo de prácticas entre los ciudadanos, los servidores pueden estar en cualquier país, por lo que no sirve de nada que sea ilegal en un país si alguien puede subirlo a otro servidor de otro país en el que no está prohibido. En cualquier caso, la propagación de mensajes entre los ciudadanos ensalzando un cuerpo delgado y repudiando los cuerpos gordos preocupa por la cantidad de jóvenes que utilizan hoy día las redes sociales. Para tener una idea aproximada sobre la importancia de la conectividad en nuestras vidas, se puede indicar que, según la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC) en Julio de 2022 el número de líneas de teléfono móvil en España se acercaba a los 57 millones, lo que significa que existían algo más de 120 líneas de teléfono móvil por cada 100 habitantes (CNMC, 2022). En los jóvenes, el teléfono móvil, al igual que otras nuevas tecnologías de comunicación, se ha convertido en un instrumento diario de ocio, y son uno de los grandes consumidores de productos y contenidos por internet. Las medidas de intervención parecen limitadas, y deja un peso importante en la

educación en medios digitales, especialmente de los más jóvenes. Esto supone un gran reto, pues supone potenciar en el individuo un conocimiento y habilidad para que sea él mismo el que filtre críticamente la información que consume y produce.

#### **4.2.11. Reflexiones Finales**

Aunque la mayoría de los datos epidemiológicos están basados en el IMC, el discurso contra la obesidad mantiene como algo incuestionable la existencia de una prevalencia de obesidad y su extensión a nivel global (Abubakari et al., 2008; Ofori-Asenso et al., 2016). Esto supone una gran preocupación para la salud pública de los países fundamentalmente avanzados, dado que se afirma que la obesidad está asociada un número de enfermedades crónicas y, consiguientemente, supone un importante gasto público (D. D. Kim & Basu, 2016; OECD, 2019). Una de las consecuencias negativas que se deriva de aceptar este discurso cómo válido está asociado al hecho de definir el cuerpo gordo como enfermo y culpabilizar de ello a la persona (Gard & Wright, 2005; Greenhalgh, 2015; Major et al., 2014; Throsby, 2009; Wright & Harwood, 2009). Así, el poder del discurso contra la obesidad opera a través de producir una determinada verdad y, sobre ella, crear un deseo para conformarse a las normas que esta verdad establece. Es este deseo a conformarse a la norma el que guía al ciudadano a mantener una opresión voluntaria sobre sí, a través de procesos de autodisciplina y vigilancia (Pylypa, 1998). La figura delgada, o bien el normopeso, constituye el ideal a conseguir, de tal manera que un cuerpo sin sobrepeso u obesidad es el yo al que hay que aspirar. La carga moral que contiene este discurso responsabiliza al individuo de su cuerpo. Además, atribuye a la persona gorda una falta de control y disciplina para ajustarse a los estándares del peso "normal".

No obstante, el proceso es algo sutil, pues la presión moral se camufla a través de una justificación de estos ideales por cuestiones de salud (Major et al., 2014). Además, el proceso implica el propio sujeto quien participa en gran medida de la legitimación de este discurso. Con ello, no debemos considerar que los efectos que produce el discurso contra la obesidad es algo orquestado o una especie de conspiración de unos grupos (e.g., científicos, expertos y educadores de la salud), los cuáles intentan imponer su verdad y dominar a otros. Así, el discurso contra la obesidad debería ser entendido como una manera de interpretar el cuerpo que es situado en un espacio y tiempo determinado, de tal modo que no existiría una verdad

última de las cosas, sino que cada realidad se construye mediante la producción de discursos que son reconocidos cómo válidos (Foucault, 2006). En otras palabras, no existe una verdad, sino diferentes regímenes de verdad que compiten entre sí. La verdad, pues, está ligada a los sistemas de poder que la producen y mantienen, y a su vez esa verdad tiene efectos de poder que induce y reproduce, configurando un régimen de verdad. El discurso contra la obesidad se ha establecido como la verdad dominante en las últimas décadas en la mayoría de las sociedades avanzadas (Gard & Wright, 2005; Wright & Harwood, 2009). Sin embargo, este discurso influye en la forma en que las personas se perciben a sí mismas y son percibidas por otros y, en consecuencia, legitiman y avalan determinadas formas de regulación y acción del cuerpo en la sociedad. El presente capítulo ha ofrecido el rol que, de forma más o menos activa, juega diferentes agentes para hacer que este discurso se alce como dominante y, con ello, sus relatos como ‘verdades’ aceptadas.

Proponer otras formas de entender la obesidad no es una mera cuestión de alternancia en el discurso, sino una necesidad de neutralizar los efectos nocivos del discurso contra la obesidad. Para solventar el problema de la obesidad hace falta deconstruir la obesidad como problema, dejar de ver la gordura como el chivo expiatorio de nuestras enfermedades, no seguir viendo el peso como un barómetro de nuestra salud (Oliver, 2006). En definitiva, hacen falta otras formas de pensar sobre los cuerpos, el peso y la salud, y a ello no sólo puede contribuir la ciencia y los expertos, sino una variedad amplia de agentes, entre los que indudablemente los ciudadanos también pueden jugar un papel relevante.





## **5. Planteamiento del Problema y Objetivos**





La idea de que la obesidad puede prevenirse y tratarse hace que la estigmatización de la persona gorda sea especialmente perversa. La discriminación a la que son sometidos los gordos puede ser similar en algunos aspectos a la que sufren otros colectivos que quedan distinguidos por su orientación sexual, el color de la piel, su raza, origen étnico u cualquier discapacidad física o mental. Sin embargo, una diferencia importante entre ser gordo y poseer otro tipo de atributos estereotipados es que el hecho de ser gordo en nuestra cultura se ve como algo que es producto de la misma persona, algo que ha permitido a la persona que ocurra (Cooper, 1997; Kai-Cheong Chan & Gillick, 2009). Por lo tanto, a diferencia de atributos que son considerados hereditarios, la gordura es percibida como una característica corporal que podría modificarse si la persona pusiera suficiente de su parte para controlar su peso. En base a lo que ha sido denominada como una cultura negativa de la gordura (Murray, 2005a; Throsby, 2007), se asume que las personas gordas merecen la discriminación que sufren porque ellos mismos son culpables de que sus cuerpos engorden. Así, las actitudes negativas explícitas sobre las personas gordas son socialmente más aceptables que el racismo o la homofobia explícita, de tal modo que suele ser más frecuente que en la cultura occidental encontremos comentarios despectivos, risas y bromas hacia las personas gordas que ante otros colectivos (Lupton, 2018). Las personas gordas suelen ser presentadas abiertamente, y casi incuestionablemente, como vagas, glotonas y carentes de disciplina y control. Además, dentro de la diversidad del cuerpo en cuanto a peso, la tendencia que en el debate público existe de presentar la obesidad como una cuestión moral de responsabilidad personal no existe con tanto énfasis en cuerpos que reflejen delgadez (Boero, 2013; Saguy, 2013).

Las personas que son consideradas como aptas para cirugía de pérdida de peso son un grupo especialmente vulnerable, porque se sitúan en uno de los extremos de la escala utilizada para clasificar el peso corporal (i.e., IMC > 35), y su tamaño les convierte en un objetivo central para la censura moral. Aunque la discusión sobre la cirugía bariátrica parecería que sitúa la obesidad como un problema estrictamente médico (Di Lorenzo et al., 2020), el discurso público ampliamente reflejado en los medios de comunicación también tiende a enfatizar la responsabilidad personal y el fallo moral por encima de factores sociales, económicos o genéticos. En los debates públicos sobre cirugía bariátrica

frecuentemente se evoca a los pacientes que han decidido someterse a este tipo de intervenciones como personas que no han sido capaces de perder peso por sí mismas (Throsby, 2009, 2012). De hecho, investigadores y doctores que practican cirugía bariátrica suelen verse declarando que este sistema a veces no funciona porque el paciente hace trampa y no es capaz de seguir el régimen de alimentación y el control que se le exige (Throsby, 2012). El protocolo de la cirugía bariátrica en España, al menos para ser operado con recursos públicos, exige que el paciente haya demostrado su voluntad y compromiso para seguir las indicaciones dada por los doctores. Esta demostración suele reflejarse en la exigencia de tener que perder un porcentaje de peso por su cuenta antes de ser intervenido (Ruiz-de-Adana et al., 2012).

La cirugía de pérdida de peso asume, por lo tanto, que la gordura es un problema, y deja a la persona afectada con una identidad deteriorada y desacreditada (Goffman, 1963). Esta desacreditación sirve de base para la exclusión social y discriminación de la gente que abiertamente reconocen que necesitan ayuda quirúrgica para combatir su obesidad. Existen estudios que muestran los sentimientos negativos que arrastran los pacientes de cirugía bariátrica desde pequeños debido a su peso (Sarwer et al., 2008), y reconocen haber percibido mensajes que los califican de vagos, incompetentes y están faltos de autodisciplina, guiando a una discriminación en términos de acceso a empleo, cuidado de salud y oportunidades educativas (Persky & Eccleston, 2011). La investigación ha mostrado cómo los profesionales de la atención primaria y la salud muestran abiertamente opiniones negativas sobre personas obesas (Phelan et al., 2014, 2015), al mismo tiempo que los pacientes que intentan tratarse médicamente la obesidad manifiestan percibir una peor atención por parte de los profesionales frente a pacientes con otras dolencias (Gudzune et al., 2013). Este trato diferencial suele traducirse en una menor demanda de consulta por parte de las personas obesas y una peor pérdida de peso como muestra de la desconfianza percibida (Armstrong et al., 2011; Jay et al., 2010).

Intentos por contrarrestar el discurso dominante, que mantiene la existencia de una epidemia de obesidad y una necesidad de luchar contra ella, pueden encontrarse en los estudios críticos y los estudios realizados por el activismo gordo. Estos trabajos, realizados mayoritariamente desde el campo de la sociología, la antropología, los estudios culturales y estudios feministas (Campos, 2004; Gard &

Wright, 2005; Lupton, 2018; Murray, 2005a; Saguy, 2013) han criticado en general los discursos dominantes de la obesidad y el tratamiento social que se le da a la gordura. Cuestionan la presunción de que la que la obesidad sea la causa de una mala salud (Campos, 2004; Gard & Wright, 2005), la validez del IMC como medida de la obesidad/salud (Gard & Wright, 2005; Monaghan, 2007), y destacan la ineficacia y los efectos perjudiciales para la salud y cuestionan los efectos de las intervenciones y campañas contra la obesidad (Campos, 2004; Gard & Wright, 2005; Oliver, 2006). Además, los activistas gordos desafían el término de obesidad al refutar la idea de que la gordura sea un problema y defender que un cuerpo grande puede ser compatible con la salud y la belleza. De este modo, denuncian que la discriminación basada en el peso, y no la gordura en sí, es el problema. Desde el activismo han criticado los ideales de delgadez, y que han defendido la revalorización del cuerpo gordo (Bacon & Aphramor, 2014; Cooper, 2010, 2016). Por ello, algunos activistas cuestionan la cirugía bariátrica como un medio para atajar el problema de la obesidad (Murray, 2005a; Throsby, 2009) y sitúa a las personas gordas que deciden operarse bien como colaboradores activos y conscientes del discurso médico o como víctimas inocentes del mismo (Throsby, 2012). No obstante, tanto la visión dominante de lucha contra la obesidad como las perspectivas críticas y el activismo gordo pasan por alto las experiencias diarias de aquellos que han decidido someterse a cirugía para reducir su peso. De uno u otro modo, olvidan el papel activo del individuo que ha decidido operarse.

El objetivo de esta tesis doctoral es examinar el proceso que experimentan las personas que han sido consideradas clínicamente como obesas antes y después de someterse a una cirugía de pérdida de peso. Este objetivo general será abordado a través de dos objetivos más concretos. En primer lugar, la tesis persigue analizar narrativamente cómo personas obesas explican su decisión de someterse a una cirugía bariátrica, y cómo durante este proceso manejan la estigmatización que puede suponer tal decisión. En segundo lugar, la tesis examina las cuestiones de identidad que encierra la toma de decisión de someter el cuerpo a una operación de pérdida de peso, pero también los dilemas de identidad que una transformación del cuerpo puede generar.

Al fin y al cabo, someterse a una operación es reconocer que algo ha fallado para controlar el peso (Throsby, 2007, 2009, 2012). Así, los participantes deben gestionar a través de sus relatos el doble fracaso moral que supone: a) la

imposibilidad de haber podido mantener su peso bajo control; b) la necesidad de recurrir a la cirugía como último recurso para conseguir este control. Al explicar las causas que le han llevado a engordar hasta el punto de tomar la decisión de operarse, las personas se implican en un proceso de reivindicar el modo en que quieren ser presentadas y vistas por los demás (Atkinson, 2009; Frank, 2010).



## 6. Metodología



## 6.1. Participantes

Como parte de un proyecto más amplio que pretende examinar los efectos de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes recién operados de cirugía bariátrica (Artero et al., 2021), 23 participantes (15 mujeres y 8 hombres), que habían sido seleccionados para ser sometidos a cirugía bariátrica, fueron invitados a participar en el presente estudio. En el momento del inicio de la investigación los participantes esperaban ser sometidos a cirugía bariátrica por primera vez. La intervención de reducción de peso que recibieron la mayoría de los participantes fue la técnica conocida como mini-bypass gástrico (OAGB derivado del inglés *One Anastomosis Gastric Bypass*), salvo dos pacientes que fueron intervenidos a través de la técnica de manga gástrica (GS del inglés *Gastric Sleeve* o *Sleeve Gastrectomy*). Salvo un hombre de 18 años, todos los participantes se situaban en una edad media que iba desde los 30 a los 55 años al inicio del estudio. En la Tabla 1 se muestra la información de las características de los participantes

**Figura 1.-Características de los Participantes**

Participante	Edad	Estado civil	Nivel Estudios	Situación Laboral	Cirugía Recibida	Asistencia Sanitaria	IMC PRE-CIRUGÍA	IMC 1 MES	IMC 6 MESES	IMC 12 MESES
Ainhoa	37	Soltero/a	ES/B	TCA	OAGB	Privada	40,5	-	29,7	26,7
Alba	31	Soltero/a	EP-GM	PSS	OAGB	Público	44,5	39,7	30,2	26,5
Alberto	43	Casado/a	EP-GM	ACA	OAGB	Público	59,2	50,8	37,7	29,9
Andrea	44	Casado/a	EU	TCA	OAGB	Privada	47	42,4	33,7	30,3
Antonio	41	Casado/a	EP-GS	TCA	OAGB	Privada	41,3	36,5	25,8	-
Carmen	55	Casado/a	EP	TCA	OAGB	Público	41,1	37	27	24,1
Elena	46	Divorciado/a	EU	PCS	GS	Pública	37,7	31,1	30,4	-
Encarna	36	Casado/a	EU	TCA	OAGB	Público	39,9	35,8	28,1	24,9
Eugenio	47	Casado/a	EP-GM	TCA	GS	Privada	65	53,8	-	-
Fátima	44	Casado/a	EP-GS	TCA	OAGB	Privada	40,1	36,1	28,5	25,1
Fernando	58	Casado/a	EP	ACA	OAGB	Privado	44,6	40,6	33,4	32,6
Javier	32	Soltero/a	EP-GM	PCS	OAGB	Privada	57,1	-	37	30,1
Juan	18	Soltero/a	ES/B	ACA	OAGB	Privada	42,9	37,2	26,9	26,8
Laura	41	Casado/a	EU	ASA	OAGB	Privada	43,6	38,5	28,3	24,4
Luisa	41	Casado/a	ES/B	Jubilada	OAGB	Público	48,4	43,3	35,2	30,1
Manuel	47	Casado/a	EP	ACA	OAGB	Privada	40,9	35,8	28,5	28,4
María	45	Soltero/a	EU	PSS	OAGB	Privada	48,6	44,6	37,3	34,1
Miriam	37	Soltero/a	EU	TCA	OAGB	Público	56,2	49,6	38,3	31,6
Natalia	30	Soltero/a	EP-GM	TCA	OAGB	Público	57,5	52,7	40,6	32,4
Noemí	43	Divorciado/a	EP-GS	ASA	OAGB	Privada	38,2	33,6	26	28,2
Pablo	42	Soltero/a	EP-GS	Jubilado	OAGB	Pública	48,6	44,3	-	-
Rosario	48	Casado/a	EP-GS	Ama de casa	OAGB	Privada	42,6	38,2	26,2	22,4
Sole	36	Casado/a	EP-GM	TCA	OAGB	Privado	37,5	33,9	29,1	27,1

*Nota.*- IMC = Índice de Masa Corporal (datos proporcionados por el proyecto EFIBAR); ES/B = Educación Secundaria/Bachillerato; EP-GM = Enseñanzas Profesionales-Grado Medio; EP-GS = Enseñanzas Profesionales-Grado Superior; EU = Enseñanzas Universitarias; EP = Educación Primaria; TCA = Trabajador/a por Cuenta Ajena; PSS = Parado/a sin Subsidio; PCS = Parado/a con Subsidio; ACA = Autónomo/a con Asalariados; ASA = Autónomo/a sin Asalariados; OAGB = One Anastomosis Gastric Bypass ó Mini-Bypass Gástrico; SG = Sleeve Gástrico ó Manga Gástrica



## 6.2. Recogida de Datos y Procedimiento

Los participantes fueron seleccionados entre un grupo más numeroso de pacientes que iban a participar en un proyecto más amplio mencionado anteriormente (Artero et al., 2021). La selección de participantes se hizo buscando la máxima variedad posible teniendo en cuenta el sexo, edad, el sistema público o privado por el que iban a recibir la operación nivel de estudios y situación socio-laboral. Los participantes fueron contactados a través de los servicios de salud que colaboraban en el proyecto más amplio. Los participantes fueron preguntados si les gustaría ser entrevistados sobre su experiencia con el aumento del peso, su decisión de someterse a cirugía bariátrica y los efectos de la cirugía en ellos. Todos los participantes que fueron preguntados accedieron a ser entrevistados.

La recogida de información para la investigación fue realizada a través de entrevistas semiestructuradas y en profundidad. La doctoranda llevó a cabo entre dos y tres entrevistas informales con cada uno de los participantes. La primera entrevista con cada participante fue realizada pocas semanas antes de recibir la intervención quirúrgica. Esta entrevista fue utilizada en todos los casos para que la entrevistadora pudiera comprender y situarse en la historia de vida de las personas, concepciones sobre la obesidad y etiología, indagar en primera persona sobre la trayectoria de peso, y la decisión de someterse a cirugía bariátrica. La segunda y tercera entrevista con cada participante fueron realizadas aproximadamente entre uno y dos años después de recibir la operación. Además de servir para clarificar algunas cuestiones emergidas a lo largo de la primera entrevista, la segunda y tercera entrevista se centraron en revivir el proceso que experimentaron durante la operación (e.g., sentimientos surgidos, expectativas, momentos de indecisión, estrategias de apoyo recibidos, experiencia de ser operado por el sistema público/privado), así como el proceso experimentado tras la operación (e.g., qué ha supuesto la experiencia, cómo ha vivido el proceso, cómo ha modificado su vida, hábitos, miedos surgidos, concepciones sobre sí mismo antes y después). Cada una de las entrevistas tuvo una duración que osciló entre la hora y las dos horas y media. Tras una detallada información de las cuestiones éticas a seguir (e.g., utilización de pseudónimos para garantizar el anonimato, utilización de la información recabada), todas las entrevistas fueron grabadas con consentimiento de los participantes y fueron posteriormente transcritas para su análisis.

### 6.3. Diseño y Análisis de Datos

La presente tesis doctoral aborda un estudio empírico cualitativo desde una aproximación narrativa. Al adoptar una perspectiva narrativa la investigación pretende poner en conexión los elementos sociales con la acción del individuo como agente dentro del grupo. Esta conexión debe establecerse precisamente a través de los relatos que los sujetos cuentan sobre su trayectoria de peso que le ha derivado en la intervención quirúrgica y la transformación experimentada tras la cirugía.

Frank (2010, 2013) distingue entre los relatos que las personas ofrecen cuando son preguntadas sobre aspectos de su vida y las narrativas comúnmente disponibles a las que pueden tener acceso las personas y que les sirven como recursos para construir sus propios relatos. En otras palabras, las explicaciones y relatos más personales funcionarían como narraciones ontológicas (Somers, 1994), a través de las cuáles los participantes intentan dar sentido a sus vidas y actúan en la construcción de su identidad. A través de sus relatos los participantes definen quien son, previo a decidir qué hacer, pero también quién quieren ser tras someterse a la operación de pérdida de peso. Sin embargo, no debe considerarse que los participantes son totalmente libres de fabricar relatos a su antojo (Riesman, 1993). Sólo pueden dar sentido a su historia en la medida en que se sitúan en relación con las historias colectivas que tienen acceso dentro de su cultura (Nelson, 2001). En otras palabras, los participantes necesitan emplear recursos establecidos y reconocibles para construir un sentido coherente de sí mismo (Taylor, 2006). Por lo tanto, los relatos que los participantes construyen y despliegan al ser preguntados sobre sus experiencias con el cuerpo se derivan, están conectadas y son moldeadas por la relación intersubjetiva en la que dominan las narrativas públicas que conforman las estructuras culturales e institucionales en los que los sujetos participan (Somers, 1994). Así, de cara a narrar sus experiencias corporales, los participantes despliegan sus historias en cierta forma moldeadas por narrativas socialmente compartidas, tales como el discurso médico de normalidad corporal y las reacciones de culpa y vergüenza hacia un cuerpo (gordo) desviado. Las narrativas culturales que circulan en la sociedad impregnan los relatos que usan los participantes para explicar su biografía de peso. Funcionan, como reconoce Harrington (2008), como reglas de gramática que han sido aprendidas por la exposición continua e inconsciente de otros muchos relatos individuales que se

apoyan en estas reglas. De este modo, funcionarían como plantillas o guiones que les proporciona a los participantes las líneas argumentativas que les ayudan a entender y construir sus historias específicas. Al analizar narrativamente los relatos de los pacientes que han decidido someterse a cirugía bariátrica se espera entender cómo las influencias sociales afectan las experiencias contadas por los participantes, pero también cómo estos pueden aceptar o resistirse a las narrativas públicas que circulan en su entorno.

Teniendo en cuenta la aproximación narrativa, las entrevistas fueron analizadas a través de un análisis narrativo dialógico (Frank, 2010, 2012). El término dialógico hace referencia a que no debe perderse de vista que el análisis de los relatos contados por los participantes tiene que ver con la relación entre el participante que cuenta el relato, la historia que cuenta, y el oyente que le reclama la historia a través de las preguntas y la conversación mantenida durante los encuentros (Frank, 2010). Ninguno de estos elementos se entendería sin los otros, de tal forma que es esta interacción la que permite que estos relatos sean contados.

El análisis narrativo dialógico permite examinar los relatos contados por los participantes en línea con los recursos narrativos de los que disponen social y culturalmente. Con ello, este análisis asume que las historias son personales y sociales al mismo tiempo (Frank, 2012; Riesman, 1993). Aunque cada participante puede narrar diferentes acontecimientos, es lógico pensar que estén estructurados de acuerdo con las convenciones social y culturalmente compartidas (Atkinson, 2009). Así, el análisis narrativo pone más el foco en entender al participante como un actor que hace cosas con los relatos que cuenta, “más que entender el relato como un portal dentro de la mente del narrador” (Frank, 2010, p. 13). Por ello, el análisis de los datos estuvo centrado en el *qué* contaban los participantes antes y tras someterse a cirugía bariátrica, pero también sobre *cómo* lo dicen o cuentan en términos de los efectos que intentan crear con sus relatos. Como sugiere Frank (2010), aunque el análisis narrativo dialógico interpreta los relatos contados por los participantes, en realidad su interés debería denominarse más como un acto de meta-interpretación, dado que se busca interpretar como los participantes entienden sus actos y decisiones, y cómo estas interpretaciones median los efectos que tienen en ellos sus relatos. Con este interés, el análisis aplicado a las respuestas sobre la trayectoria de peso, decisión para operarse y dilemas de identidad tras la operación generó una división de los resultados en dos apartados en los que se estructura la

presentación de los resultados y su discusión. Esta división debe ser entendida como una estructura interpretativa que fue impuesta a los datos, sirviendo el análisis narrativo como una práctica para la interpretación y no como una secuencia canónica de pasos que deben ser seguidos (Frank, 2010, 2012; Smith & Monforte, 2020).



## 7. Resultados



## **7.1. Doctor Necesito Operarme. Manejando el Estigma de Peso Asociado a la Cirugía Bariátrica**

### **7.1.1. Relatos sobre el Origen de mi Obesidad: Vengo de una Familia Gorda**

Con pocas excepciones, los participantes narraron que, en su caso particular, el hecho de llegar a ser obesos ya comenzó al nacer o bien durante la infancia. En todos los casos existe una lucha continúa por una situación que ya le vino en parte determinada por su disposición genética o por el ambiente familiar en el que se han criado.

La disposición a ser gordo trae a primera línea la cuestión genética, lo que inevitablemente forma la manera de entender las causas de la obesidad, al mismo tiempo que la responsabilidad personal y el poder de nuestra conducta para corregir esta situación. Con el lanzamiento del Proyecto Genoma Humano en la década de 1990, la preocupación subyacente ha sido la divulgación de información genómica sobre riesgos para la salud. La creciente socialización de lo biológico (Meloni, 2014), hace que los genetistas se refieren con frecuencia al genoma como un diccionario, un mapa, una biblioteca o un libro de la vida, es decir, un texto que sólo hay que descifrar y leer para predecir la predisposición de una persona. Así, las metáforas asociadas con los genes hacen referencia a la predicción. El genoma es representado en la sociedad como un "oráculo de Delfos", un "viaje al futuro" o una "bola de cristal" del campo médico (García, Costa, Leon, & Pastor, 2022). No obstante, aunque la promesa de descifrar los factores genéticos de la obesidad está lejos de alcanzarse, el 'gen de la gordura' tiene un potencial discursivo para explicar el cuerpo gordo atribuyendo la causa a la mala suerte de tu disposición genética, en lugar de a la falta de responsabilidad personal como indicador del fallo moral (Throsby, 2007).

Como la mayoría de los participantes, María, una ingeniera industrial de unos 45 años y actualmente en paro, reconoce que ha sido gordita desde que recuerda. Además, su proceso es descrito como un proceso anunciado por su genética. Se define como gordita desde pequeña. Lo que tiene claro es que siempre ha pesado más kilos de los que debería pesar, y esto le anuncia desde el principio un futuro

incierto con su salud. Su relato genético la presenta como una persona ya predispuesta a ser obesa.

María: Yo es que creo que esto es de familia. No sé, en mi familia estamos todos así. Supongo que la genética ayuda y luego la persona.... Yo es que no como tanto ni soy depresiva ni nada como para decir que... Mi abuela ya murió con cuarenta y ocho años de obesidad, porque mi padre ya ha tenido muchos problemas de salud por la obesidad, porque mi hermano (risas) está obeso, porque mi sobrina está, no sé, por lo que te dice el entorno. Toda la vida te dicen que tienes que estar igual, no sé, supongo que por eso.

La predisposición de María a ser obesa funciona como un alegato contra las posibles acusaciones de una posible culpabilidad por su peso, distanciando cualquier atribución interna que pueda situarla en el centro del fracaso moral de llegar a tener un cuerpo obeso. Manuel, un agricultor de 47 años, se refiere a su disposición genética a ser gordo como ser de 'hueso ancho'. Según los relatos que ha oído de su madre, al nacer no es que su peso fuera llamativo, sin embargo, ya con uno o dos años fue paulatinamente cogiendo peso, de tal manera que utiliza la expresión 'empecé gordillo, y gordillo me quede' como una expresión que resalta la disposición genética del individuo a la gordura, para terminar sentenciando, "ya te digo que soy de hueso ancho, que te voy a decir". Manuel, como muchos de los participantes utilizan la explicación genética de su gordura como un recurso para resaltar que se trata de una característica del cuerpo, en lugar de un comportamiento o hábito que él haya adquirido. Alberto, cocinero a sus 43 años, ofrece también un relato sobre su disposición genética a engordar como la mayoría de los participantes. En sus palabras, afirma que ya nació grande. Pesaba seis kilos y medio al nacer y a los doce años pesaba más de 100 kilos.

Los participantes complementan sus explicaciones genéticas, con otro tipo de relatos que puedan eximirles de ser los últimos responsables de haber llegado a una situación de obesidad. No obstante, llama la atención que, lejos de explicaciones centradas en el entorno obesogénico y responsabilidad de los agentes sociales, los participantes focalizaran sus relatos sobre las causas de la obesidad en factores individuales que señalaban directamente a las personas que los han cuidado. Así, nacer en una familia gorda te predispone a ser gordo, pero también te enseña a ser gordo.



De este modo, las explicaciones genéticas estuvieron complementadas con relatos que apuntaban a la falta de educación nutricional y hábitos de vida saludables en la familia. Los entrevistados mencionaron una sobrealimentación de pequeños, raciones enormes para aquellos cuerpos que había que cuidar. Fernando, un dueño de un negocio de hostelería con 58 años, nos recuerda que las madres antes insistían: “Come, que si estabas relleno es que tenías más salud que ninguno.” Según recuerda, antes no había un control sobre los alimentos y no había estudios para saber si unos eran mejores que otros. “A la hora de las comidas te las tenías que comer, te guste o no te guste”. Alberto también considera que, además de la genética, tienes que tener unos buenos hábitos, y esto no lo recuerda que estuviera presente en su casa.

Alberto: Tampoco me he recortado. De más niño no me he recortado de muchas cosas. La alimentación no era la mejor. Yo no soy persona de beber, pero, por ejemplo, refrescos, esto y lo otro. Tomo muchos, por eso es que no....

El estilo de alimentación que uno aprende en casa queda como un hábito en la alimentación diaria futura. Por este motivo, Alberto reconoce que ahora intenta inculcarles a sus niños una mejor alimentación, como por ejemplo que no coman dulces. Noemí, una periodista de 43 años, recurre a la misma estrategia de culpabilizar a su madre sobre el aumento de peso.

Noemí: Mira yo de chiquitita era delgada, era muy chiquitita, era un comino, muy pequeña. Pero lo que pasaba antes con las mamis, [que decían] ‘es que mi niña no come’. A mí mi madre me daba la merienda a las cinco de la tarde y se me juntaba con la cena. Y mi madre venga a decir, es que la niña no come, es que la niña no come. Me llevó un día al médico y el médico se ve que le dijo a mi madre: dele estas medicinas a su hija. Unas vitaminas o yo qué sé. Y empecé a engordar. Yo hice la comunión y parecía una novia.

Entrevistadora: (Risas).

Noemí: (Risas) Es que es verdad, yo me veo en casa de mi madre y es que parezco un pan de Guadix. Luego ya dejas peso, porque creces más, eres adolescente y vas al instituto, pero aun así no dejas, no eres delgada, ya te cambia el metabolismo.

Como en otros participantes, Noemí reconoce que en la culpabilidad de las madres no había maldad alguna. Al fin y al cabo, las madres lo hacen porque te quieren. Esta asociación entre sobrealimentación y amor maternal ha sido destacada previamente en la literatura (Throsby, 2007). En esta línea, el chantaje emocional de las madres o seres queridos fue destacado por los participantes como un medio de obligarles a comerse la comida que les habían servido. Acontecimientos donde se relacionaba el comer todo lo que se ponía en el plato como un medio de expresar el amor por aquellos que te cuidaban y querían fueron recurrentes en los relatos de los participantes, Igualmente, como en el estudio de Throsby (Throsby, 2007), el recuerdo de los niños hambrientos de África o el tiempo que habían empleado preparando con cariño la comida para ellos, eran acontecimientos que los participantes relataron como ejemplos de la presión ejercida en el intento de hacerles sentir culpables si no se comían todo lo que le habían servido en el plato.

Junto con los relatos de sobrealimentación unidos al amor maternal, también fueron recogidos relatos de la falta de cuidado, lo que recuerda la culpabilidad que tienen los padres en la obesidad infantil dentro del discurso contra la obesidad (Gard & Wright, 2005). Antonio, un conductor de ambulancias de 41 años, reconoce que era muy “tragoncillo”. Le daba por comer, tal vez, como él reconoce, porque era ‘nervioso’. Durante su conversación destaca el hecho de que, aunque le decían que no comiera tanto, no estaban detrás para evitarlo o corregirle. Es difícil estar detrás de un niño como él, que se definía como un chico ‘rebelde’. Al final, un niño no es culpable de lo que hace, no es capaz de tomar las decisiones apropiadas. Por lo tanto, al no ser corregida su propensión a engordar por aquellos que le cuidaban la situación iba complicándose. Cuando tenía 10 u 11 años, y con 90 kgs de peso, el problema fue advertido por su médico

Antonio: ... con otras palabras el médico le dijo a mis padres, o este niño adelgaza o no va a crecer porque está limitando ya con el tema de [el peso]. Es que son doce años y noventa kilos. Era una proyección de pesar ciento cincuenta.

En sus relatos, los participantes recurren a un discurso fácilmente disponible para explicar los problemas de peso relacionados con la infancia y que responsabiliza sobre todo a las mujeres como las principales responsables de tener que proveer y gestionar la alimentación familiar. Los relatos de culpabilizar a los progenitores, y

especialmente a las madres, supone un recurso disponible en el discurso de la obesidad de los que los participantes se hacen eco para gestionar la construcción de una identidad culpable (Nelson, 2001). Con este recurso, los participantes consiguen el efecto de presentarse como víctimas, más que causantes, de su propia obesidad. Sin embargo, a medida que la biografía de los participantes trascurre la posibilidad de cargar la responsabilidad de su propio peso recae más en ellos. Al fin y al cabo, un niño es esperable que no sea responsable de su estilo de vida y su peso; sin embargo, a medida que la persona pasa a ser adulta adquiere total responsabilidad sobre sus actos. Como reza en uno de los artículos de prensa analizados por Saguy (2013) “No puedes elegir a tus padres, pero puedes elegir lo que comes y la frecuencia con la que haces ejercicio” (p. 100). Por lo tanto, la predisposición genética y el estilo de vida familiar puede atenuar la responsabilidad de la persona obesa, pero sigue siendo insuficiente para explicar el por qué han llegado a ser obesos.

### **7.1.2. Relatos sobre Dietas y Ejercicio: No han Funcionado para Mí**

Aunque la disposición genética desde pequeños y la responsabilidad familiar puedan funcionar como excusas para descargar la responsabilidad de ser gordos en sus primeros años, los participantes no escapan a la esperada responsabilidad que deben tener de mayores respecto a su estilo de vida. De hecho, todos los participantes en el estudio reconocían que una ingesta excesiva de alimentos y una falta de actividad física contribuía en mayor o menor medida al aumento de peso. En este sentido, los participantes abordaron la obesidad en gran medida de acuerdo con los elementos sociales dominantes del conocimiento médico (P. Brown, 1995) y, en línea con ello, recurrieron a narrar ejemplos de cómo su metabolismo y otros acontecimientos sobrevenidos en su vida entorpecieron sus intentos reiterados a lo largo de la vida por controlar el peso a través del ejercicio y la dieta.

El discurso del cuerpo tendente a ser gordo es una explicación central en los relatos de los participantes, porque no sólo sirve para justificar su posición de partida en el juego de la vigilancia del peso corporal, sino también para resistirse a la atribución de responsabilidad que como persona adulta tiene de controlar este peso. Así, en línea con una genética gorda, los participantes relatan que su metabolismo vino determinado también por esta misma genética. El funcionamiento biológico de

su cuerpo es un recurso utilizado por los participantes para describir que su cuerpo funciona de forma diferente ante la ingesta de alimentos. En la cita de Antonio, el metabolismo explica el hecho de que en la misma familia existan diferentes cuerpos y, que en su caso particular haya limitado sus reiterados esfuerzos por controlar el peso.

Antonio: Pues hombre estar así más gordito yo creo que fue también tema genético porque al final mi hermano está, pues no sé, yo nací gordito y él no, por decirte ¿no? Al final son metabolismos, personas, y demás. Lo que sí tengo claro es que yo he hecho mucho, mucho, mucho por controlar el peso.

Como Antonio, Ainhoa, una militar profesional de 37 años, se compara con su hermano, el cuál es 'super delgado', y no termina de entender por qué no funcionan en ella las dietas y el ejercicio. Por su profesión como militar, Ainhoa está acostumbrada a hacer ejercicio y reconoce que esto le ha ayudado en ocasiones. Sin embargo, el tratamiento con dietas de una forma seria, como en el resto de participantes, no ha funcionado en ella. El hecho de no llegar a bajar peso a pesar de su disciplina con la dieta y el ejercicio le comienza, como afirma, a sonar raro y a chocarle, hasta el punto que como llega a afirmar "no sé, tengo que tener algo en el estómago". Alba siempre se recuerda rellenita, pero como en el caso de Antonio y Ainhoa, no entiende por qué no funcionan las dietas que ha hecho durante toda su vida. Se compara con su hermano, el cual lo describe como un 'figurín', y se extraña por qué él no engorda como ella a pesar de comer como una 'lima'. Esta comparación es resaltada por aquellos que conviven con ella, quienes llegan a decirle "si es que tu no comes tanto como para estar así".

Juan, a sus 18 años, no tiene una causa concreta que pueda explicar su subida de peso. Tras una cuidada alimentación, no encuentra más explicación a su subida de peso que la genética familiar y el hecho que ello le ha arrastrado a tener un metabolismo diferente para el resto de su vida. Así, dentro de la explicación metabólica, comer en exceso debe entenderse dentro de la relatividad de cada cuerpo, de tal modo que exceder la cantidad de comida es siempre comer demás para ese cuerpo en particular.

Juan: En mi caso no es que sea una mala alimentación tampoco, yo no estoy comiendo todo el día bollos ni nada de eso. Es un problema, que se lo explique

al médico, o sea al doctor Rodríguez. Dice [el doctor] que muchas veces no comes grasas, no comes fritos, pero por lo que sea tu cuerpo no es capaz de eliminarlo. También sí que es verdad que el deporte es algo clave y con ciento cuarenta kilos es muy difícil ponerte a hacer deporte de tipo andar o correr.

No obstante, reconocer el tener un metabolismo afectado por la genética no implica la inevitabilidad de llegar a ser obeso. En otras palabras, el discurso de un cuerpo propenso a ser obeso no es suficiente para resistirse a la atribución de un fracaso moral por el hecho de no haber hecho suficiente en esas circunstancias y evitar coger aún más peso. Por ello, junto con su predisposición a engordar, los participantes tuvieron que recurrir a otros recursos narrativos que les eximieran de la responsabilidad de no haber podido controlar el peso hasta el punto de tener que llegar a someterse a una cirugía bariátrica. Entre estos recursos destacan las lesiones o accidentes y otros acontecimientos vitales que le hacen perder el control de su cuerpo y su peso. Todos estos acontecimientos fueron presentados como explicaciones del fracaso en sus intentos por controlar el peso y, en parte, complementan la explicación metabólica al relatarse como factores que acentúan un metabolismo ya tendente a generar un cuerpo gordo.

Los participantes recurrieron a los relatos de enfermedades o lesiones como momentos de la vida con suficiente entidad como para haber entorpecido todos los intentos de mantener el peso a raya, bien por impedir la continuación de una dieta o bien por limitar la movilidad. Así, el relato de estos momentos son estrategias discursivas para justificar el por qué ya de adultos no han podido frenar su propensión a engordar. La lesión o enfermedad, cuando aparece en el relato de los participantes, es situada como el momento clave, el punto de ruptura donde ellos perdieron el control del peso o su batalla personal contra el peso.

En el caso de Elena, divorciada y en paro a sus 46 años, relata que su peso era normal hasta que le detectaron epilepsia con 10-11 años. Este problema de salud lo ha arrastrado toda su vida y le ha supuesto un cambio de estilo de vida, aunque con diferente intensidad a lo largo de su vida. Reconoce que, aunque cogió unos 10 u 11 kilos en los embarazos, no fue mucho porque consiguió controlarse. No obstante, después de tener a la primera de sus dos hijas, comenzó a tener convulsiones y le volvieron a recetar antiepilépticos. Ahí es cuando ella sitúa el incremento importante de peso. Asegura que fueron unos 23 kilos en dos semanas.

Como ella menciona “iba hinchándome como una bota por momentos, me pilló el organismo limpio y ya no sé lo que pasó por ahí dentro”. Cada vez que se tomaba la medicación epiléptica se inflaba como un globo y cuando la dejaba de tomar se desinflaba. Su enfermedad fue asociada con otros problemas de salud, de tal modo que relata problemas de depresión que llevan a tomar otras medicaciones. Tras situar sus antecedentes, reconoce que hay algo extraño en ella que le hace engordar y que claramente no es la ingesta de alimentos, pues como reconoce “como una vez al día y tengo las digestiones tan sumamente lentas que yo me levanto al otro día y siento la comida. Yo no tengo sensación de hambre, tengo el estómago lleno”.

Si en el caso de Elena el metabolismo fue alterado por la ingesta de medicación, en el caso de Luisa la alteración metabólica es atribuida a causas endógenas. Como nos relata Luisa, actualmente una ama de casa con 41 años, tuvo que dejar de trabajar por una enfermedad rara conocida como Síndrome de Guillain-Barré que le diagnosticaron a los 36 años. Este síndrome supone un trastorno poco frecuente, caracterizado porque el sistema inmunitario del organismo ataca a los nervios, de tal modo que, tras los primeros síntomas de debilidad y hormigueo en las extremidades, puede llegar a extenderse a todo el cuerpo y provocar paralización parcial o total del cuerpo. En el caso de Luisa, sufrió una paralización de su cuerpo de cuello para abajo que la llevo a una hospitalización y, posteriormente, a una silla de ruedas durante tres meses. Como muchos de los participantes, Luisa no niega que fuera “gordilla”, pero la enfermedad que le sobrevino terminó arruinando toda posibilidad de controlar su peso.

Luisa: Yo era gordilla, yo no voy a engañar a nadie, si es la verdad.... Pero otra cosa es a lo que he llegado. Que claro, fueron muchos meses en silla de ruedas, sin ninguna movilidad. Ahora es cuando llevo como un año o así que ya me muevo más. Que ya puedo coger el coche, relativamente... No comía, no comía mucho. Pero claro, como no hacía nada, que no hacía ningún movimiento. A mí me tenían que hacer todo, hasta ducharme. Todo. Si me quería levantar de la cama, me tenían que levantar. Todo.

Entrevistadora: Me estás hablando de un aumento de peso, ¿pero ¿cuánto más o menos? Para poder entenderlo.

Luisa: El doble. Fue en unos meses. No sé si fue a lo mejor en el primer o el segundo mes, o estuve más mantenida, no lo sé. Porque eso no lo podía

[saber]. No me podía poner de pie. Entonces no sabía si lo iba cogiendo ni nada. Me tenía que poner ropa más amplia y eso, porque para poder ponértela. Y ahí, como que no te da tiempo a pensar o no quieres pensar. Pero creo que, a lo mejor, si no fue en el primer mes, fue en el segundo o en el tercero.

Las lesiones son otros acontecimientos en la vida de los participantes que son presentados como puntos o momentos clave en su vida, que les ayudan a dar explicación al hecho de no haber podido controlar el aumento tan pronunciado de peso. Fátima, con 41 años y dependienta en una tienda, reconoce que, aunque no ha sido una niña delgada, ha conseguido mantener el peso a raya gracias a la actividad física, incluso en aquellos momentos difíciles de conseguirlo como pueden ser los embarazos. Sin embargo, los últimos años, a raíz de una lesión que le terminó postrando en cama durante 4 meses, lo marca como un punto clave para haber perdido por completo el control sobre su peso corporal.

Fátima: Si es verdad que yo he pegado una vuelta de tres años atrás, pero es a raíz de una lesión, que bueno, no es lesión. Empecé porque me fracturé el coxis en una caída y es verdad que estuve un año bastante tocada porque ya se me complicó con las hernias discales. Y a raíz de ahí, sí que vine haciendo menos deporte. Me he acomodado más al coche, me he acomodado más a que como tengo dolor no puedo, ¿vale? Ahora en abril hará un año que estoy de baja, que ha sido cuando de verdad que me he ido [de peso]. Porque caí con las hernias discales mal, que incluso estoy esperando citas médicas todavía. Y me tiré cuatro meses en cama, y entonces ha sido ahí cuando ya no. Pero vamos que normalmente no he sido una niña gorda nunca pero tampoco es que haya sido un *tipín*, vamos que he estado dentro de mi peso.

Noemí, acusa a su madre de “cebarla” de pequeña, aunque consiguió reponerse por el estirón, de tal forma que, aunque no era delgada, consiguió controlar su peso durante su adolescencia. Luego, con 20 años y en la flor de la vida, vino un accidente de moto. Un todoterreno se saltó un stop y le rompió la pierna, dos costillas, la mandíbula y una parálisis en el lado derecho del cuerpo. Le llevó casi seis años de recuperación que le hizo engordar mucho. El punto clave de este acontecimiento en su historia de peso queda refrendada cuando llega a afirmar:

“nunca terminas de recuperarte del accidente. Aunque he conseguido poco a poco volver a hacer deporte, pero ya el metabolismo no es el mismo”.

Junto con la enfermedades y lesiones como acontecimientos abruptos que irrumpen en la vida y hacen fracasar todo intento por controlar el peso corporal, los participantes relataron algún otro tipo de acontecimiento vital en su vida, tal y como la responsabilidad y el estilo de vida que supone los estudios, el trabajo, el matrimonio, el divorcio propio o el de sus padres, dejar de fumar, los embarazos, el cuidado de los hijos, o simplemente el efecto de la edad, fueron relatos surgidos a la hora de intentar explicar por qué habían llegado a coger tanto peso. La rapidez del aumento de peso que se produce con las circunstancias de la vida que han venido sobrevenidas, tales como enfermedades, accidentes o lesiones, contrasta con el proceso más lento, pero igualmente progresivo que supone tener que hacer frente a todas estas responsabilidades y obligaciones que se presentan en la vida. Aunque las circunstancias pueden variar en cada participante, todos encuentran algún acontecimiento que es presentado como algo perturbador en su vida para poder haber llevado con éxito un estilo de vida más saludable que hubiera minimizado el aumento del peso.

Algunos hombres en el estudio mostraron lo perturbador que fue el tener que hacer frente a las obligaciones laborales. Pablo, jubilado por enfermedad y en torno a 42 años, reconoce que siempre ha sido ‘recio’ o de ‘hueso ancho’. Además de los corticoides que tiene que tomar por su enfermedad, resalta el estilo de vida que ha tenido que llevar cuando trabajaba en un taller mecánico. Las muchas horas de trabajo a las que tenía que hacer frente le impedían dedicar tiempo para realizar ejercicio, al mismo tiempo que le obligaba a llevar una mala alimentación al comer en la calle para seguir trabajando en el negocio.

Pablo: Echaba nada más que horas en el trabajo, comía un bocadillo en media hora y me enganchaba al trabajo, a las dos horas seguía liado en el trabajo, y ¿por qué? Porque tenía una empresa y tenía que salir adelante, y tenía una mala alimentación, estaba más bien en la calle, por no bajar aquí a Almería, que yo tenía el negocio en Huércal [un pueblo a unos pocos kilómetros de la capital] y por no bajar aquí a Almería a comer a mi casa, mientras que bajaba al bar, me tomaba dos cervezas y a seguir. Se comen porquerías cuando se



sale a los bares por ahí, porque lo único que dan son cosas grasientas y mierdas, con perdón.

En el caso de Javier, un auxiliar administrativo de unos 32 años, señala su progresiva e imparable subida de peso al cambio de trabajo desde el Almacén en el que trabajaba a la oficina. El sedentarismo en que cae tras este cambio de puesto de trabajo es lo que atribuye a una de las principales causas por las que engordó a niveles preocupantes. Aunque considera que siempre ha comido bastante, el hecho de dejar el deporte por el horario del trabajo fue clave para desencadenar su aumento de peso.

En el caso de Eugenio, las obligaciones familiares son presentadas, junto con las obligaciones laborales, como acontecimientos de la vida que pueden justificar su aumento de peso. A sus 47 años, casado y con tres hijos, Eugenio recurre a la figura del buen padre y trabajador, quien intenta disminuir la carga de culpabilidad de no llevar una vida saludable.

Eugenio: Vino el chiquillo, tuvimos el primer chiquillo y eso ya fue. Yo no le echo las culpas a él, ni mucho menos. Pero ya fue como una esponja. Ya él absorbía. No que él me absorbía. Más bien, yo me volqué más por el crío. Entonces, todo el tiempo libre que tenía era todo para el crío, todo para él.

No obstante, las perturbaciones emocionales que se producen alrededor de la pareja y familia fueron más comunes en los relatos de las mujeres. Tal es el caso de Sole, quien a sus 36 años reconoce que consiguió mantener una línea más o menos delgada por exigencia de su trabajo como azafata de vuelo entre los 17 y 21 años. Sin embargo, recién casada probó las oposiciones como policía nacional, lo que hizo que la destinaran lejos de su marido. Como ella reconoce, la distancia con su marido “te da por comer, te pones nerviosa, y todas estas cosas”. Al igual que Sole, Encarna, un médico de familia de unos 36 años, señala su paso por la Universidad como un momento clave en el que comienza a dispararse el aumento de peso. Al centrarse en los estudios, dejó de hacer ejercicio. Sentía una cierta responsabilidad para no perder el tiempo, pues en tercero de carrera sus padres se separan y siente la presión económica de la nueva situación. Según ella, todo el día estaba sentada y estudiando. Además, al estar estudiando en otra ciudad, se sentía sola y se encontraba distanciado del que hoy es su marido. Esto le provocaba ansiedad que derivaba en una alimentación desordenada.

Como en el caso de muchas otras participantes, Andrea, una enfermera en la mitad de sus 40 años, reconoce que nunca ha sacado tiempo para dedicárselo a una misma. Atribuye un aumento de peso importante a partir de casarse, cuando tenía 22 años. Las responsabilidades de llevar adelante una casa, atribuida más a las mujeres, es una causa clave que explica la pérdida del control del peso en Andrea.

Andrea: Supongo que los cambios, cambios de hábitos. Ya era una rutina diferente a cuando estaba en casa [de mis padres]. Ya tenía unas responsabilidades, y cuando estaba en casa de mis padres, si tenía hambre abría la boca y tenía la comida (risas). Pero cuando te casas, ya las responsabilidades cambian. Ya eres tú.

Como muchas de las participantes en el estudio, Andrea destaca el cuidado de los hijos como una responsabilidad que afecta a no poder cumplir la responsabilidad de controlar el peso. Así, los tres embarazos, especialmente el último, fueron decisivos para coger peso que no ha podido dejar. Al igual que el resto de participantes, ha probado diferentes dietas, pero cuando alguna dieta funcionaba durante un tiempo terminaba dejándolo por las obligaciones que tenía que atender.

La cirugía bariátrica suele ser raramente recomendada en edades tempranas y suele ser más frecuente a partir de la edad adulta (Caixàs et al., 2020). En esta línea, la mayoría de los participantes del estudio se situaban por encima de los 35 años. No es de extrañar que estos participantes complementan los acontecimientos claves en la subida de peso con una explicación del propio deterioro del cuerpo. Así, una explicación biológica sobre el metabolismo solía venir acompañada de una explicación naturalista en los participantes de más edad. Básicamente, la explicación naturalista invoca una reducción del metabolismo por efecto del envejecimiento, lo que supone un principio de la naturaleza biológica como un discurso relativamente normalizador, que presenta metafóricamente el cuerpo como una máquina que envejece y que expresa una clara asociación entre salud y envejecimiento (Frank, 2013; Shilling, 2012).

Carmen, limpiadora de cole con tres hijos adultos, a sus 54 años nos relata como apreció un cambio de peso progresivo a partir de los 33 años, asumido con una serie de circunstancias como el embarazo de su tercer hijo, hacerse las ligaduras de trompas o dejar de fumar por prescripción médica. Sin embargo, no consigue explicar cómo ahora comiendo menos engorda más. Su madre le llega a decir “con

lo que tú has comido y no has engordado, y ahora... ¿por qué engordas?” Así, su idea es que el metabolismo debe haber cambiado como consecuencia de la edad. En sus palabras “cuantos más mayor, he ido engordando más”. Del mismo modo, Sole recurre a la explicación de que el metabolismo cambia con la edad. Como todos los participantes del estudio, Sole reconoce haber hecho dieta desde siempre. No obstante, mientras que al principio funcionaban, llega a una edad, que sitúa sobre los 30 años, donde su cuerpo cambió. No tiene más explicación que la de aceptar que el cuerpo simplemente cambia, “el cuerpo con la edad se va poniendo más redondillo”.

En torno a la explicación genética de un metabolismo que hace engordar, los participantes recurren a un amplio número de acontecimientos de la vida que ayudan a dar sentido al hecho de que no hayan podido vigilar y controlar el peso a través de una dieta y un régimen de ejercicio exitoso. Esto pone de relieve que las explicaciones sobre la propensión a engordar no son suficientes en los participantes para exonerarse de la responsabilidad de justificar su peso actual y, más bien, necesitan complementar sus explicaciones con otros recursos narrativos (Atkinson, 2009). Todas estas estrategias discursivas no deben ser vistas como simplemente excusas, sino como intentos en toda regla de dar coherencia a su propia biografía y construir sentido a su propia historia de peso, a través de los recursos sociales y culturales que tienen a su alcance. El recurso del metabolismo diferente funciona en la mayoría de los casos como un elemento explicativo de por qué han llegado a pesar lo que pesan, pero también es acompañado con otros recursos que interceden ante el locutor para una fácil atribución de culpabilidad sobre el peso que han llegado a alcanzar. En algunos casos las lesiones o enfermedades, pero también acontecimientos de la vida que justifican una carga emocional o reflejan la madre responsable al cuidado de los hijos y la familia, o el padre trabajador como principal sustento económico de la familia, son recursos que utilizan los participantes para dar explicación de su peso y, con ello, sentido a su propia identidad. A la lista de acontecimientos que surgen en la vida, los participantes de más edad recurren también a la metáfora del ciclo de la vida, donde el metabolismo simplemente cambia con la edad.

### 7.1.3. Relatos Sobre los Motivos de Operación: Es por Salud

Los participantes recurren a una multitud de recursos para explicar por qué no han podido controlar su peso corporal. Sin embargo, estas explicaciones no sólo sirven para resistirse a la responsabilidad moral por la gordura, sino también preparan el terreno para justificar por qué han decidido someterse a cirugía bariátrica. En otras palabras, los acontecimientos narrados por los participantes suponen una explicación coherente para justificar por qué han llegado a tener el peso que tienen, pero también por qué han decidido recurrir a una solución tan drástica como es la cirugía, en lugar de seguir intentando controlar o disminuir el peso con medios más aceptados culturalmente como la dieta y el ejercicio. De este modo, los continuos intentos fallidos del ejercicio y la dieta como medio para perder peso, hasta un punto donde reconocen haber perdido el control total de su peso, le sirve de justificación para presentar la intervención quirúrgica como el último recurso para volver a recuperar ese control.

Rosario: No sé, yo es que como estoy gordita desde los [se queda pensando]. Pues desde las fotos de la comunión ya estoy rellenita. Desde ahí yo me desarrollé muy pronto, me desarrollé con diez años ya. Siempre, siempre he estado gorda. Bajaba, subía. Hacía una dieta, dejaba. Luego los volví a coger, eso y más, y así. He probado todas las dietas del mundo mundial y entonces ya estoy cansada.

Recurrir a la cirugía es presentado por los participantes como un último recurso al reconocer que algo no ha funcionado en su cuerpo para mantener el control del peso. El diagnóstico de la obesidad como una enfermedad (Caixàs et al., 2020) representa un componente crucial en el lenguaje de la medicina, un componente clave de lo que Elliot Mishler (1984) denomina la “voz de la medicina”. A través del diagnóstico, la medicina intenta localizar los parámetros de normalidad y anormalidad y, con ello, marcar los límites profesionales e institucionales para el tratamiento social de una enfermedad. Situarse como enfermo permite ser merecedor de un tratamiento y sirve de argumento para recibir la prestación de determinados servicios de salud (P. Brown, 1995). Los participantes utilizan el recurso de situarse como enfermos para presentarse como merecedores de ser

operados, al mismo tiempo que se defienden de toda atribución de llegar a ser obesos por haber sido demasiado vagos o glotones.

Alba: Yo creo que la gente tiene el concepto, si o si, de que los gordos estamos así porque queremos. No porque tengamos un problema, sino, de que ésta está así porque come mucho y porque no se mueve. Es que es lo que te decía antes, yo hablando con gente te encuentras con quien entiende que tienes un problema, y que si no tuvieras un problema no hubieras pasado por una serie de especialistas que han determinado que tú eres una candidata para operarse. Si fuera que estás gordo porque comes mucho y porque te da la gana, no te van a operar. Operan por eso. Pasas por psicólogos, pasas por cosas. Entonces, conceptos de que estás gordo porque quieres, yo pienso que la gente opina eso. Hay gente que no, pero en general hay gente que piensa ¿y tú no podrías hacer deporte y comer un poquito ...” Sí, sí, pero hay otras cosas que también me lo están impidiendo, por lo que sea.

Muchos de los participantes relatan problemas de salud que achacan a su excesivo peso corporal. En esta línea, Encarna nos cuenta que mucha gente, incluida ella, se plantea la importancia de estar en un peso saludable sólo cuando empiezan a aparecer enfermedades. En esta línea, Sole asegura que ha tomado la decisión de operarse porque siente que se ahoga. Las dietas y el gran esfuerzo realizado no le han servido para controlar su peso y ha llegado a una situación en la que ya no puede hacer las cosas con tanta agilidad. Siente que le duelen las rodillas y las piernas del peso que debe soportar su cuerpo. Manuel también defiende su decisión de operarse movido por atajar los problemas de salud asociados a la obesidad. Antes de operarse había comenzado a tener problemas de salud. Como comenta, había noches que tenía que sentarse en el filo de la cama porque le faltaba el aire. En general, detalla que le costaba hacer las cosas diarias, tomando también mucha medicación para la tensión alta y la diabetes que le habían diagnosticado recientemente.

Los participantes se alinean claramente con el discurso de que la obesidad es una enfermedad que hay que atajar, o al menos una causa de enfermedades asociadas. No es extraño con ello que el motivo común y repetido en todos los participantes para decidir operarse haya sido la salud. No obstante, la salud no es entendida sólo para el presente, sino que la operación es vista también como un medio de prevenir males mayores. De este modo, la obesidad es presentada, si no

como una enfermedad en sí, como una causa de posibles enfermedades. Aunque las limitaciones y los problemas de salud presente fueron indicadas por todos los participantes, también resaltaron los problemas de salud o el temor de que aparecieran otras enfermedades como una preocupación que podía solventar la operación. Evitar problemas de salud más graves en el futuro fue también esgrimido por muchos participantes como un motivo para operarse.

Javier relata que recurre a la cirugía bariátrica tras el fracaso continuo de controlar el peso con dietas y ejercicio, y como una forma de prevenir también problemas más graves de salud. Como todos los participantes, reconoce haber intentado un régimen de ejercicio y haber probado multitud de dietas que finalmente no han funcionado. La operación sirve para cortar el círculo vicioso en el que comienza a adentrarse y que conllevará un deterioro de la salud.

Javier: Yo he probado mil dietas. No suelo tener problemas para cumplirlas, lo que pasa que son más lentas, y los resultados tienes que tener paciencia. Yo ya estaba en un peso muy grande en el que yo por ponerme a dieta no tenía problema. Iba a hacer deporte, salir a caminar una hora y media, dos horas al día. Los tres primeros días los podía hacer sin problemas, pero el cuarto me dolía hasta los párpados. Entonces dejas de hacer deporte, porque te duelen las rodillas, te duelen las piernas, estás muy cansado. Te desmotivas y entonces dejas de comer la alimentación que te ponen y fin, vuelves otra vez a lo de antes. No es que estuviera a disgusto con mi cuerpo, pero llega ya un punto en el que por salud no me encontraba bien. No me sentía con fuerza de ponerme a hacer deporte porque sabía que me iba a doler todo y no iba a poder seguir.

La operación para Fátima es un medio de evitar males mayores, a raíz de la lesión que tuvo hace tres años que le afectó a la columna. El médico le llegó a plantear que tenía que perder peso o tenía que operarla para fijarle varias vertebras. Tras hablarlo con su marido, y con 41 años, decidieron que iría para adelante, porque no querían que se pudiera quedar en silla de ruedas con tres niñas que tienen. Obviamente, la manera de evitar la operación de espalda era perder peso, y el medio más rápido y eficaz para ello era la cirugía bariátrica.

Fátima: Claro, entonces este año ha sido cuando yo me he dado cuenta de que la báscula ya se ha ido y ahora cuando quieres echar mano dices sí, me

tengo que sacrificar cien por cien. Pues no sé si se me costea hacer lo que voy a hacer, a pegarme cuatro años a dieta para conseguir lo que voy a conseguir a lo mejor en nada y menos de tiempo. Además, eso la espalda también me lo va a agradecer a la hora de yo perder ese peso, pero no es lo mismo perderlo en cuatro años que a lo mejor teniendo la posibilidad de hacerlo de la manera que lo voy a hacer.

Evitar males mayores asegura no sólo la salud de uno mismo, sino salud para poder seguir cuidando y disfrutando de los seres queridos. Tal parece ser el argumento que ofrece Alberto, quien con resignación relata que el deterioro progresivo por el aumento de peso le impide disfrutar de momentos con sus hijos. En sus palabras, “jugar un partido de fútbol con mis hijos, tirarme una hora jugando, yo no puedo. No puedo, es que no puedo”. Sopesando las ventajas e inconvenientes de operarse, Carmen lo llega a plantear como un acto de valentía y una responsabilidad por la atención que debe prestar a los más cercanos. Tras la superación de un cáncer de tiroides por parte de la hija, esta circunstancia le anima a operarse y asegurar así un futuro más saludable que le garantice poder seguir cuidándola.

Carmen: A mí no me ha animado nadie, yo me he animado sola, porque si es por mis hijas [no me hubiera operado]. Yo tengo una hija con cuarenta y un años y otra con treinta y seis, y son unas cagonas (risas). Con todo lo que ha luchado con el cáncer la criatura, la mayor. Pero mira que no, que ella está gordita y dice mamá, yo no, mamá yo no me metería en una operación. A ver, si corre el riesgo tu salud, pues te vas a meter Beatriz. Igual que te has metido para el cáncer, ¿no? Entonces yo le digo eso. Tú tienes que estar cuidada. Porque mira tu madre, aunque ahora no tengas problemas por el cáncer, en un futuro puedes tener diabetes, eres hipertensa ¿me entiendes?

A pesar de que la cirugía posibilita a los participantes cambiar sus cuerpos para estar más cerca de cumplir con los ideales occidentales de un cuerpo social y culturalmente sancionado, la cirugía bariátrica fue en todos los casos presentada como un tema de funcionalidad física, y no como una cuestión de apariencia física o estética. Incluso en aquellos pocos casos donde los participantes tenían una menor edad y la salud física no era por el momento tan acuciante, los participantes incidieron que no se trataba de una cuestión de estética, sino de salud. En aquellos

participantes más jóvenes, donde las limitaciones físicas no habían llegado a ser tan drásticas como en otros casos, la salud fue definida también en función de sus aspectos más psicológicos. Tal fue el caso de Juan, el más joven de los participantes, quien tan sólo 18 años y operado por la privada, quiso dejar claro que, frente a algunas resistencias por parte de algunos familiares, se operaba porque no estaba bien consigo mismo, además de las limitaciones que le suponía tener un cuerpo gordo. Como muchos de los participantes, había vivido acontecimientos de acoso durante sus años en la escuela y había internalizado a lo largo de su vida una identidad fuertemente estigmatizada. La vergüenza que reconocía darle su cuerpo gordo le limitaba a relacionarse con los demás y a tener una autoestima positiva de sí mismo. Así, como en el resto de participantes, la cirugía fue defendida como una necesidad para tener salud.



## **7.2. Doctor me ha Operado el Cuerpo, Pero no la Cabeza.**

### **Dilemas de Identidad Pre- y Pos-Cirugía Bariátrica**

#### **7.2.1. Introducción**

En todos los participantes se hizo obvio que el peso, especialmente en los últimos años, representó una limitación en su funcionalidad. Algunos participantes indicaron limitaciones que antes no tenían a la hora de vestirse, atarse los cordones, o no poder ponerse la ropa que tenían. Sin embargo, al margen de estas limitaciones funcionales, todos reconocieron no encontrarse a gusto con su cuerpo y haberse limitado ellos mismos en muchas otras situaciones sociales. Carmen, por ejemplo, reconocía que la gordura limitaba sus relaciones sexuales con su marido, pero también admitía no querer ir a la playa porque no quiere lucir su cuerpo cuando está, como ella, lo denomina “así raro”. Al margen de las limitaciones físicas que su gordura pudiera ocasionarles, los relatos de los participantes dejaron claro que tener un cuerpo gordo les había traído otros problemas que no se circunscribía meramente a la funcionalidad física.

#### **7.2.2. Identidades Marcadas por Sus Cuerpos**

Los participantes coincidieron en percibir que sus cuerpos eran rechazados por no cumplir un peso normal. Estos rechazos fueron señalados respecto a tener cuerpos que estaban expuestos, cuerpos que no encajaban en una sociedad hecha para cuerpos normales, y cuerpos que privaban de oportunidades. A continuación, abordamos cada uno de estos temas

##### **7.2.2.1. Cuerpos Expuestos**

La mayoría de los participantes habían relatado como desde pequeños eran o estaban predispuestos a ser gordos de mayores. Es por ello que todos los participantes pudieron recordar algún acontecimiento donde sus cuerpos estuvieran expuestos a burlas y comentarios despectivos desde las primeras edades. Alba relató, por ejemplo, como los compañeros de clase le hacían comentarios despectivos, recordando aquellas clases de educación física donde le decían que “iba a romper el potro”. Como en el caso de Alba, algunos participantes relataron cómo los compañeros de clase creaban canciones o motes que hacían clara

referencia a sus cuerpos gordos. ‘Gordinflón’, ‘barrigón’, ‘ballena’, ‘vaca’, ‘vaca tetuda’, ‘gordo apestoso’, ‘zampabollos’, ‘albóndiga’, ‘bola de grasa’, ‘barrilete’, ‘hipopótamo’, ‘cerdo repugnante’, ‘donuts’, fueron sólo algunos de los apodos que llegaron a recibir los participantes en sus años de escuela.

Todos los participantes recordaron, con mayor o menor intensidad, algunos momentos difíciles durante sus años de escolarización por la inevitable exposición de un cuerpo que era visto con exceso de peso. Javier no duda en reconocer que algunos compañeros de colegio eran muy crueles en los comentarios despectivos que recibía. Juan también relata la pesadilla que tuvo que pasar en el colegio, hasta tal punto que tuvo que cambiarse de colegio. Como explicó, no se veía con una personalidad fuerte para afrontar las situaciones de humillación que recibía por tener un cuerpo con exceso de peso. En ocasiones, como en el caso de Carmen, ver situaciones actuales de bullying les hizo recordar sus experiencias traumáticas durante la infancia y adolescencia. Así, Carmen llega reconocer que las situaciones que ve en el colegio donde trabaja como limpiadora le trae el recuerdo de su infancia, donde en más de una ocasión su cuerpo fue asemejado a un “saco de papas”. Tal y como reconoce, ella sufre al ver cómo los niños con cuerpos gordos, y especialmente niñas, quedan expuestos ante los demás compañeros y compañeras.

Carmen: Pero yo sufro más en el colegio al ver a las niñas aisladas. Yo como soy gorda, pues voy y los animo. Soy limpiadora, pero los niños me ven que estoy muy centradas en ellos porque me gusta que se lleven bien entre ellos... Yo cuando veo a las niñas gorditas aisladas les digo: “¿Qué te pasa?” Y dice: “Nada”, y le digo yo: “Tú quíete mucho a ti mismo, cariño ¿Por qué no quieres jugar con los demás?” Es que veo que están aisladas... y veo al otro diciéndole: “¡Foca, que eres una foca!” Lo paso mal. Lo paso mal porque..., es muy cruel. La sociedad es muy cruel con los gordos. De hecho, he sentido conversaciones al pasar y sentir como [dicen]...”no veas la foca esa, fea y fofa, que está...” No me gusta.

A medida que comienza la pubertad y la adolescencia, los cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales hace especialmente vulnerable a las personas con cuerpos gordos. En sociedades occidentales, con un fuerte marcado liberal y mercantilista, las personas aprenden desde muy temprana edad a reconocer el valor simbólico del cuerpo. El cuerpo se convierte en un objeto de valor donde los

individuos aprenden a mirarse y ser evaluados en base a la apariencia corporal y al deseo sexual que despiertan (Fredrickson y Roberts, 1997). Multitud de experiencias en los participantes fueron relatadas en términos de atractivo o rechazo corporal. Con ello, los participantes reconocieron la presión social por determinados ideales corporales, con lo que la comparación entre el cuerpo de uno y el canon de belleza socialmente establecido parecía inevitable. Como dejó constancia Antonio, al final existen unos cánones de belleza por el que tu juzgas, pero también te juzgan. Así, aunque reconoce que él, como otros adolescentes de su edad, tenía también un gusto por determinadas chavalas, su cuerpo le limitaba a relacionarse con ellas. Con un tono de resignación, llegaba a afirmar “es que jamás serás como el otro tipo de chicos”.

El periodo de la adolescencia fue especialmente crítico para las mujeres en nuestro estudio. Las mujeres relataron comentarios despectivos que recibieron durante su adolescencia por el hecho de no poseer un cuerpo esbelto acorde con los estándares de belleza socialmente sancionados. La experiencia de escuchar reiteradamente cómo los hombres evaluaban rutinariamente el cuerpo de las mujeres creó una cierta convicción de que el cuerpo femenino era constantemente sujeto a una evaluación crítica. Algunas mujeres llegaron a percibir como las mujeres gordas eran vistas como más masculinas, feas y poco femeninas y, por lo tanto, a ser consideradas como de menor valor sexual ante los ojos de los demás. Rosario, relata cómo iba al colegio junto a su hermana, una chica “guapetona”, que siempre estaba en el grupito “guay” del cole. En cambio, ella estaba “más apartailla”, pero siendo testigo del valor que los cuerpos tenían dentro de las normas sociales. Alba recuerda que todas sus amigas tenían novio menos ella, y explica que la razón era porque estaba gorda. Cuando sus amigas preguntaban a los chicos si no le gustaba, ellos solían responder “¿Alba? Alba está gorda ¿dónde vas con la gorda esa?” Experiencias similares fueron relatadas por Miriam, la cual llega a reconocer que algunos chicos apostaron para ver quién se ligaba a la gorda. Sin embargo, no duda en señalar que su experiencia más traumática con los chicos fue a los 14 años. La presión social en relación con su cuerpo gordo fue determinante para que la relación entre ella y un chico, que mutuamente se agradaban, no pudiera tener éxito.

Miriam: Cuando yo era semi adolescente, -yo tenía catorce años-, yo me enamoré de un compañero mío de clase. Nos llevábamos súper bien, porque además estábamos juntos en religión. Ósea, que yo sé que le gustaba a ese

niño ¿no? Y un día, pues yo me armé con todo el valor de mi adolescencia de catorce años -que eso es complicado eh-, y me declaré. Me declaré a él. Porque, además, jugábamos en el mismo equipo de baloncesto. Y entonces él me dijo que claro, que el problema era que yo estaba gorda, así que cómo iba a tener él una novia gorda. Que sus amigos se iban a reír de él. Imagínate nena. Buah, ¡que mazazo! Es que claro, dices, no tienes autoestima. Pero es que, ¿cómo voy a tener autoestima con estas cosas?

Algunas de las experiencias en la adolescencia fueron reconocidas como algo que dejó huella en su trayecto de vida. Los participantes suelen manifestar que han sabido construir un cierto caparazón contra todos las miradas y comentarios que sus cuerpos despiertan a medida que se han hecho adultos. Sin embargo, los relatos de sentirse expuestos a los demás han seguido durante toda su vida. Por ejemplo, Elena recuerda un momento delicado cuando en plena depresión posparto estaba dando el biberón a su niña en el bar de su padre. Ella había experimentado una subida de peso de unos 23 kilos en dos semanas, la cual había achacado a la ingesta de Tegretol, un medicamento que le habían recetado para tratar los episodios de epilepsia. En estos momentos delicados para ella, una clienta que entraba al bar la vio y le preguntó si estaba embarazada otra vez. Aunque habiendo pasado ya los 46 años Elena considera que ha aprendido a contenerse, reconoce que con comentarios como estos uno puede llegar a perder las formas. Actualmente, Elena trabaja de cocinera en un bar, y, como llega a admitir, siempre ha preferido trabajar en el interior a trabajar en la barra del bar, donde se vería más expuesta a los comentarios de los demás. Como en el ejemplo de Elena, las entrevistas están repletas de situaciones y acontecimientos narrados por los participantes donde como adultos han seguido percibiendo que sus cuerpos están expuestos al escrutinio público y, en general, consideran que la percepción que la gente tiene de los gordos es mala. Como llega a afirmar Alberto, “nos ven como bichos raros. Una persona que esté [gorda] no tiene derecho a vivir. Ya cuando estás un poquito gordo no tienes derecho a vivir”.

En general, todos los participantes coincidían en afirmar que la mayoría de las miradas incómodas vinieron de fuera de su núcleo más cercano. No obstante, en ocasiones la familia, especialmente los padres, fueron señalados como una fuente de malos hábitos, o de comentarios y evaluaciones negativas sobre su cuerpo. Tal fue el caso de Alba, quien reconocía, sin ningún rencor, que su padre lo más bonito que salía de su boca eran expresiones como “¿quién te va a querer con el culo que

tienes?”. No obstante, hubo más relatos de experiencias con profesionales de la sanidad donde sintieron que sus cuerpos, y ellos mismos, eran evaluados y juzgados negativamente.

Los participantes no dudaron en criticar muchas situaciones con profesionales de la salud donde habían visto sus cuerpos expuestos a una vigilancia moralizante y juiciosa. Alba, a sus 31 años estaba intentando quedarse embarazada por medio de reproducción asistida. Durante este proceso nos recuerda varios momentos en los que acudió a recibir los servicios profesionales de salud y que hirieron fuertemente su identidad.

Alba: Lo que más me ha molestado durante todo este proceso, fue precisamente una enfermera en Torrecárdenas. La que me pesó en reproducción asistida. Antes de que yo me subiera al peso [a la báscula] se echó las manos a la cabeza. Eso a mí me... A ver, entiendo que peso 110 kg, pero, aunque hubiera pesado 200. Entiendo que aquello no fue correcto, no fue correcto por un profesional.

Entrevistadora: ¿Y dijo algo o sólo se echó las manos a la cabeza?

Alba: Se echó las manos a la cabeza y dijo, ¿cómo fue lo que dijo?, ¿Cómo fue lo que dijo?... Dijo que..., que cómo había dado lugar a esa situación, que cómo me había dejado tanto. Bueno, un ginecólogo también. A ver, también fue muy cruel conmigo.

Entrevistadora: ¿Qué pasó?

Alba: Pues fue el primer ginecólogo que yo visité. Porque cuando veía que no me quedaba embarazada, pues fuimos al ginecólogo. Y antes de hacerme exploración, antes de hacerme nada, me dijo: “es que tú en un campamento nazi serías la primera en morir”

Entrevistadora: ¿Es que tú qué?

Alba: En un campamento nazi serías la primera en morir, serías la presa más... Como si dijéramos, la presa más fácil. Es que..., También me dijo que cómo había dado lugar a llegar a esos extremos. Sin mirarme, [dijo] “tú, ovarios poliquísticos”. Como diciendo, ovarios poliquísticos por gorda. Muy despectivo. Ese médico y esa enfermera, ¡chapó por ellos!, ¡chapó por ellos! A mí eso me marcó muchísimo. Vamos a mí se me cayó..., Fue bajarme [de la

báscula] del peso y se me cayeron dos lagrimones. Pero es que no me pude contener, es que no me pude contener. Porque entiendo que una persona que es profesional no debe de tener ese tipo de comentarios en ese tipo de cosas

Miriam también destacó su malestar con el carácter fuertemente paternalista de algunos de los profesionales con los que había tratado. Claramente se resistía que los profesionales de la salud le dijeran lo que tenía que hacer cuando veían su cuerpo gordo. Sin conocer su historia detrás, la tendencia generalizada era la de aconsejarle lo que tenía que hacer por su bien, por su salud. En sus palabras, esta actitud de los profesionales “le toca mucho las narices”. No acepta que quieran meterse en su vida, de tal modo que, sin haberle dado permiso o darle pie, le den su juicio en base a su cuerpo gordo. Entre algunas de sus experiencias nos detalla el siguiente episodio:

Miriam: Fui a ver al cirujano que va a operarme de la fístula. Y ya ves tú, la fístula en el culo. Ya ves tú, que la fístula si me ha salido es porque me tenía que salir, no porque estoy gorda. La enfermera que tenía el cirujano me dijo, ya casi cuando me iba a ir, y me dijo: “¿oye te has propuesto adelgazar?”. Y claro, tú cuando tienes treinta y siete años te dan ganas de decirle: “No, qué fuerte, no me digas, ¿en serio? Gracias por decírmelo, me lo voy a plantear en estos momentos”. Entonces en ese momento le dije: ‘mira, perdona, creo que ahora mismo ese comentario no viene a qué. Yo vengo aquí a operarme de una fístula. Sé cómo estoy, y tú no sabes si estoy adelgazando o si no estoy adelgazando. No conoces nada de mi historia como para decirme ese comentario aquí”.

Un cuerpo gordo transmite significados que vienen inscritos social y culturalmente. La asociación constante que en nuestras sociedades se ha establecido entre gordura y enfermedad arrastra que el cuerpo gordo sea portador de significados de pérdida de control y rotura de los límites establecidos. En virtud de los significados socioculturales atribuidos a los cuerpos gordos, las personas hacen suposiciones sobre las personas que encarnan esos cuerpos. Los cuerpos gordos no pasan desapercibidos, llaman la atención y son expuestos a la mirada de los demás por el volumen que ocupan. La mirada a los cuerpos gordos, cuando se hace desde los significados dominantes, suele juzgar y moralizar a las personas que

los ocupan. Un cuerpo gordo es percibido como anormal, y las anomalías producen repulsión porque amenazan el orden establecido y los principios que lo rigen.

La gordura hizo sentir a los participantes como si estuvieran abiertos de par en par a las miradas y reproches de la sociedad. Al ser un atributo claramente apreciable, cualquiera podía entrar de inmediato a juzgarles. Sin embargo, los cuerpos gordos no están sólo expuestos a miradas y comentarios de los demás, sino que también son marginados dentro de los límites y normas establecidas. Los cuerpos gordos rompen las normas, son cuerpos desviados por su exceso y, por lo tanto, no encajan en la distribución de los espacios. Estas experiencias fueron también recogidas en los relatos de los participantes, tal y como seguidamente abordamos.

### **7.2.2.2. Cuerpos Marginados**

La distribución del espacio no es algo neutral y benigno, sino que está fuertemente relacionado con los significados culturales que se atribuye al cuerpo y a su intento por clasificarlo y normalizarlo (Longhurst, 2001, 2005, Hetrick y Attig, 2009, Shildrick, 2012). Los cuerpos gordos son cuerpos que no encajan ni en el espacio ni en las normas realizadas para el resto de cuerpos. Son cuerpos que quedan al margen de las normas y espacios de convivencia socialmente construidos. Un cuerpo gordo desafía y reta las nociones de los espacios y, con ello, la propiedad simbólica establecida. La grasa cuelga y desborda el contorno. Invade el espacio de otras personas y quebranta las reglas sociales. El mundo no está hecho para los cuerpos gordos. La sociedad está hecha para los cuerpos normales, y las personas con cuerpos gordos pronto se percatan que no encajan en este mundo. Es por ello que las experiencias que narraron los participantes sobre la ocupación del espacio, y la interacción de sus cuerpos con otros cuerpos y objetos, no ofrecieron experiencias agradables.

Desde hace ya uno o dos años, Javier admite que siempre está mirando mucho donde ir para ver si el sitio es apto para su cuerpo. En una de las conversaciones nos relata que antes de ir a un bar a tomarse una tapa se fija en ver si puede sentarse, pues, como reconoce, hay bares que ponen las sillas muy pequeñas u otros bares que tienes que estar de pie. En espera de ser operado, y mirando a su futuro próximo, Javier nos reconoce que espera tener recuerdos nuevos dentro de poco. Como muchos otros participantes, ahora mismo se tiene que limitar

de ir a muchos sitios por su tamaño y esto le desencadena un estado psicológico depresivo. Su estado de ánimo es palpable mientras nos narra otras de las actividades que ha tenido que dejar de hacer por las limitaciones del espacio.

Javier: Al estar con sobrepeso te limita a hacer muchas cosas que te gustan. Al final prefiero no hacerlas, y al no hacerlas el estado de ánimo cambia muchísimo. Hay días que estás muy irascible, que no quieres hablar con nadie, que todo te molesta. Es complicado porque creo que a todo el mundo le gusta viajar. Yo estuve, en julio de este año no, en julio de dos mil diecinueve estuve en Londres. Pero hace muchos años que me cuesta viajar en avión porque además mido uno ochenta y tres, soy muy grande. Entonces claro, los asientos en este tipo de aviones son muy pequeñitos.

Los participantes relataron dificultades para adaptarse a los espacios destinados a cuerpos normales. Especialmente fueron mencionadas las dificultades de ocupar los asientos en transportes públicos o en espacios de espectáculos como cines o teatros. También fueron mencionados problemas a la hora de usar los cinturones de seguridad de automóviles, o el riesgo de utilizar taburetes o escaleras demasiado endeble para tanto peso. Los participantes también revelaron las dificultades para que sus cuerpos entraran en determinadas prendas de ropa o uniformes para el trabajo. Todas estas experiencias no dejan de vislumbrar el dolor emocional, y a veces físico, que los participantes llegaron a experimentar en su intento por apretar sus cuerpos en los espacios destinados a los cuerpos 'normales', o entrar en tallas que no les quedan bien. Alba dejó claro en sus relatos por qué es importante tener un cuerpo normal, un cuerpo que no exceda los límites establecidos.

Alba: Para yo sentirme también segura en según qué ciertas situaciones. Por ejemplo, sentarme en una bancada o en un autobús, y que nadie se siente a mi lado. A ver, no me subo mucho en el autobús, pero esas cosas las noto y no me gustan, no me gustan. Porque ya dices: 'Ay, es que si me siento aquí ya estoy ocupando medio asiento [más]'. O ir al cine y que no quepa. Ósea, me cabe el culo, pero estoy incómoda. Ese determinado tipo de situaciones me frustran. O lo típico, la ropa, y no comprarme la ropa que me gusta. O ir a comprarme ropa y decir 'la talla más grande'. A lo mejor la talla más grande



es una 70, pero yo siempre busco la más grande, casi sin querer. Eso me frustra.

Los cuerpos de los participantes no se ajustaban a las normas, de tal modo que moverse y encajar en el espacio fue para ellos problemático. Algunos relatos de los participantes reflejaron la vergüenza que sintieron por sus cuerpos gordos y la humillación social a la que a menudo fueron expuestos por los demás. Rosario, por ejemplo, relata la ilusión que tiene de poder jugar con sus hijos y no verse en situaciones embarazosas. En una ocasión fue con sus hijos pequeños a la feria para montarse a los cacharritos. Los niños querían que su madre se montara con ellos. Sin embargo, Rosario tuvo que decirles que el cacharrito donde quería que se montara con ellos iba muy rápido. Todo por evitar la vergüenza de que sus hijos, y el resto de personas alrededor, vieran que en realidad no cogía en el asiento. Situaciones como esta son destacadas por los participantes como momentos clave para decidirse a perder peso definitivamente por medio de la cirugía.

### **7.2.2.3. Cuerpos Privados de Oportunidades**

Las personas gordas están continuamente sujetas a suposiciones moralistas sobre sus opciones de vida. Un cuerpo gordo es considerado un cuerpo enfermo como resultado del descuido y la falta de disciplina del que lo habita. Los cuerpos gordos se representan como flácidos, blandos, sin fuerza (Bell y McNaughton, 2007). Así, las mujeres gordas son vistas como poco femeninas, mientras que los hombres gordos son vistos como faltos de aparente virilidad, dureza y fuerza suficiente. Estas creencias sobre las personas gordas dañan su identidad porque determinan lo que ellos pueden o no pueden hacer, privándoles de las oportunidades que tienen otros (Nelson, 2001).

A pesar de que los participantes percibieron sus cuerpos gordos juzgados y, en ocasiones, les llegó a privar de oportunidades para conseguir trabajo, mostraron una clara resistencia a la idea de que un cuerpo gordo sea torpe y menos capaz de desarrollar trabajos de cara al público. Alba relata uno de estos momentos

Alba: Yo trabajaba en..., Bueno, el primer trabajo que yo tuve así más largo fue en un "IR" [una cadena de tiendas de cosméticos], que a mí me contrataron por mi capacidad. Yo me adapté super bien. Hacía bien mi trabajo, con la gente. Hacía tanto cabina como tienda, y la gente venía buscándome a mí.

Salían informes de mis ventas y los de mi jefa, y llegó un momento que hasta la alcancé, y ya me dijo que bueno, que no me iban a renovar. Que yo estaba allí muy a gusto. Que no me iban a renovar y que quedara bien con la empresa. Porque si me renovaban me tenían que hacer fija, pero si pasaban 6 meses me podían volver a hacer otro contrato. Pero claro, si nosotros te volvemos a llamar, tú me tienes que prometer que tú tienes que bajar de peso. Entonces es cuando yo le dije: ‘me parece a mí que los kilos que peso no me han estorbado para trabajar, porque he trabajado al par que se marca, ni para vender. Entonces, no me digas que es por esto porque por esto no es’... ‘Ya, pero es que aquí tenemos productos dietéticos...’ [La jefa contestó] ¿Y?, también tenemos pintauñas y no podemos llevar las uñas pintadas porque tenemos que dar masajes.

Alberto, cocinero de profesión, reconoce que las etiquetas estigmatizantes que tienen las personas gordas les privan de tener las mismas oportunidades que los demás para encontrar trabajo. En ocasiones relata que no tuvo la posibilidad de mostrar su capacidad, al ser juzgado previamente por su apariencia. Así, su cuerpo gordo le privo de claras oportunidades de conseguir trabajos. Las atribuciones de vago e incapaz a una persona gorda son reflejadas por Alberto cuando expresa que la gente considera que por ser gordo “no te vas a menear, que no vas a ser capaz de sacar tu trabajo, que vas a tener cincuenta mil problemas y vas a estar...”. En base a estas atribuciones, nos relata una de sus experiencias de privación de oportunidades y cómo espera que la reducción de peso a través de la cirugía bariátrica le devuelva las opciones que tienen los demás.

Alberto: Sí, sí, a mí me ha afectado. Si me han rechazado, no te lo han dicho directamente, pero te das cuenta, no te ven capacitado

Entrevistadora: ¿Dónde?, ¿Qué pasó?

Alberto: En una cafetería, yo me presenté cuando terminé de trabajar [en el anterior trabajo], antes de sacarme el título de cocina. Y tu dices... te han rechazado, te han rechazado por el peso. Ahora cuando me opere y deje el peso que tenga que dejar y lleve una vida normal, yo para encontrar trabajo en ningún sitio tendré problema. Yo soy muy bueno en mi trabajo, pero...

Entrevistadora: ¿Porque tienes experiencia?

Alberto: Porque tengo experiencia, porque yo se desarrollarme, llevo toda mi vida en esto y se desarrollarme bien. Pero la gente hasta que no me vea trabajando... Lo que es en sí por la apariencia no me van a meter a trabajar

Harto de encontrar trabas para trabajar por ser gordo, Alberto finalmente decidió montar su propio negocio. Aunque ya no le falta el trabajo, sigue recordando las situaciones pasadas y resistiéndose a las etiquetas que definen a una persona gorda como floja o vaga.

Alberto: Por ejemplo, vienes a donde yo estoy trabajando, a mi negocio, y yo he tenido camareros que han estado delgados, y que han sido fuertes, esto y lo otro; y no han sido capaz de llevar 5 mesas. Pero una persona como yo, con mi peso, con esto y con lo otro. [La gente] cree que... 'éste va a tardar mucho en despacharme'. Y yo realmente te voy a dar más servicio que esa persona que esté 10 veces más delgada que yo. Pero las apariencias dicen: 'este hombre no se puede mover, este hombre no puede trabajar, este hombre no puede'... ¿no puedo qué? (...) Muchas veces te ven menos capacitado que otra persona para funciones. ¿Por qué? Por lo que estamos hablando, por lo que es.

Elena estudió para ser maestra, sin embargo, terminó trabajando en la hostelería. Las experiencias que ha vivido Elena también le llegan a confirmar que un cuerpo gordo tiene más dificultad para encontrar trabajo que cualquier otra persona que no muestre este rasgo corporal. Como nos relata:

Elena: Yo cuando estaba en la universidad abrieron aquí el Chiquipark en Almería y fui a echar [la solicitud]. De las que estábamos, si te digo la verdad, yo ya tenía echo lo de monitor de tiempo libre. Era la única que tenía el título y por estar más gordita yo no entré a trabajar.

Entrevistadora: ¿Pero te lo dijeron directamente?

Elena: Es que lo ves. Cuando tú tienes aquí a dos o tres personas y te están ignorando y solo hablan [con ellas]. Que te dan ganas de decir anda a la porra, que yo me voy.

Como el resto de participantes, Elena se mostró muy crítica y enfadada con los vetos que las personas gordas como ella encuentran para determinados trabajos. Su experiencia no cree que sea una excepción, indicando que sólo hay que fijarse en

el prototipo de persona que sale en televisión, para preguntar en voz alta “¿Tú ves a un presentador obeso? ¿Es que una persona obesa no te puede dar una noticia en un telediario? ¿Por qué no? ¿Es que no tiene lengua? ¿No tiene cabeza?”

Carmen, como limpiadora en un colegio también se resiste a considerar que una persona gorda no pueda hacer el mismo trabajo que el resto de personas. Aunque reconoce que cuando las compañeras de trabajo le dicen de buena manera que está un poquito gorda no se lo toma a mal. Sin embargo, su reacción es instantánea ante comentarios del tipo “¡Cómo puedes estar tan gorda y menearte de la forma que te meneas!”. En estos momentos, ella contesta enérgicamente “¡Porque soy gorda activa, y tú eres delgada y eres una vaga!”. Igualmente, ella tuvo que defender sus derechos cuando lo creyó necesario. Tal fue el caso cuando tuvo que acudir a un procedimiento de solución de conflictos extrajudiciales de su comunidad para conseguir que le dieran uniformes de su talla como al resto de trabajadoras, en lugar de tener que adaptarse el uniforme ella misma o comprarse por su cuenta el uniforme.

A pesar de que los participantes mostraron resistencias contra los estereotipos del cuerpo gordo, su identidad se vio dañada. Las identidades personales son construcciones narrativas complejas, que no están sólo formadas por la narrativa de la persona, sino que están afectadas por otras narrativas sociales fruto de la continua interacción de muchos relatos y fragmentos de historias que impactan en la vida de las personas. Por ello, la propia definición de los participantes no puede escapar del todo a las estructuras de significados que actúan como narrativas maestras o meta narrativas (Nelson, 2001, Frank, Sparkes); es decir, estructuras de significado compartidas que constriñen las maneras de pensar, sentir y actuar de las personas que lo forman. Estas narrativas maestras atrapan a los miembros de un grupo para caracterizarlos en cierto modo, no sólo por lo que los demás lleguen a pensar, sino porque tienen la capacidad de distorsionar y envenenar la auto percepción y las propias creencias de la persona (Nelson, 2001).

### **7.2.3. Identidades Deterioradas**

Un cuerpo gordo inspira respuestas emocionales negativas en los demás, pero mantenido en el tiempo termina también inspirando respuestas negativas en uno mismo. Por ello, la identificación de los participantes como personas gordas que son objetivo de estos significados y sentimientos altamente negativos termina

teniendo implicaciones para la identidad de la persona. Algunos participantes, especialmente en el caso de las mujeres, reconocieron cómo les afectaba ver sus cuerpos expuestos. En algún caso, los participantes intentaron mostrar que ellos habían conseguido imponerse a la influencia de una cultura negativa del cuerpo gordo (Murray, 2005a; Throsby, 2007). Los participantes intentaron reforzar su argumento de que la decisión de acudir a la cirugía bariátrica obedecía sólo y estrictamente a razones de salud. Por ejemplo, Alberto cae en contradicción cuando hace hincapié en que su operación se debe más por salud, y que nunca le ha afectado lo que los demás dijeran. En las palabras siguientes comienza afirmando que nunca le ha afectado los comentarios de los demás, pero termina reconociendo que sí le afectaron en el pasado.

Alberto: Soy una persona que nunca me ha afectado; me ha afectado más por el tema de salud, que por el tema de lo que piensen, realmente a mí lo que piense la gente de mí no es una cosa que me afecte. Me puede afectar más, pues eso, no poder estar jugando con mis hijos, no poder hacer 50.000 cosas, a nivel de mi pareja, de todo... que realmente lo que piense la gente de mí. Lo que piense la gente de mí no es una cosa que me afecte. Los demás hace ya mucho tiempo que no me afectan.

Alberto, sin embargo, llega a reconocer que existe una cultura gordofóbica de la que no puede escapar. Los mensajes de culto hacia determinados ideales de cuerpo han llegado a que “vayas por la calle y digan ‘coño ese gordo’, y se rían de ti”. Como llega a reconocer, es algo que no es que pienses, sino que se nota y lo ves día a día, incluso en niños de 3 y 4 años, los cuáles poca conciencia pueden tener sobre lo que dicen.

Alberto: Claro que me molesta, hombre es que, ¿Porque esté una persona gorda es que ya no tiene derecho a nada?... Es una persona normal igual que otra [...] Pues todo el mundo, parece que tenemos el culto al cuerpo. Todo el mundo tiene que tener un cuerpo perfecto, todo el mundo tiene que ser rubio, 1.90 con los ojos azules, tableta de chocolate... Y eso puede existir en las películas, que se dedican a eso, en la televisión... El resto, no.

El aumento de peso que habían experimentado los participantes había comenzado en muchos casos a afectarles en las actividades diarias, en tareas como atarse los zapatos, ducharse, vestirse y otras muchas cosas. Estas limitaciones en

algunos casos fueron claves para finalmente decidirse a operarse. Se percibieron como la gota que rebosó el vaso, como el punto de inflexión donde los participantes decidieron lo que venían ya rumiando durante mucho tiempo. Sin embargo, lo cierto es que la gordura comenzó a afectar a otros ámbitos de sus vidas mucho antes. Lejos de la limitación física, la gordura adquirió un carácter simbólico, convirtiéndose en el foco de sentimientos más generales de desconcierto o infelicidad. Al margen de las limitaciones físicas de su cuerpo gordo, todos los participantes explicaron que la apariencia de su cuerpo era un motivo de insatisfacción.

Las experiencias vividas por los participantes, bien directamente o a través de la vivencia de otras personas gordas, les había enseñado que los cuerpos gordos son considerados repelentes y moralmente incorrectos, los cuáles suelen despertar respuestas emocionales negativas. El peso exacerbó otras dificultades, como la timidez a exponerse a los demás o la propia confianza en ellos mismos. Algunas mujeres reconocieron sentir vergüenza de desnudarse ante el espejo o ante su marido o pareja. Al valorar su cuerpo, Alba valoró negativamente su cuerpo, aunque admitió que podía ser aún peor. Como nos comenta, estar lisa y sin formas podría ser peor. En cualquier caso, reconoce que su cuerpo no da “ni para un aprobado”. Carmen nos llegó a confesar que apaga la luz para tener relaciones sexuales con su marido porque no se gusta de cintura para abajo. Alberto comentó como su gordura le afectaba a la hora de estar con su mujer o sus hijos, para hacer su trabajo, y, como indica, en todo le afectaba porque no era capaz.

Alberto: Porque es lo que te estoy comentando. Yo desde que nací siempre he tenido el mismo problema. Vas a comprarte ropa y siempre estas con el mismo problema. En ese sentido, tú ves, dices “coño”, no es exagerado, pero es que todo lo que comes te engorda. Es que te vas a poner un pantalón y se te queda chico, es que te miras al espejo y dices “cojones”, si es que aquí hay 3 metidos en vez de uno. Son cosas que no lo relacionas. (...) No es que [el cuerpo] tenga mucha importancia para mí, pero te das cuenta que, por ejemplo, tú estás con tus hijos, estás con esto con lo otro. Hemos estado en la playa, y lo que hemos comentado, hasta los niños chicos muchas veces, pues joder, te intentan hacer daño a propósito. Notas las miradas, las cosas que dicen. ‘Mira tu padre como está’. Entonces dices, ‘cojones’, cada uno es como es. [...] Mirarte en el espejo, hombre, es normal. Tú ves a otros hombres y dices, pues siempre te gustaría tener mejor cuerpo. Ya no por el físico en sí,

sino ya a la hora de decir puedo salir a correr, puedo salir, tengo que estar siempre sentado en la esquinilla de la silla; tienes que tener cuidado cuando te sientas, te tienes que comprar un coche para estar más..., nada más que por el volumen que tienes.

Juan, por ejemplo, reconoció ser una persona frágil a la que siempre le ha afectado no sólo lo que digan de él, sino cómo le ven los demás. Como reconocía, le afectaba mucho que fuera andando y notara que le estaban mirando por estar gordo. Sentía ansiedad sólo de pensar que pudieran estar valorando su cuerpo de forma negativa. Estas situaciones han llegado a limitarle claramente las relaciones sociales. Como nos relata, intenta no quedar con nadie a las horas centrales del día, especialmente los días de más calor, porque sabe que se va poner a sudar y no va a estar a gusto con su cuerpo. Llega a calificar su cuerpo como “un desastre”, aunque deja claro que no se refiere a belleza, sino a las limitaciones que se pone. Tiene esperanza en que la operación, en la medida en que le ayude a bajar su peso, le ayude a ser más optimista y alegre. Juan claramente quiere dejar constancia que la operación no es una cuestión de belleza, sino de mejora de autoestima.

Al identificarse como personas gordas, los participantes eran muy conscientes de lo que ello significaba y de cómo sus cuerpos eran percibidos por los demás. Al interiorizar estos significados, mostraron sentimientos de autodesprecio y vergüenza por el tamaño de sus cuerpos, y, en algunos casos, asumieron la falta de capacidad para disciplinar su apetito por los alimentos. Los participantes habían internalizado los valores sociales del cuerpo gordo y eran conscientes que sus cuerpos reunían estos atributos. Sin embargo, aunque los participantes eran conscientes de tener cuerpos gordos, se resistían a que el cuerpo reflejara un yo interior.

En nuestra cultura se da importancia al exterior, al cuerpo, porque se cree que el cuerpo, en cierto modo, refleja el valor interior de la persona. Sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas eran particularmente críticas con su apariencia corporal, pero no con su forma de ser. De hecho, los participantes aseguraron que estaban bastante satisfechos con su yo. Los participantes explicaron que su cuerpo no pertenecía a ellos. Aunque los detalles podían diferir, la experiencia fue similar. En todos los casos manifestaron tener un cuerpo que nos les pertenecía. En general, los participantes llegaron a percibir su cuerpo como un estorbo extraño y alienante que transformaba su yo, de tal forma que no se correspondía con quién eran realmente o quién habían sido en otras circunstancias. Por ejemplo, Encarna

admitía que no se reconocía cuando se miraba al espejo. Desde la subida de peso tan grande que experimentó en la Universidad no se quería mirar al espejo, porque no era consciente de lo grande que era su cuerpo. Del mismo modo, Andrea cuando se le pregunta por su cuerpo llegó a manifestar que “mejor ni verlo”. Laura también reconoce que ha llegado a un peso donde ya su cuerpo le limita a hacer cosas que antes hacía más fácilmente. Aunque reconoce que el cuerpo limita a llevar una vida tan activa como antes, también reconoce que le gusta estar bonita, que pueda ir a comprar ropa y encuentre de su talla. Como dice Laura, se siente “como atrapada en una jaula donde esa jaula es el cuerpo”, y le falta sentir que su personalidad pueda seguir desarrollándose, poder seguir siendo activa.

Antes de la operación Miriam también describió su cuerpo como “la vía que me permite estar en el mundo”. Para ella su cuerpo no tenía mucho valor, más allá de ser quien le lleva a todas partes. El cuerpo se convertía en una parte que parecía no integrarse en su persona. Como una máquina o vehículo que transporta a la persona y, como dejó claro Miriam, lo que ella prioriza es “que le lleve sin dolores de espalda, sin dolores de rodilla, sin asfixiarme y esas cosas”. Manuel también reconoce que le gustaría ser más delgado, pero no cambiaría nada como persona. Fátima llega también a valorar su cuerpo como ‘supernegativo’, pues como dice, “nunca he llegado a estar como estoy ahora”. Sin embargo, como en el caso de los otros participantes, la valoración que Fátima hace de su cuerpo contrasta con la valoración que hace de su persona.

Fátima: Soy súper sociable. Yo creo que soy una persona muy abierta. Soy una persona muy directa, que si te ha dado es porque estabas en medio. Yo creo que en teoría me consideran una persona muy muy sincera y simpática. Ósea, que no tengo... Tengo mi mala leche, eso está claro (risas). Pero que normalmente me cuesta... Yo me considero una persona súper generosa, súper honesta y, sobre todo, amiga de mis amigos.

Pablo, mecánico jubilado a sus 42 años manifiesta esa dicotomía cuando se valora como persona. Se siente orgulloso de sí mismo, de llegar donde ha llegado, de los estudios que ha podido realizar y, en general, de la capacidad de desenvolverse en la vida. Sin embargo, cuando surge la pregunta sobre cómo valora el cuerpo, la descripción cambia drásticamente a una valoración negativa. No le



gusta su cuerpo, le limita a realizar muchas cosas que hacía antes y, para él, es importante cambiar el cuerpo para volver a estar bien consigo mismo.

La dicotomía fue claramente resaltada en todos los participantes. Ante la pregunta de qué persona le gustaría llegar a ser, las respuestas eran unánimes. Todos afirmaron que les gustaría seguir siendo como eran como personas ahora mismo, pero que su cambio era más una cuestión de físico, de peso. No hubo ningún participante que dijera que le gustaría ser otra persona, simplemente a todos le gustaría tener un cuerpo diferente, en ocasiones les bastaba con tener el cuerpo que habían llegado a tener antes.

Los participantes habían internalizado los valores sociales del cuerpo gordo y eran conscientes que sus cuerpos reunían estos atributos. Sin embargo, los participantes se resistieron que el cuerpo reflejara un yo interior. Por esto, cuando a Fernando se le requiere que se defina a sí mismo no duda en afirmar que es “una persona afable, de bien. Es decir, sin problemas. No tengo cosas psicológicas, sin problemas... Lo único es que físicamente, es la parte que más me cuesta”. En su respuesta quiere dejar claro que aprecia como él es; en todo, menos en su cuerpo. Como él afirma, el cuerpo es el problema, lo que no encaja en su identidad, y llega a apostillar, “en lo demás, normal”. Como el resto de participantes resalta que el problema no es la mente, sino el cuerpo indicando que “mentalmente estoy bien. Es decir, que no tengo ningún problema. El problema que tengo es de kilos. No de mente ni nada de eso”.

Noemi llegó a asimilar la operación como la lotería. Con la operación busca cambiar el cuerpo, pero no la personalidad. Igualmente, si le tocara la lotería no cambiaría su personalidad, simplemente pasaría a tener un poco más de estabilidad económica, lo que le permitiría comprar cosas que antes no se podría permitir. La operación le permitiría de nuevo hacer las cosas que antes había podido realizar. Llega a decir que si le fueran a quitar con la operación su actitud alegre sería un mal asunto.

Antes de la operación todos los participantes habían mostrado una valoración negativa de su cuerpo, aunque no de su personalidad o de cómo eran. Algunos reconocían más abiertamente que el peso de su cuerpo les afectaba más allá de las limitaciones físicas para el día a día. Tal era el caso de Luisa, que no dejaba que nadie viera lo que pesaba. Otros, sin embargo, quisieron mostrar una cara menos

vulnerable y llegaban a afirmar que estaban ya más inmunizados ante lo que los demás pudieran pensar u opinar. En cualquier caso, todos mostraron una actitud de esperanza ante la operación de pérdida de peso. Muchos participantes resaltaron que no aspiraban a tener una figura delgada, simplemente a perder suficiente peso para llegar a ser sanos. Sin embargo, las diferencias que establecían los participantes entre estar sano y enfermo mantenían una delgada fina con la división entre ser normal y anormal. No cabía duda que para los participantes estar sanos era asemejado con tener un cuerpo normal. Así, aunque evitan en todo momento que su decisión se pueda entender como una cuestión de belleza, lo cierto es que la cirugía se convirtió en una forma legítima de restablecer el cuerpo a un peso más aceptable para ellos. No esperaban que la cirugía los transformara milagrosamente en otra persona, pero sí le proporcionara experiencias de menos vergüenza y más autoaceptación.

#### **7.2.4. Cirugía y Restauración de la Identidad**

Los participantes expresaron relatos de lucha continúa desde pequeños contra el peso, a través del ejercicio y, sobre todo, las dietas. Dado el fracaso que en todos los casos ha supuesto el continuo esfuerzo por controlar el peso a través de las dietas, la cirugía fue presentada como el último recurso. Antes de la operación sus narrativas en relación con la cirugía fueron expresadas como narrativas de esperanza, en las que articulaban un futuro mejor y más brillante. Un futuro en donde con menor peso se sentirán más atractivos, saludables y aceptados por los demás y ellos mismos. Así, la cirugía fue esperada como la vía que les permitiría lograr la mejor versión de ellos mismos

Ninguno de los participantes afirmó haber tomado la decisión de operarse de forma precipitada. Todos coincidían en que era una decisión que habían estado barajando durante mucho tiempo. Muchos de ellos reconocieron que el miedo a los posibles riesgos le habían frenado durante muchos años a decidirse. Sin embargo, todos habían llegado a una situación donde su sufrimiento era insoportable. Algunos habían esperado durante años la lista de espera para poder operarse por la sanidad pública, mientras otros reconocían que no habían podido esperar y habían decidido acudir a la sanidad privada. En todos los casos, la decisión estaba tomada y esperaban el momento con una gran esperanza. La cirugía se presentó como el paso final de una trayectoria de sufrimiento, un intento de aliviar un problema que se había

vuelto insoportable. Por ejemplo, Alba intenta describirnos el día a día de vivir en un cuerpo gordo y, tras un largo periodo de espera, que expectativas le despierta la posibilidad de operarse.

Alba: A ver, ya te digo, días mejores, días peores. Días de verme en el espejo y bff... Eso para mí es el día a día. Si que es verdad que hay, yo creo que hay un cambio en mi manera de percibir la obesidad desde que decido operarme. La veo como... Bueno, a parte por la operación y tal, yo he soñado miles de veces con que me operaba. Además, he soñado estando en el quirófano. Porque es una cosa que tengo muchas ganas y tengo ganas de que sea ya. Es una cosa que se me..., ósea, quiero que sea ya, quiero que sea ya. Porque quiero empezar cuanto antes a, a , a...a cambiar mi vida. Quiero que sea cuanto antes mejor. Estoy muy ansiosa por operarme.

Esta esperanza depositada en la cirugía que los participantes expresaban puede reflejarse vivamente en el comentario que Alba nos hacía cuando por fin se pusieron en contacto con ella para anunciarle su operación. La noticia se la anunció el propio cirujano que la operaría, al mismo tiempo que le ofrecía la posibilidad de participar en un estudio de investigación para controlar el peso y otras medidas fisiológicas. En una segunda entrevista con Alba, y en la seguridad de haber sido ya operada, nos reconocía por qué aceptó la oferta del doctor:

Alba: ¿En el momento sabes lo que pensé? Pensé, si digo que no capaz que no me operen. Fíjate. Yo dije, sí, sí, sí...Y [el doctor] me dijo, ¿si te lo quieres pensar? Y yo [respondí] no, no, no. Yo lo firmo. Lo firmo dónde sea. Vamos, habría vendido mi alma al diablo.

La cirugía activa también en Carmen una posibilidad y una esperanza, hace mucho tiempo perdida, de recuperar un cuerpo con menos peso. Como afirma, “voy a estar más a gusto cuando esté más delgada, porque estaré más a gusto conmigo misma, con mi pareja... y en cierto modo también por la sociedad”. La operación le plantea nuevos retos, le sitúa de nuevo en el proyecto de recuperación de su identidad y, con ello, en un cuidado del cuerpo.

La operación de peso supuso un cambio en la vida de los participantes. Ainhona llegó a reconocer que antes de la operación no salía a la calle porque le daba vergüenza, se comparaba constantemente con otras chicas, no podía comprarse ropa, porque nada le entraba. En comparación, tras la operación relata

que sale más, se compra más cosas, porque como señala, ha pasado de usar una XXL a una talla S. Esto le llena de satisfacción y le ha ayudado a mejorar su autoestima. Muestra de ello reconoce que ahora ha comenzado a sacarse fotos del cuerpo, cuando antes sólo se sacaba fotos de la cara.

Tras la operación los participantes reconocieron que recuperaron en algún modo su cuerpo y les permitió ser más como la gente normal. Antes de someterse a la cirugía bariátrica habían llegado a percibir su cuerpo como algo que no fuera con ellos, algo que le había hecho parecer otra persona, un tipo diferente de lo que ellos sentían que eran. La cirugía cambió todo drásticamente. La operación supuso volver a una vida como la gente corriente. Tras la operación Carmen reconocía que debía empezar a adelgazar y, con ello, aspiraba a tener unas “carnes más prietas”. Pero como reconoce, no se trata de belleza o estética, sino de estar bien consigo misma. Alberto indicaba que se había ido a comprar un pantalón y una camisa en el mercadillo, dejando claro que esto no lo había hecho en la vida, simplemente por el hecho de que no encontrar su talla y tener que ir siempre a “tallas especiales”. Estas situaciones es lo que hace que Alberto comience a vislumbrar la posibilidad de verse, y que lo vean, como una persona normal. La operación ha supuesto un giro en su vida.

Alberto: Un cambio como de la noche al día, físicamente y psicológicamente. Aunque ahora llevo unos mesecillos con esto del covid que estoy bastante frenado porque estoy con poco movimiento. He tenido que dejar el gimnasio y otras cosillas más, pero bueno, el cambio sí lo he notado.

P: ¿en qué ha cambiado tu vida desde la operación?

R: En todo, cosas que no podía hacer antes, puedo hacerlas, de estar para arriba, para abajo, algunas mañanas no salía de mi casa, de la de mis padres, estaba cansado física y psicológicamente.

Para que nos podamos hacer una idea de lo que supone la gran cantidad de peso que pierden las personas tras la cirugía bariátrica. Alberto nos llega a reconocer que de tener que ponerse camisetas de la talla 7 u 8 XL ha pasado a usar de la talla XL. La operación abrió nuevos retos a los participantes, nuevas expectativas que afrontar. Como reconocieron mucho de ellos, la operación le ha dado la oportunidad de dedicarse a ellos mismos, de cuidarse, de hacer cosas nuevas, o hacer cosas que habían dejado de hacer hacía tiempo. Como reconoce Alba, siempre ha sido coqueta,

estando gordita también lo era, pero ahora es cuando la pérdida de peso le permite practicarlo. Las relaciones sociales han cambiado para Alba. Sale más, publica lo que hace en las redes sociales y la gente no deja de apreciar el cambio. A veces gente que ha visto en tiempo no llega a reconocerla a primera vista. Es más, la foto del DNI ha llegado a cambiarla porque, como afirma “no era la misma”.

Hubo en general un antes y después de la operación a la hora de hablar de sus experiencias con el cuerpo y su modificación a través de la cirugía. Antes de la operación los participantes ofrecieron una actitud a la defensiva cuando se le preguntaba por los motivos de la operación. La salud era rápidamente esgrimida como la principal y, a veces, único motivo por el que se operaban. Se mostraban muy críticos con aquellas personas que acudían a la cirugía simplemente por motivos de estética. En todos los casos, llegaron a afirmar que ellos nunca se operarían simplemente por estética. Por ejemplo, antes de someterse a la cirugía de pérdida de peso Carmen describió como su cuerpo impedía que las persona la vieran como realmente era. Aun cuando su cuerpo no le gustaba, antes de operarse reconoció que no se sometería a una operación que no fuera por salud.

Carmen: Como mujer y femenina que soy a mí me gusta estar bien. [El cuerpo] si tiene importancia. Porque en el momento que me pongo a dieta, me veo mejor, más delgada... O sea, que también me gusta estar bien, ¿no? Pero lo que no me metería en una operación que es un poco agresiva por estética, ¿vale? (...) Yo quiero verme bien pero que tampoco es una cosa, ¿me entiendes? Quiero estar bien porque estaré más ágil, estaré mejor para mi trabajo, mejor con la enfermedad. Y estética, ¡qué me gusta estar guapa oye! Porque soy femenina.

Entrevistadora: ¿No se puede estar obesa y guapa?

Carmen: No. Me veo feo mi cuerpo. Yo de aquí para arriba soy guapísima [gesticula dividiendo con su mano la línea entre cuerpo y cabeza]. Ósea, me quiero mucho. Pero yo, lo que es de aquí para abajo ni me miro.

Aunque los participantes en ocasiones fueron reacios a valorar la importancia de la imagen corporal, sus testimonios pusieron de relieve que apariencia e identidad van de la mano. Fue operarse y Carmen claramente parecía sentirse más cómoda con su cuerpo. No sólo se deleitaba con mostrar su cuerpo, sino que sentía que podría mostrarse a sí misma. Con mucha más confianza en sí misma, y a pesar de lo

que puedan decirle, tras la operación Carmen relata cómo está aprovechando ahora para ponerse minifaldas o ropa que antes no se ponía y, en general, aprovechando para hacer lo que antes no ha hecho. Esa recuperación de un cuerpo normal le lleva a plantearse un interés por su imagen, que antes parecía estar dormido. Paradójicamente, la cirugía estética le permitió convertirse en la persona que creía que podría haber sido.

Carmen: Yo no soy una persona que vive por su cuerpo. Yo quiero estar Bien. Porque si te digo que quiero estar como antes [de la operación] te estoy engañando. ¿Me entiendes? Ahora mismo me veo mejor. Me veo más guapa. Me puedo poner cosas que antes no podía. Me cuesta más barato también porque, ya sabes tú, lo que es las tallas grandes también conllevan un gasto. Ahora pues me lo pongo todo. Me intercambio ropa con mi hija, es lo que mejor llevo y cosas así.

Entrevistadora: ¿Te ves como una persona distinta?

Carmen: Soy una persona distinta. Porque entre tanta grasa y tanta enfermedad, me he recuperado a la persona de cuando yo tenía treinta años. ¿Me entiendes? Yo con el tercer hijo empecé a engordar y eso. Pero ahora he vuelto a ser yo. (...) Ahora me voy a poner pecho. Me quiero como soy. Me quiero quitar las pieles porque han sido muchos kilos. ¿Me entiendes? (...): Me van a reconstruir el ombligo porque tengo tres cesáreas. Imagínate el pecho, imagínate. De tener una ciento veinte a utilizar ahora una ochenta y cinco o noventa. Porque yo no tengo pecho, soy de poco pecho. Pues claro, tengo las brevas ahí colgás [risas].

La actitud defensiva de los participantes parece cambiar cuando se someten a la operación y consiguen perder cantidades importantes de peso. La actitud defensiva parece dar paso a un cierto reconocimiento del cuerpo, que previamente había sido rechazado por ellos mismos. Este cambio de actitud reflejaba en cierto modo las nuevas experiencias que les permite vivir ahora su cuerpo. La cirugía de pérdida de peso les permitió cambiar las experiencias con su cuerpo y, con ello, la posibilidad de mostrar y celebrar lo que habían sido hasta ahora un tema silenciado o molesto. Antonia destaca como la pérdida de peso tras la operación le permite valorar más su cuerpo. Como otros participantes, percibe que ha vuelto a las medidas de la normalidad. Esto le ha supuesto revivir el cuerpo como una parte de nuevo de

su yo, una parte que ahora sí le interesa dedicarle tiempo. Como llegó a afirmar, “las personas que estamos más gorditas la ropa siempre son de [personas más] mayores. Menos bonita la ropa. Menos atrevida”. La pérdida de peso le va animando a cambiar de ropa, no sólo por la talla, sino a probar nuevos colores. Colores menos oscuros a los que reconocía haberse limitado cuando se veía gorda. En sus palabras, ahora “te atreves con otras cosas que a lo mejor no te las veías antes”.

A través de sus historias los participantes narraron sus experiencias del cuerpo antes y tras la cirugía. Con estas historias los participantes definieron, elaboraron y dieron sentido a su cuerpo y cómo estos significados cambiaron tras los efectos de la cirugía. Se trata de todo un proceso reflexivo donde cada participante deliberó y reconstruyó continuamente su relación con el cuerpo. Así, los participantes a la vez que narraron sus experiencias fueron construyendo su identidad, y ésta fue teniendo sentido y coherencia en función del momento biográfico que fueron narrando. Los participantes a través de sus relatos intentaron crear una continuidad temporal entre su yo pasado y presente. Intentaron crear una identidad funcional, donde consideraron que la cirugía no sólo había cambiado su cuerpo, sino que le había devuelto a una posición que algún día tuvieron. Como algunos participantes describieron, ahora habían vuelto a ser ellos.

Sin embargo, lejos de ser un proceso perfecto, la cirugía supuso una lucha dolorosa e intensa para integrar su cuerpo con su sentido de sí mismo. Supuso una “cura incierta” (Throsby, 2012), pues aunque en muchos casos la operación tuvo éxito en términos de objetivos específicos definidos médicamente, los participantes tuvieron que negociar física y socialmente su nuevo cuerpo. Tal fue el caso de Miriam, quien tras la operación presentaba grandes dilemas de identidad y, sin embargo, fue la primera vez que un médico le decía que estaba sana. En sus palabras, refiriéndose al médico le recriminaba que “no me has preguntado cómo me siento, no me has hecho una evaluación psicológica. Estoy sana porque he perdido X de peso y, según tú, ya estoy sana. Pero mírame, a lo mejor estoy menos sana que antes”.

La operación produjo una transformación física de gran magnitud. En algunos casos los participantes llegaron a perder hasta 70 u 80 kilos. Tal cantidad de pérdida de peso requería algo de tiempo para acostumbrarse e implicaba en los participantes el tener que reconocer e integrar su cuerpo en su yo. Elena llegó a hablar de gordura emocional, para referirse a que, aunque te hayan operado del cuerpo, la cabeza

necesita ir asimilándolo. Reconoció que la asesoría recibida tanto psicológicamente como en la nutrición no había sido buena, de tal modo que tuvo que buscarse la vida a través de Instagram. En su caso se ha ido formando sola, porque como vuelve a insistir, “te operan del estómago, de la cabeza no”. El cambio es tan rápido que necesitan un tiempo para adaptarse a este nuevo yo.

Sea como fuere, los relatos de los participantes dan cuenta que la cirugía es mucho más que intervenir en el cuerpo de una persona. Al intervenir en el cuerpo, el cirujano interviene, consciente o inconscientemente, en la identidad de la persona. Así, los participantes se operan, en una gran parte por no encontrarse a gusto con su cuerpo y no sentir que sea parte de ellos, por lo que la cirugía abre nuevos retos para la identidad. En principio, porque al volver al peso similar al que tenían muchos años atrás comienza un proceso de integración de su cuerpo con su sentido. En segundo lugar, porque, aunque el peso en ocasiones puede llegar a ser similar, el cuerpo no es idéntico. La cirugía deja marcas, y también el cuerpo va modificándose por la edad, todo deja nuevos retos. Comienza un proceso de integración de su cuerpo con su sentido de sí, y necesitan establecer una línea de continuidad entre quiénes eran, quiénes son tras la operación, y quiénes quieren llegar a ser.





## 8. Discusión



## 8.1. Manejando el Estigma de Peso Asociado a la Cirugía Bariátrica

El primer objetivo de esta tesis fue examinar como los participantes explicaron narrativamente su decisión de someterse a una cirugía bariátrica, y cómo durante este proceso manejaron la estigmatización que puede suponer tal decisión. Para dar cuenta de este objetivo, en la primera parte de los resultados se presentaron las explicaciones, que personas clasificadas médicamente como obesas mórbidas, dieron sobre la trayectoria de peso que le habían llevado a tomar la decisión de operarse para reducir su peso. En concreto, los participantes explicaron su trayectoria a través de tres momentos clave como son el origen de su peso, el fracaso por controlarlo, y la irremediable decisión de tener que operarse como último recurso para poder solucionar el problema del peso. Los relatos proporcionan un medio importante de acceso a la experiencia personal de estas personas y al modo preferente por el que construyen su identidad. Aunque la combinación de recursos utilizados hace cada explicación particular, existe una estructura común en los relatos de los participantes que presenta la cirugía y su decisión de acudir a ella como una solución médica de la que son merecedores.

Los participantes narran su desventaja genética de la que parten para controlar el aumento de peso, pero también la desventaja biológica que afecta a su diferente metabolismo para gestionar el balance de energía consumida y gastada. La disposición genética y su diferente metabolismo funcionan como un recurso permanente en la biografía de los entrevistados para justificar por qué en su caso los intentos por mantener el peso a raya, a través de las dietas y el ejercicio, no han funcionado. Con esto, los participantes parecen alinearse con las narrativas ofrecidas por algunos activistas de la gordura (Bacon, 2010; Bacon & Aphramor, 2014; Burgard, 2020; Wann, 1998), al resaltar que su peso se debe a la diversidad de metabolismos y a la existencia de diferentes formas de cuerpo. Es decir, reivindican la variedad y el derecho a poseer diferentes formas de cuerpo, y, con ellos, se defienden de que ser gordo sea un producto fruto de los hábitos o comportamientos elegidos por la persona. Esto puede ser visto hasta cierto punto como una resistencia y un acto político para reivindicar los mismos derechos que otros colectivos que han sido marcados por su sexo, orientación sexual, raza, etc. (Cooper, 1997). Sin

embargo, esto puede ser problemático al menos por dos razones. En primer lugar, porque estos sujetos pueden albergar la esperanza de que una explicación genética y biológica de su obesidad pueda evadir la acusación del fallo moral y, con ello, disminuir el potencial de reducir la estigmatización. Sin embargo, las atribuciones genéticas y biológicas no anulan la indeseabilidad de un cuerpo gordo. Por lo tanto, podría incluso incrementar el estigma, por ejemplo, al hacer que un cuerpo gordo sea visto como un cuerpo defectuoso, enfermo, o al menos físicamente distinto. Como si se tratara, en algún modo, de un ser o una especie diferente (Phelan et al., 2015). En segundo lugar, porque las explicaciones sobre el cuerpo gordo no desafían por sí la suposición de que la gordura es un problema, lo que se alejaría de las posiciones mantenidas desde los movimientos de aceptación del cuerpo gordo (Bacon & Aphramor, 2014; Burgard, 2020). Como ha señalado Boero (2013), el hecho de uno busque las causas e intente justificar su gordura refleja que para esa persona el hecho de ser gordo es en sí mismo socialmente indeseable.

En esta línea, el hecho que los participantes hayan complementado su explicación, predominantemente basada en factores genéticos y biológicos, con otros recursos que relatan las circunstancias que le acompañan durante su vida, podría reflejar una internalización de que el cuerpo gordo es socialmente indeseable. Los participantes recurrieron a relatos sobre los malos hábitos alimentarios y sedentarios durante la infancia, con lesiones y enfermedades sobrevenidas durante su vida, y otra amplia variedad de acontecimientos que vinieron a tirar por tierra los intentos por controlar el peso corporal. De acuerdo con el concepto clásico psicológico del locus de control, todas estas explicaciones comparten características con atribuciones externas, que ayudan a mitigar la percepción de la responsabilidad de los individuos y puede verse como una manera de resistirse al fallo moral que supone el discurso de la obesidad (Throsby, 2007, 2009, 2012).

Una cuestión clave en esta tesis doctoral ha sido examinar cómo los individuos, que presentan identidades marginadas y deterioradas por la estigmatización de su peso, dan significado a su estatus subordinado y se involucran con los discursos dominantes que buscan mantener su estigmatización. Los participantes son conscientes de la existencia de desigualdades y barreras estructurales que socaban la identidad al reafirmar el estereotipo de los gordos como descuidados, sucios, incapaces y perezosos. No obstante, los participantes intentan subvertir la afirmación de que la gordura es el resultado de la falta personal o fallo

individual por controlar el peso, argumentando que, en su caso, un factor genético o hereditario explicaría mejor su peso. De hecho, la estrategia del enfermo es utilizada por los participantes como justificación para someterse a una cirugía de pérdida de peso y como forma de presentarse como merecedores de la operación. Sin embargo, cabría preguntarse cómo debería ser interpretado el hecho de que los participantes defiendan rotunda y unánimemente la idea de que la operación tiene que ver con una cuestión estrictamente de salud, nunca de apariencia, al mismo tiempo que sientan insatisfacción por sus cuerpos y, en esta línea, la modificación del cuerpo por medio de la cirugía les vaya a permitir situarse más cerca de los ideales occidentales de un cuerpo social y culturalmente aceptado.

La explicación tal vez más obvia pueda venir dada por el hecho de que los relatos de los participantes sobre sus razones para someterse a la cirugía bariátrica se hacen en un contexto cultural donde predomina una narrativa de lucha contra la obesidad y en defensa de la existencia de una epidemia de obesidad. En este contexto es comprensible pensar que algunas estrategias discursivas tengan más probabilidades que otras de hacer llegar sus experiencias de sufrimiento y, con ello, defender su decisión ante sí mismos y los demás. No debemos olvidar que tanto el sentido común de los legos, como las interpretaciones científicas, tienden a evitar toda vinculación de la cirugía bariátrica con la belleza. La narrativa de los participantes refleja en una parte los discursos prevalecientes en la cirugía bariátrica. Estos discursos pueden hacer que la vanidad excesiva de reconocer que operarse puede hacerles tener un cuerpo más acorde con los cánones de belleza sea reprobable e incluso moralmente pecaminoso. De este modo, los participantes tienen más probabilidades de presentarse como merecedores de la cirugía bariátrica si se presentan ellos mismos como enfermos, en lugar de personas que no han podido o querido controlarse, y ahora recurren a solucionar, de manera fácil, un cuerpo que ha sobrepasado los estándares de normalidad y belleza.

Los participantes se enfrentan con la cultura negativa de la gordura (Murray, 2005a; Throsby, 2007), que sitúa la grasa corporal como un problema individual y social que hay que atajar, y a los gordos como los principales culpables de su propia situación (Gard & Wright, 2005; Saguy, 2013). Esto ejerce una fuerte presión en los participantes en su intento por construir una identidad socialmente aceptable (Taylor, 2006). Pero esto deben hacerlo en interacción con otras personas y dentro de una sociedad que ha declarado la guerra a la obesidad (Boero, 2012; Campos,

2004; Gard & Wright, 2005). Debido a las cualidades indeseables y el carácter abominable y abyecto (Goffman, 1963; Kristeva, 1982) que su gordura representa para sí y los demás, evitan que la culpa de su gordura recaiga en ellos mismos. Por lo tanto, los participantes manejan su identidad dentro de unos recursos culturales que, por otro lado, se muestran limitados. A la hora de explicar el origen de su obesidad fundamentalmente basado en factores genéticos, biológicos y personales, sus relatos apenas cuestionan los aspectos estructurales y sociales de la epidemia de la obesidad. En otras palabras, los recursos utilizados a la hora de explicar el origen de su obesidad y los motivos de decidir operarse parecen situarlos lejos de interpretaciones políticas, sociales y éticas más amplias y alejadas del discurso público dominante.

Para integrar su decisión de operarse dentro de un yo coherente, los participantes recurren a presentarse como enfermos y, con ello, merecedores de ser operados. Como ha demostrado Frank (2013), la idea de restauración del cuerpo es una narrativa dominante que determina los relatos de los enfermos en las sociedades occidentales. Esta narrativa de restitución promulga una interpretación mecanicista del cuerpo, donde el peso excesivo se produce dentro de un cuerpo que es considerado enfermo o que no funciona apropiadamente. Bajo este esquema interpretativo, es recurrente la metáfora del cuerpo como máquina. De este modo, para corregir el defecto de origen que trae el cuerpo obeso éste debe ser reparado a través de la cirugía bariátrica.

Los participantes se resisten a la cultura negativa de la gordura con los recursos narrativos que tienen a su alcance y que corresponden con una narrativa médica de la restauración del cuerpo. Esto pone de relieve que las personas construyen su relato biográfico dentro de los contextos discursivos en los que adquieren significado. Aunque otros discursos públicos existen, estos se muestran marginales y apenas al alcance de los participantes. Los relatos individuales de este estudio se despliegan o se limitan constantemente en relación con las estructuras de significado establecidas. La narrativa de la restitución de un cuerpo que está enfermo es un marco cultural a través del cual los participantes interpretan y dan sentido a su trayectoria de peso y a su decisión final para operarse. Esta narrativa de restitución es preferida por aquellos cuerpos gordos que han decidido operarse, porque operarse es visto en cierto modo como una (la única) forma de corregir un cuerpo que es indeseable. De este modo, los participantes intentan encajar sus

narraciones ontológicas dentro de las narraciones populares a las que tienen acceso (Somers, 1994), y esto les permite dar un sentido coherente al yo.

La narrativa médica de un cuerpo enfermo que hay que restaurar parece funcionar como un esquema o guion, a través del cual los participantes de este estudio entienden el mundo (Frank, 2013). Esto puede tener consecuencias positivas y negativas para ellos. Por un lado, esta manera de interpretar el mundo ayuda a los participantes a mejorar su autoestima e intentar reducir el sentimiento de estigmatización con la modificación de su cuerpo. Sin embargo, los riesgos potenciales para los gordos que construyen su identidad en base a un cuerpo enfermo se relaciona con las posibles dificultades que podrían encontrar en el proceso después de la operación. Una fuerte identidad basada en tener un cuerpo normal corre el riesgo de graves trastornos emocionales tras la operación, especialmente para aquellos participantes que no consigan los resultados esperados. La adhesión de los participantes a una estrategia, que sirve de excusa ante el fallo de haber podido controlar su peso, es problemática porque refleja las concepciones dominantes sobre la obesidad. Conforme a estas concepciones, los participantes muestran sentimientos de inadecuación de su cuerpo al estado normal, de tal modo que la operación es probable que sea un modo de acercarse a ese estado. Así, una falta de acceso a otros recursos sobre los que construir su identidad puede limitar la posibilidad de aceptar otros modelos de cuerpo que se desvíen de los ideales socialmente aceptados.

Pero incluso en aquel porcentaje de pacientes donde la operación pudiera ser un éxito en cuanto a una pérdida de peso importante, la narrativa de un cuerpo enfermo que hay que restaurar puede ser problemática. Esta narrativa olvida la interacción de la persona con su cuerpo material y gordo, y como a través de ese cuerpo gordo se ha relacionado con el mundo exterior. Así, la transformación del cuerpo mediante una pérdida importante de peso puede ser problemática porque el cuerpo no es como una prenda de vestir que pueda poner o quitarse a voluntad (Davis, 2013). Como discutiremos seguidamente, la persona arrastra una historia, muchas ellas de sufrimiento en la interacción con los demás. Por lo tanto, la transformación del cuerpo requiere un proceso de negociación lento y continuado donde la persona va construyendo una nueva identidad. Es por ello que las políticas de gestión de la cirugía bariátrica no deberían ignorar la especificidad de los cuerpos,

de cara a comprender la experiencia corporeizada de los participantes dentro de los contextos históricos, sociales y culturales en los que ha trascendido su vida.



## 8.2. Dilemas de Identidad Asociados a la Cirugía Bariátrica

Un segundo objetivo de la tesis doctoral fue explorar cómo las personas que habían decidido someterse a una operación de cirugía bariátrica construyeron sus identidades, dando sentido a sus experiencias y a la decisión de operarse mientras navegan por el estigma social asociado a la gordura. Nuestro análisis reflejó que los participantes mostraron una identidad estigmatizada y dañada, situando la decisión de operarse como parte de una estrategia de reponer su identidad. No obstante, el proceso no debe entenderse como perfecto, dado que la nueva situación que comienzan a vivir tras la operación no parece estar exenta de nuevos dilemas a afrontar.

En las narrativas examinadas se revelan temas de estigmatización social e institucional. Los relatos de los participantes revelan de forma clara las percepciones sociales sobre las personas gordas, marcándolos como individuos desmotivados para controlar su peso, incapaces de disciplinarse y limitadas para el esfuerzo y el trabajo. Los participantes relataron numerosos episodios donde percibieron que sus oportunidades se vieron limitadas por ser gordos. Estos relatos reflejan la narrativa dominante contra la obesidad (Campos, 2004; Gard, 2011b; Ross, 2005) o la predominancia de una cultura negativa sobre la gordura (Murray, 2005a; Throsby, 2007). El cuerpo gordo es considerado una desviación, producto de un comportamiento o funcionamiento anormal de la persona o del mismo cuerpo. Así, la desviación del cuerpo gordo produce una estigmatización en los participantes al percibir que continuamente intentan culpabilizarles del fallo o déficit moral, representado por su conducta inapropiada o incorrecta de poder controlar el peso. Esta estigmatización conlleva discriminación, o lo que Nelson (2001) califica como privación de oportunidades. De acuerdo con esta autora, las personas sienten su identidad deteriorada cuando los grupos que ocupan posiciones más relevantes en la sociedad les consideran de menor valía, menos capaces y dignos para ser respetados. Esta consideración les priva de posibilidades, les impide ocupar posiciones y roles sociales valiosos, o establecer relaciones sociales que les afectan a su vez a cómo se ven a sí mismos. Esto muestra claros ejemplos de la discriminación que estas personas reciben. Las situaciones de estigmatización y discriminación que relataron los participantes en el estudio pueden derivar en consecuencias adversas para ellos. Los estudios han mostrado que las personas

gordas tienen más probabilidad de estar desfavorecidas social y económicamente (Boswell, 2016). Estadísticamente tienen más probabilidades de vivir en la pobreza, ganar menos ingresos, tener más probabilidad de desempleo, tener niveles educativos más bajos, estar empleados en trabajos menos cualificados y, en general, tener niveles de vida más bajos (Y. Kim et al., 2019; Salmasi & Celidoni, 2017).

Además, la identidad de los participantes se vio deteriorada en la medida en que ellos mismos asimilaban o internalizaron algunos mensajes que sustentan una concepción despectiva sobre las personas gordas, produciendo una autoestigmatización (Jiménez-Loaisa et al., 2020) y reflejando el grado de infiltración que estos llega a tener en la persona (Nelson, 2001). Las historias sobre los episodios vividos antes de la operación revelaron el impacto de los estereotipos de las personas gordas sobre sus oportunidades y su infiltración inconsciente, dejando ver la injusticia de las limitaciones estructurales a las que los participantes tuvieron que hacer frente.

Al margen de la atribución de estereotipos sociales al cuerpo gordo, los participantes mostraron sentimientos de vergüenza y rechazo de su cuerpo como consecuencia de internalizar los estereotipos negativos hacia un cuerpo gordo. Estos sentimientos se tradujeron en limitaciones que los propios participantes se imponían para hacer cosas que habían realizado anteriormente, tales como viajar en avión, ir a comprar ropa, o visitar más a menudo a especialistas en el sistema de salud. Estas conductas deben ser entendidas como producto de la discriminación indirecta (Lewis et al., 2011) que mostraron los participantes. Este tipo de discriminación no debe ser infravalorado, dado que la limitación de la propia persona para recibir servicios esenciales puede acarrear graves consecuencias para ella. En esta línea, estudios previos han mostrado no sólo que las personas gordas reciben menos dedicación y tiempo en las consultas médicas que los pacientes delgados (Anderson & Wadden, 2004; I. Brown et al., 2006), sino que ellas mismas suelen tender a acudir menos a consulta por los prejuicios que suelen percibir (Ferrante et al., 2006; Mitchell et al., 2008). Así, algunos autores han sugerido que el mayor índice de mortalidad de las personas obesas que la literatura informa podría ser explicado por el estigma de peso (Puhl & Heuer, 2010). De hecho, estudios han indicado que las personas obesas tienden a ser reacias a acudir a programa de prevención de enfermedades como el cáncer y otras patologías que pueden conllevar la muerte del paciente (Amy et al., 2006).

Sin embargo, aunque las experiencias vividas los llevaron a devaluar su cuerpo gordo, los participantes no adoptaron pasivamente un sentido devaluado de sí mismos. Se negaron a ser definidos únicamente por su peso, sus circunstancias y su pasado. Por lo tanto, los participantes se resistieron en alguna medida a la contaminación de los mensajes y situaciones dramáticas que vivieron, construyendo historias de superación. La situación, no obstante, debe ser observada con cierta ambivalencia pues, aunque los participantes presentaron claros relatos de resistencia a la hegemonía de las narrativas estigmatizantes y cuestionaron el statu quo, lo cierto es que terminan adoptando una estrategia de disociación del cuerpo y la mente. En el intento de luchar activamente para encontrar autoestima, marcaron una clara diferencia entre quienes eran ellos y su cuerpo actual. Justificado siempre por motivos de salud, los participantes terminaron viendo en la cirugía de pérdida de peso un último recurso para restaurar su identidad deteriorada.

La cirugía les permitió por otra vía alterar su cuerpo. Este momento se convierte en un punto de inflexión, lo que Denzin (2014) denomina una epifanía en sus vidas. Se trata de momentos en la experiencia de los participantes que son entendidos por ellos mismos como puntos de ruptura con lo anterior, que le hacen cambiar la comprensión de uno mismo y la relación que habían tenido con el mundo. La cirugía de pérdida de peso supone para los participantes una encrucijada en sus vidas, una división entre el antes y el después que les altera el propio relato de su experiencia. Les sitúa en un nuevo punto de vista desde donde repasar su pasado, para dar sentido a la decisión de operarse, y mirar hacia delante en un intento de anticipar su futuro.

El discurso de la salud sirve a los participantes para afirmar su deseo de ser normal, lo que en cierto modo equivale a ser curado. Al fin y al cabo, la normalidad no sólo es aceptable, sino que es una obligación moral. Ser normal y sano es una necesidad del ciudadano, quien tiene la obligación moral de cuidarse para conseguirlo (R. Crawford, 1977, 1980; O'Hara & Taylor, 2018). Es por ello que los participantes en cierto modo, al presentarse como enfermos, pueden estar ganándose el derecho a tener ayuda, una condición que les libera de la culpa de haber llegado a esta situación. Sin embargo, es operarse y la narración de los participantes parece cambiar.

Antes de la operación la narración de los participantes fue utilizada para establecer un marco desde el que pudiéramos comprender que la cirugía era un camino que debían de tomar dada su situación de salud presente o futura. Tras la operación la historia se cuenta de nuevo, pero desde otro ángulo. Desde la teoría narrativa se ha reconocido que las personas cuentan diferentes tipos de relatos dependiendo quien les esté oyendo, pero también el momento de sus vidas (Frank, 2019). Es en este sentido que los participantes modifican su narrativa tras la operación para reflexionar sobre lo que significa su transformación corporal, y cómo ello afecta al sentido de sí mismos. La cirugía bariátrica, que fue defendida como la última y única solución a la enfermedad y problemas de salud, se convierte paradójicamente en un punto de reconocimiento del cuerpo y de su apariencia. Es como si la transformación de nuevo en un cuerpo normal hubiera devuelto una mirada distinta al cuerpo.

Es relevante destacar como la transformación del cuerpo altera la narración de los participantes, evidenciando que la cirugía bariátrica ocasiona un trabajo biográfico que obliga a la persona a unir la identidad pasada y presente en una historia coherente sobre sí misma. La reconciliación que los participantes intentan establecer con su cuerpo explica cómo cuerpo, identidad y yo se relacionan en el proceso de cirugía bariátrica. Cómo ha mostrado la teoría sociológica en torno al cuerpo (Charmaz, 1995; Frank, 2013), las personas tienen a ignorar y minorizar el valor del cuerpo cuando no funciona o no cumple las expectativas esperadas. Sin embargo, cuando el cuerpo adopta su forma anterior, las personas tienen a reconciliarse con sus cuerpos.

Las historias contadas por los participantes antes de someterse a la cirugía de pérdida de peso reflejan una trayectoria de sufrimiento. Comienzan cuando los participantes dan cuenta de que algo anda mal con su cuerpo y le siguen a través de un periodo largo de años, durante los cuáles va considerándose la idea de que el cuerpo sea una restricción insuperable. Una condición que les deja desarraigados de lo que querrían ser, hasta el punto de deteriorar su identidad. Los participantes describen su desesperanza y resignación cuando van descubriendo que sus intentos reiterados por perder peso son fallidos y queda ya poco por hacer. Antes de la operación, las historias llegan a adquirir un carácter de fatalidad, una trayectoria cuesta abajo o de círculo vicioso (e.g., continuas dietas de adelgazamiento para volver a engordar), que desemboca en un callejón sin salida. En estos momentos

para los participantes la cirugía es presentada como la gran esperanza, el evento que puede interrumpir su trayectoria. La vía que les permite actuar y recuperar la sensación de control sobre sus vidas.

Las historias se entremezclan con argumentos, deliberaciones y justificaciones. Eran parte de los intentos de los participantes por dar sentido. Son historias de identidad. El narrador reconstruye su biografía en términos de quién era antes de la cirugía, en quién esperaba convertirse y en quién se ha convertido. Esto implica hacer un trabajo biográfico. Una vez recibida la cirugía, los diferentes roles del pasado y del presente que los participantes relatan se unen para crear un sentido coherente de identidad propia, una unidad narrativa por la cual el individuo integra las diferentes perspectivas y versiones de quién era en una sola historia de vida con significado. Así, el deseo de someterse a cirugía se hace comprensible no sólo por las limitaciones físicas y los problemas de salud asociados a su gordura, sino también por la lucha y la experiencia de sufrimiento que han arrastrado. La solución de someterse a una cirugía de pérdida de peso es relatada como una solución que les permita tomar de nuevo el control de la situación. Al explorar estas características, podemos comprender no sólo su júbilo sino también sus reservas por haber dado el paso.

La cirugía bariátrica les permite, al menos por el momento, salir de la espiral descendente. Los participantes se retratan como agentes que actúan en el mundo, en lugar de objetos sobre los que otros actúan. Sin embargo, hay un lado oscuro en estas historias. Justo cuando parece llevar su historia a una conclusión final, la retoman tras la operación. Esta vez con una nota contemplativa. Es como si comenzaran a volver sobre sus pasos, repasando su narrativa y desentrañando las implicaciones de la operación para sus sentimientos sobre su cuerpo, su sentido de sí mismos y sus relaciones. En lugar de proporcionar una panacea para todos los problemas, la cirugía parece haber introducido otros nuevos. Mientras que el principal problema es que antes de la operación su cuerpo no les pertenecía, tras la cirugía comienzan a presentar su experiencia con su cuerpo de una manera diferente. El problema de percibirse como una unidad aún existe, pero ya no se presenta como un enunciado de hecho, sino como una tarea a realizar. Enfrentados a la dificultad de integrar su cuerpo con el sentido de sí, los participantes dan muestras de que la identidad es algo que se puede negociar activamente, en lugar de un destino que debe aceptarse pasivamente.

Al examinar las experiencias de pacientes en su proceso de someterse a cirugía bariátrica, encontramos que las narraciones tratan sobre la relación entre la experiencia con sus cuerpos y el sentido de sí; es decir, entre las experiencias encarnadas y los procesos de identidad. Es por ello que podemos ver la cirugía bariátrica como una intervención sobre la identidad de las personas. Al alterar su cuerpo, la cirugía abre la posibilidad de aliviar la sensación que tienen los participantes de estar atrapado en un cuerpo que no identifican como el suyo. La cirugía interviene en un proceso de sufrimiento y brinda la posibilidad de volverse ordinario. No es una solución mágica, en el sentido de que dote de nueva vida. Es el comienzo de un nuevo viaje que requiere renegociar su relación con su nuevo cuerpo. La cirugía actúa sobre el cuerpo, pero no es una transformación sólo del cuerpo, supone un esfuerzo extraordinario de identidad. La cirugía no es proceso fácil que resuelve definitivamente los problemas del cuerpo. Aunque permite corregir el peso y forma del cuerpo, no es un acto que les libere de problemas, sino que supone una intervención problemática en la identidad de la persona. Volverse una persona normal requiere algo más que modificar su cuerpo, implica reconstruir su biografía. Implica encontrar una manera de dejar atrás la transformación y volver a la normalidad.

Ahora bien, la idea de que la cirugía suponga un punto desde el cual los participantes pueden reconstruir su identidad conlleva a plantearse el rol que ellos tienen en esta decisión. Desde una perspectiva crítica, podríamos considerar las decisiones de someterse a cirugía bariátrica por parte de algunos de los participantes como resultado de su rol de víctimas de la presión social hacia determinados ideales de cuerpo. Un claro ejemplo de lo que suele llamarse falta de conciencia (Gagné & McGaughey, 2002; Murray, 2008; Wann, 2017). Esta interpretación estaría en línea con el pensamiento crítico, y sobre todo feminista, de considerar el sistema de belleza, especialmente para las mujeres, como una forma de opresión o un proceso de normalización del cuerpo. Igualmente, desde una perspectiva postestructuralista, podríamos interpretar que los participantes son víctimas de las miradas, comentarios, revisiones médicas, e incluso la delimitación de los espacios públicos, que contribuye a la mirada disciplinaria y de vigilancia de las sociedades modernas para normalizar los cuerpos. Son dispositivos que actuarían en nuestros participantes como una forma de controlar sus cuerpos, en la medida en que se salen de las normas y el control social (Butler, 1997; Foucault, 1993). Sería una forma de

poder que, primeramente, de forma externa, y posteriormente de forma más sutil a través de la propia autovigilancia, intentaría regularlos (Murray, 2008; Rich & Evans, 2005).

Sin embargo, lejos de caer fácilmente en estas interpretaciones, los resultados de esta tesis presentan relatos contados en primera persona de personas obesas que llevan una vida entera sintiendo que sus cuerpos están continuamente expuestos, marginados y oprimidos dentro del grupo social en el que viven. Así, se nos plantea la duda razonable de que su decisión de acudir a la cirugía de pérdida de peso haya sido una solución rápida, fácil y que hayan tomado de forma no meditada. De hecho, fue sorprendente encontrar que los participantes no decidieron acudir a la cirugía bariátrica exclusivamente por prescripción médica, sino que en todos los casos se trató de una solución fervientemente esperada y deseada por sus destinatarios. A pesar de los peligros e inconvenientes que puede conllevar, la cirugía bariátrica fue voluntariamente aceptada y deseada por los participantes.

Teniendo en cuenta esto, los resultados de esta tesis ponen en duda algunas de las suposiciones de perspectivas teóricas que sitúan a las personas obesas como enfermas, pero también como idiotas culturales que son víctimas del discurso médico de la cirugía bariátrica. Más bien los resultados apuntan a cierta capacidad de los participantes para resistirse a los discursos estigmatizadores sobre la obesidad, al mismo tiempo que activamente buscan y luchan, dentro de las limitaciones culturales y estructurales existentes, por encontrar una solución al sufrimiento físico, pero también mental, que padecen.

Las decisiones de someterse a cirugía bariátrica estuvieron siempre precedidas de una larga historia de sufrimiento donde los participantes vivieron sus cuerpos como inaceptables, diferentes o anormales. Los participantes estuvieron expuestos y fueron identificados con rasgos negativos atribuidos al cuerpo gordo, dado que, en nuestra cultura, se asume que el cuerpo refleja de algún modo el valor interior de la persona (Featherstone, 1982, 2010). Aunque una manera de evitar paliar el efecto de estas atribuciones fue la disociación del cuerpo-mente, los participantes no renunciaron a intentar conseguir un cuerpo normal que les permitiera alinear su cuerpo con su yo interior. Al fin y al cabo, modificar el cuerpo es una expresión común en la cultura popular (Shilling, 2012), por la que se alienta a la persona a adoptar un enfoque emprendedor y autorreflexivo de sus vidas, tratando

de lograr el mejor yo posible. Los cuerpos gordos de la gente se retratan con frecuencia en los medios de comunicación que informan de la epidemia de la obesidad como cuerpos no deseados (Lupton, 2018). Las personas que tienen estos cuerpos son expuestos y avergonzados, representados en muchas ocasiones como personas inactivas y glotonas (Hussin et al., 2011; Lupton, 2015a, 2020). Así, querer modificar su cuerpo para tener un cuerpo sano y delgado es probable que deba ser visto como parte del proyecto continuo del yo (Featherstone, 2010; Giddens, 1995). De hecho, sus relatos hacen dudar de la idea de que aquellos que acudieron a someterse a una cirugía de pérdida de peso lo hicieran estrictamente por razones de salud física o médica. Sin negar los problemas médicos que en mayor o menor grado los participantes presentaban, la decisión de someterse a una cirugía bariátrica encierra también cuestiones de identidad; es decir, cuestiones de quién son y quienes quieren ser aquellos que deciden operarse. Los resultados en este sentido arrojan claras evidencias de que los participantes, al margen de querer estar sanos, quieren ser normales. Sin embargo, como hemos indicado, no se trata de una cuestión de belleza, sino de identidad. Los participantes no quieren ser hermosos o tener cuerpos como los estándares idealizados, sino tener cuerpos ordinarios, que les permita un desarrollo digno no sólo físico, sino social, cognitivo y emocional.





## 9. Conclusiones



Esta tesis doctoral ha analizado cómo personas gordas, que han sido consideradas clínicamente como obesas, expresan narrativamente sus experiencias antes y después de someterse a una cirugía de pérdida de peso. Un primer objetivo fue entender cómo las personas obesas explican su decisión de someterse a una cirugía bariátrica y manejan la estigmatización que puede conllevar este proceso. A través de un análisis narrativo dialógico, los resultados fueron expuestos en tres momentos claves, a partir de los cuáles los participantes explicaron su trayectoria de peso corporal. El intento por explicar el origen de su peso, el fracaso por controlarlo, y la irremediable decisión de tener que operarse como último recurso para poder solucionar el problema del peso fueron elementos clave en su narración, y deben entenderse como el modo preferente para acceder a su experiencia personal y construir su identidad.

A la hora de explicar el origen de su gordura los participantes se basan principalmente en factores genéticos, biológicos y personales, con una casi completamente ausencia de aspectos estructurales y sociales de la epidemia de la obesidad. Es por ello que las interpretaciones políticas, sociales y éticas más amplias, las cuales parecen más alejadas del discurso público dominante en torno a la obesidad, quedan ensombrecidas en sus explicaciones sobre el origen de su obesidad y los motivos de acudir a la cirugía bariátrica.

Por otro lado, las explicaciones sobre el origen de su gordura preparan el terreno para defender que la razón de someterse a la operación fue por motivos de salud. De esta forma, los participantes optan por resistirse a las narrativas culturales dominantes de la lucha contra la obesidad, que presentan a las personas gordas como culpables de haber fallado en el control de su peso. Al presentarse como enfermos abrazan, sin embargo, una estructura narrativa que presenta la cirugía y su decisión de acudir a ella como una solución médica de la que son merecedores. Los participantes se adscriben con ello la narrativa médica de un cuerpo enfermo que hay que restaurar. Dentro de los recursos narrativos que tienen a su alcance, esta es la forma que tienen los participantes de integrar su decisión de operarse de una forma coherente con su yo.

Sin embargo, tras modificar sus cuerpos gordos por medio de la cirugía, los participantes son conscientes que el cuerpo no es como una ropa de vestir que pueda cambiarse o quitarse. Precisamente, el segundo objetivo de la tesis ha tratado

de examinar los dilemas de identidad a los que los participantes se enfrentaron en el proceso de transformar su cuerpo. Los resultados han mostrado que los participantes arrastran una historia de sufrimiento y una identidad deteriorada, situando la decisión de operarse como un proceso de restauración de su identidad dañada. Sin embargo, la interacción de la persona con su cuerpo material y gordo determina la forma en que ellos se relacionan y explican el mundo

La cirugía bariátrica fue un recurso que permitió a los participantes renegociar la relación con sus cuerpos y, a través de él, con ellos mismos. Esto le permitió una posibilidad de integrar el yo con su cuerpo. El rol activo del sujeto se hace evidente en el hecho de que la relación de los participantes con sus cuerpos no estuvo exenta de dilemas. Es por ello que podemos afirmar que la cirugía bariátrica no es solo una intervención médica sobre el cuerpo, sino que afecta al proceso de identidad. Dos implicaciones al menos deberían ser indicadas.

En primer lugar, las experiencias vividas por los participantes recuerda en algún aspecto las explicaciones que han presentado a las personas gordas a través de la lente de la moralidad o la medicalización (Flegal, 2022; Gard & Wright, 2005; Ross, 2005; Throsby, 2009), encontrando narraciones maestras que enmarcan a los gordos predominantemente como descuidados culpables, o narraciones personales de los participantes que pretenden presentarse como enfermos. En ambos casos, el paciente de cirugía bariátrica tiende a ser visto como un sujeto pasivo. Sin embargo, nuestros datos sugieren que las narrativas del gordo como fallo moral o enfermo son cuestionadas por la realidad y diversidad de las narraciones contadas por los participantes que se someten a cirugía bariátrica. La cirugía les permite a los participantes un punto de inflexión en sus vidas, pero no simplemente para tener mejor salud, sino para ser otra persona. Al proporcionar un punto de partida diferente, los participantes pueden abrir la posibilidad de renegociar su relación con su cuerpo y construir un sentido diferente de sí mismos. Por esta razón, la cirugía no sitúa a la persona en una situación pasiva, sino que lo activa como agente de acción y sentido.

A partir de las narrativas examinadas en esta tesis doctoral, abogamos por la necesidad de conceptualizar a los pacientes de cirugía bariátrica como valiosas fuentes de información sobre las barreras estructurales que enfrentan y las estrategias que utilizan para reparar su identidad. Esto genera la necesidad de

permitir que estas personas puedan implicarse en el cambio social de la práctica de la cirugía bariátrica. Considerar las historias de los pacientes de cirugía bariátrica como producto de una falsa conciencia o ingenuidad corre el riesgo de robarles a estas personas la misma agencia que han mostrado para reclamar una modificación de sí mismos. La narrativa representa una forma de dar sentido a la adversidad (Frank, 2013), pero también una manera de reparar su identidad deteriorada (Nelson, 2001).

En segundo lugar, si la cirugía bariátrica implica un proceso de modificación de la identidad de la persona, existen implicaciones importantes para la práctica médica. El mismo proceso de selección de las personas que se consideran aptas para recibir una cirugía bariátrica con fondos públicos debería estar abierto a la consideración de la subjetividad del individuo. Durante este proceso los médicos suelen ser reacios a admitir que sus prácticas se basan en cualquier cosa que no sean criterios científicos derivados objetivamente (Gard, 2011b; Gard & Wright, 2005; Throsby, 2012). Sin embargo, los relatos de los participantes recogidos en este trabajo de investigación son toda una exhibición pública de los problemas de identidad que la cirugía encierra. Las normas que manejan los equipos de salud relacionados con la cirugía bariátrica se basan en criterios de salud física y, sobre todo, en el parámetro del IMC. Algunos de estos indicadores han recibido duras críticas para clasificar a los pacientes en determinados niveles de obesidad (Campos, 2004; Gard & Wright, 2005; Ross, 2005). Pero, sobre todo, estos criterios manejan indicadores objetivos y poco pueden ofrecer con respecto a lo que hace que un cuerpo sea ordinario y otro no; es decir, la percepción subjetiva que haga que una persona considere que tiene un cuerpo normal o no. Esta consideración tiene un grado alto de subjetividad, que no encaja con los criterios objetivos que la medicina intenta establecer. Este proceso de subjetividad lleva a que algunas personas gordas decidan someterse a cirugía para reducir sus cuerpos, mientras que otras personas con mayor IMC pueden no sentirse molestas, más allá de ciertas limitaciones físicas, y no sufrir como lo hacen otras.

Existe, por lo tanto, un problema para la profesión médica que viene dada por la discrepancia entre el IMC utilizado para determinar quién debe ser sometido a cirugía bariátrica y los problemas de identidad que este proceso encierra. Ser normal parece que tiene que ver poco con los estándares de normalidad marcados por el IMC. Las dificultades que tiene la profesión médica para establecer los criterios de

salud y determinar qué cuerpos reflejan una anomalía que justifique su intervención parecen muy diferentes a las subjetividades de los participantes. Las normas como el IMC pueden permitir que los profesionales decidan qué pacientes deben o no someterse a cirugía, pero tienen poco que ofrecer con respecto a lo que hace que un cuerpo sea ordinario y otro no. La percepción subjetiva de necesitar modificar su cuerpo no es una cuestión de kilos o medidas objetivas, porque la apariencia del cuerpo es irremediablemente subjetiva. Aunque las limitaciones físicas del peso corporal pueden determinar la decisión de someterse a cirugía, el límite que cada uno está dispuesto a considerar es subjetivo. Hay participantes que con menos IMC pueden decidir reducir su peso, mientras que personas con un IMC mayor pueden no sentirse molestas con su cuerpo y no están dispuestas a someterse a cirugía de reducción de peso. No es tanto la apariencia del cuerpo, o los kilos en sí, sino el sufrimiento privado el que lleva a tomar la decisión de operarse. Un sufrimiento unido a una identidad deteriorada que debe ser reparada por la restitución de su cuerpo a un estado anterior.

Al margen de los indicadores objetivos, los profesionales deberían atenerse a las expresiones subjetivas de cómo el peso afecta a la identidad de la persona. En esta tesis doctoral se han recogido relatos de terribles sufrimientos que sucedían porque los participantes experimentaron sus cuerpos como diferentes o anormales. A través de sus historias, los participantes proporcionaron relatos convincentes de cómo su gordura les privó de oportunidades, cómo fueron expuestos a burlas y humillaciones a lo largo de su vida, pero, sobre todo, cómo esto llegó a afectarles a tal punto que ensombrecía su vida y su identidad fuertemente corporeizada. El cuerpo gordo era visto como abyecto (Kristeva, 1982), algo a repudiar y, por ello, lo diferencian de su verdadero yo. Aunque las limitaciones físicas, las circunstancias específicas y los problemas de salud física asociados variaban entre los participantes, las experiencias de sufrimiento fueron un hilo conductor en sus historias. Fue este sufrimiento lo que hizo que sus explicaciones sonaran verdaderas y que sus decisiones de someterse a cirugía fueran comprensibles, a pesar de que en algunos casos no hubieran sido considerados por el servicio de salud público como merecedores de ser operados. Sin embargo, en alguna medida la cirugía fue un paso necesario para todos ellos.



## 10. Referencias





- Abubakari, A. R., Lauder, W., Agyemang, C., Jones, M., Kirk, A., & Bhopal, R. S. (2008). Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations: a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 9(4), 297–311. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00462.x>
- Amy, N. K., Aalborg, A., Lyons, P., & Keranen, L. (2006). Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *International Journal of Obesity*, 30(1), 147–155. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803105>
- Anderson, D. A., & Wadden, T. A. (2004). Bariatric surgery patients' views of their physicians' weight-related attitudes and practices. *Obesity Research*, 12(10), 1587–1595. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.198>
- Anónimo. (2007). Aznar: ¿quién es la DGT para decir cuanto puedo beber? *Autopista*. [https://www.autopista.es/noticias-motor/aznar-quien-es-la-dgt-para-decir-cuanto-puedo-beber\\_92681\\_102.html](https://www.autopista.es/noticias-motor/aznar-quien-es-la-dgt-para-decir-cuanto-puedo-beber_92681_102.html)
- Anónimo. (2017). *Se pide declarar la obesidad como una enfermedad*. Republica. <https://gastronomiaycia.republica.com/2017/05/19/se-pide-declarar-la-obesidad-como-una-enfermedad/>
- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(9), 709–723. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x>
- Artero, E. G., Ferrez-Márquez, M., Torrente-Sánchez, M. J., Martínez-Rosales, E., Carretero-Ruiz, A., Hernández-Martínez, A., López-Sánchez, L., Esteban-Simón, A., Romero del Rey, A., Alcaraz-Ibáñez, M., Rodríguez-Pérez, M. A., Villa-González, E., Barranco-Ruiz, Y., Martínez-Forte, S., Castillo, C., Gómez Navarro, C., Aceituno Cubero, J., Reyes Parrilla, R., Aparicio Gómez, J. A., ... Soriano-Maldonado, A. (2021). Supervised Exercise Immediately After Bariatric Surgery: the Study Protocol of the EFIBAR Randomized Controlled Trial. *Obesity Surgery*, 31(10), 4227–4235. <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05559-8>
- Atkinson, P. (2009). Illness narratives revisited: The failure of narrative reductionism. *Sociological Research Online*, 14(5), 196–205.

<https://doi.org/10.5153/sro.2030>

Awaworyi Churchill, S., Koomson, I., & Munyanyi, M. E. (2023). Transport poverty and obesity: The mediating roles of social capital and physical activity. *Transport Policy*, 130, 155–166. <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2022.11.006>

Ayuso, L. (2020). 20 años de “Gran Hermano”: así ha evolucionado el reality clave de este siglo, y la TV con él. *El Diario.Es*. [https://www.eldiario.es/vertele/noticias/gran-hermano-cumple-20-anos-asi-ha-evolucionado-reality-clave-tv\\_1\\_7405606.html](https://www.eldiario.es/vertele/noticias/gran-hermano-cumple-20-anos-asi-ha-evolucionado-reality-clave-tv_1_7405606.html)

Bacon, L. (2010). *Health at every size: The surprising truth about your weight*.

Bacon, L., & Aphramor, L. (2014). *Body respect*. Benbella Books, Inc.

Barry, V. W., Baruth, M., Beets, M. W., Durstine, J. L., Liu, J., & Blair, S. N. (2014). Fitness vs. fatness on all-cause mortality: A meta-analysis. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(4), 382–390. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.09.002>

Basham, P., Gori, G., & Luik, J. (2006). *Diet nation: Exposing the obesity crusade*. Social Affairs Unit.

Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. The Free Press.

Becker, H. S. (1967). Whose side are we on? *Social Problems*, 14, 239–247.

Bell, K., McNaughton, D., & Salmon, A. (2009). Medicine, morality and mothering: public health discourses on foetal alcohol exposure, smoking around children and childhood overnutrition. *Critical Public Health*, 19(2), 155–170. <https://doi.org/10.1080/09581590802385664>

Bernstein, B. (2000). *Pedagogy, symbolic control and identity*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Boero, N. (2007). All the news that’s fat to print: The American “obesity epidemic” and the media. *Qualitative Sociology*, 30(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s11133-006-9010-4>

Boero, N. (2009). Fat kids, working moms, and the “Epidemic of Obesity”: Race, class, and mother blame. In E. Rothblum & S. Solovay (Eds.), *The Fat Studies Reader* (pp. 113–119). New York University Press.

- Boero, N. (2012). Killer fat: Media, medicine, and morals in the American “obesity epidemic.” In *Killer Fat: Media, Medicine, and Morals in the American “Obesity Epidemic.”* Rutgers University Press. <https://doi.org/10.1177/0094306114531284f>
- Boero, N. (2013). Obesity in the media: Social science weighs in. *Critical Public Health*, 23(3), 371–380. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.783686>
- Bombak, A. E., McPhail, D., & Ward, P. (2016). Reproducing stigma: Interpreting “overweight” and “obese” women’s experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare. *Social Science & Medicine*, 166, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.015>
- Bordo, S. (2004). *Unbearable weight. Feminism, western culture, and the body*, Tenth (2nd ed.). University of California Press.
- Boswell, J. (2013). Why and how narrative matters in deliberative systems. *Political Studies*, 61(3), 620–636. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2012.00987.x>
- Boswell, J. (2016). *The real war on obesity. Contesting knowledge and meaning in a public health crisis*. Macmillan Publishers Ltd. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-58252-2>
- Boswell, J., Corbett, J., & Havercroft, J. (2020). Politics and Science as a Vocation: Can Academics Save us from Post-Truth Politics? *Political Studies Review*, 18(4), 575–590. <https://doi.org/10.1177/1478929919875065>
- Brewis, A. A., Wutich, A., Falletta-Cowden, A., & Rodriguez-Soto, I. (2011). Body norms and fat stigma in global perspective. *Current Anthropology*, 52(2), 269–276. <https://doi.org/10.1086/659309>
- Brown, I., Thompson, J., Tod, A., & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice*, 56(530), 666–672.
- Brown, P. (1995). Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 34–52. <https://doi.org/10.2307/2626956>
- Burgard, D. (2020). What is “Health at Every Size”? In E. Rothblum & S. Solovay (Eds.),

- The Fat Studies Reader* (pp. 42–53). New York University Press.  
<https://doi.org/10.18574/nyu/9780814777435.003.0010>
- Burrows, L. (2009). Biopolitics and the “obesity epidemic.” In J. Wright & V. Harwood (Eds.), *Biopolitics and the “obesity epidemic”: Governing bodies* (pp. 127–140). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203882061>
- Butler, J. (1997). *The psychic life of power. Theories of subjection*. Stanford University Press. <https://doi.org/10.1515/9781503616295>
- Caixàs, A., Villaró, M., Arraiza, C., Montalvá, J.-C., Lecube, A., Fernández-García, J.-M., Corio, R., Bellido, D., Llisterri, J.-L., & Tinahones, F.-J. (2020). Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias 2019. *Medicina Clínica*, 155(6), 267.e1-267.e11. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.10.014>
- Camacho, J. (2017). Un grave problema de salud. Muchos kilos de espectáculo televisivo. *El Periodico.Com*. <https://www.elperiodico.com/es/cuaderno/20170212/la-bascula-muchos-kilos-espectaculo-televisivo-5794806>
- Campos, P. (2004). *The obesity myth: Why america’s obsession with weight is hazardous to your health*. Gotham Books.
- Cantay, H., Binnetoglu, K., Erdogdu, U. E., Firat, Y. D., & Cayci, H. M. (2022). Comparison of short- and long-term outcomes of bariatric surgery methods: A retrospective study. *Medicine*, 101(38), e30679. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030679>
- Castells, M. (2006). *La sociedad red: Una visión global*. Alianza Editorial.
- Chadwick, C., Burton, P. R., Playfair, J., Shaw, K., Wentworth, J., Liew, D., Fineberg, D., Way, A., & Brown, W. A. (2021). Potential positive effects of bariatric surgery on healthcare resource utilisation. *ANZ Journal of Surgery*, 91(11), 2436–2442. <https://doi.org/10.1111/ans.17049>
- Charge.org. (n.d.). *Únete al manifiesto para combatir la obesidad infantil mediante la educación en la escuela*. <https://www.change.org/p/únete-al-manifiesto->

para-combatir-la-obesidad-infantil-mediante-la-educación-en-la-escuela

- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*, 36(4), 657–680. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1995.tb00459.x>
- Chavez-Ugalde, Y., Jago, R., Toumpakari, Z., Egan, M., Cummins, S., White, M., Hulls, P., & De Vocht, F. (2021). Conceptualizing the commercial determinants of dietary behaviors associated with obesity: A systematic review using principles from critical interpretative synthesis. *Obesity Science & Practice*, 7(4), 473–486. <https://doi.org/10.1002/osp4.507>
- CNMC. (2022). *Datos mensuales agosto 2022*. [https://www.cnmc.es/sites/default/files/editor\\_contenidos/Notas de prensa/2023/20231025\\_NP\\_Mensual\\_Telecos\\_Agosto.pdf](https://www.cnmc.es/sites/default/files/editor_contenidos/Notas_de_prensa/2023/20231025_NP_Mensual_Telecos_Agosto.pdf)
- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2018). ‘Selfie’-objectification: The role of selfies in self-objectification and disordered eating in young women. *Computers in Human Behavior*, 79, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.10.027>
- COLEF. (2021). *Obesidad, COVID-19 y ejercicio físico. ¿Por qué todavía no se han tomado medidas?* Web COLEF. <https://www.consejo-colef.es/post/dm-obesidad-2021>
- Colls, R., & Evans, B. (2014). Making space for fat bodies? *Progress in Human Geography*, 38(6), 733–753. <https://doi.org/10.1177/0309132513500373>
- Company-Morales, M., Sicilia-Camacho, A., Rubio-Jimenez, M. F., & Fontalba-Navas, A. (2016). La epidemia de la obesidad en España: La retórica de su discurso y riesgos potenciales. *Movimiento (ESEFID/UFRGS)*, 22(4), 1063–1076. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.59922>
- Congreso de los Diputados, O. de C. y T. (n.d.). *Oficina C.* <https://www.oficinac.es/preguntas-frecuentes#112>
- Consumo. (2020). *Consumo lanza una nueva campaña para combatir la obesidad infantil y promocionar la actividad física*. Página Web de La Moncloa. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/consumo/Paginas/2020/121120-salud-alimentos.aspx>
- Cooper, C. (1997). Can a fat woman call herself disabled? *Disability & Society*, 12(1),

- 31–42. <https://doi.org/10.1080/09687599727443>
- Cooper, C. (2010). Fat studies: Mapping the field. *Sociology Compass*, 4(12), 1020–1034. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00336.x>
- Cooper, C. (2016). *Fat activism. A radical social movement*. HamerOn Press.
- Crawford, K., Lingel, J., & Karppi, T. (2015). Our metrics, ourselves: A hundred years of self-tracking from the weight scale to the wrist wearable device. *European Journal of Cultural Studies*, 18(4–5), 479–496. <https://doi.org/10.1177/1367549415584857>
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663–680. <https://doi.org/10.2190/YU77-T7B1-EN9X-GOPN>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- Crawford, R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and AIDS. *Social Science & Medicine*, 38(10), 1347–1365. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90273-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90273-9)
- Crawshaw, P. (2012). Governing at a distance: Social marketing and the (bio) politics of responsibility. *Social Science & Medicine*, 75(1), 200–207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.040>
- Dame-Griff, E. C. (2016). “He’s not heavy, he’s an anchor baby”: Fat children, failed futures, and the threat of Latina/o excess. *Fat Studies*, 5(2), 156–171. <https://doi.org/10.1080/21604851.2016.1144233>
- Davis, K. (2013). Reshaping the female body: The dilemma of cosmetic surgery. In *Reshaping the female body: The dilemma of cosmetic surgery*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203700129>
- Denzin, N. K. (2014). *Interpretive autoethnography* (2nd ed.). Sagamore Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781506374697>
- Di Lorenzo, N., Antoniou, S. A., Batterham, R. L., Busetto, L., Godoroja, D., Iossa, A., Carrano, F. M., Agresta, F., Alarçon, I., Azran, C., Bouvy, N., Balaguè Ponz, C., Buza, M., Copaescu, C., De Luca, M., Dicker, D., Di Vincenzo, A., Felsenreich, D.

- M., Francis, N. K., ... Silecchia, G. (2020). Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surgical Endoscopy*. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07555-y>
- Evans, B., Colls, R., & Hörschelmann, K. (2011). 'Change4Life for your kids': embodied collectives and public health pedagogy. *Sport, Education and Society*, 16(3), 323–341. <https://doi.org/10.1080/13573322.2011.565964>
- Evans, J., Rich, E., Davies, B., & Allwood, R. (2008). *Education, disordered eating and obesity discourse: Fat fabrications*. Routledge.
- Featherstone, M. (1982). The body in consumer culture. *Theory, Culture & Society*, 1(2), 18–33. <https://doi.org/10.1177/026327648200100203>
- Featherstone, M. (2010). Body, image and affect in consumer culture. *Body & Society*, 16(1), 193–221. <https://doi.org/10.1177/1357034X09354357>
- Ferrante, J. M., Ohman-Strickland, P., Hudson, S. V., Hahn, K. A., Scott, J. G., & Crabtree, B. F. (2006). Colorectal cancer screening among obese versus non-obese patients in primary care practices. *Cancer Detection and Prevention*, 30(5), 459–465. <https://doi.org/10.1016/j.cdp.2006.09.003>
- Fioravanti, G., Bocci Benucci, S., Ceragioli, G., & Casale, S. (2022). How the exposure to beauty ideals on social networking sites influences body image: A systematic review of experimental studies. In *Adolescent Research Review* (Vol. 7, Issue 3). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00179-4>
- Flegal, K. M. (2021). The obesity wars and the education of a researcher: A personal account. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 67, 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2021.06.009>
- Flegal, K. M. (2022). How body size became a disease. In M. Gard, D. Powell, & J. Tenorio (Eds.), *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies* (pp. 23–39). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429344824-5>
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 293(15), 1861–1867.

<https://doi.org/10.1001/jama.293.15.1861>

Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2007). Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 298(17), 2028–2037. <https://doi.org/10.1001/jama.298.17.2028>

Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., & Graubard, B. I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 309(1), 71–82. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.113905>

Forlivesi, S., Cappellari, M., & Bonetti, B. (2021). Obesity paradox and stroke: a narrative review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(2), 417–423. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00876-w>

Forth, C. E. (2012). Melting moments: The greasy sources of modern perceptions of fat. *Cultural History*, 1(1), 83–107. <https://doi.org/10.3366/cult.2012.0007>

Forth, C. E. (2013). The qualities of fat: Bodies, history, and materiality. *Journal of Material Culture*, 18(2), 135–154. <https://doi.org/10.1177/1359183513489496>

Fotopoulou, A., & O’Riordan, K. (2017). Training to self-care: fitness tracking, biopedagogy and the healthy consumer. *Health Sociology Review*, 26, 54–68. <https://doi.org/10.1080/14461242.2016.1184582>

Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.

Foucault, M. (1988). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Pre-Textos.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós.

Foucault, M. (1993). *Microfísica del poder*. La Piqueta.

Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad 3- El cuidado del sí*. Siglo XXI.

Foucault, M. (2006). *La arqueología del saber* (19 ed.). Siglo XXI.

Frank, A. W. (2010). *Letting stories breathe*. The University of Chicago Press.

Frank, A. W. (2012). Practicing dialogical narrative analysis. In J. Holstein & J. Gubrium (Eds.), *Varieties of Narrative Analysis*. Sage Publications.

Frank, A. W. (2013). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics* (2nd ed.). The



University of Chicago Press.

- Frank, A. W. (2019). Not whether but how : Considerations on the ethics of telling patients' stories. *Hastings Center Report*, 49(6), 13–16. <https://doi.org/10.1002/hast.1064>
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Friedman, M. (2015). Mother blame, Fat shame, and moral panic: “Obesity” and child welfare. *Fat Studies*, 4(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/21604851.2014.927209>
- Fullagar, S. (2009). Governing healthy family lifestyles through discourses of risk and responsibility. In J. Wright & V. Harwood (Eds.), *Biopolitics and the “obesity epidemic”*: Governing bodies (pp. 108–126). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203882061>
- Gaesser, G. A. (2002). *Big fat lies: The truth about your weight and your health*. Gurze Books.
- Gagné, P., & McGaughey, D. (2002). Designing women. Cultural hegemony and the exercise of power among women who have undergone elective mammoplasty. *Gender & Society*, 16(6), 814–838. <https://doi.org/10.1177/089124302237890>
- Gagnon, M., Jacob, J. D., & Holmes, D. (2010). Governing through (in)security: a critical analysis of a fear-based public health campaign. *Critical Public Health*, 20(2), 245–256. <https://doi.org/10.1080/09581590903314092>
- Gámez-Calvo, L., Hernández-Beltrán, V., Pimienta-Sánchez, L. P., Delgado-Gil, S., & Gamonales, J. M. (2022). Revisión sistemática de programas de intervención para promover hábitos saludables de actividad física y nutrición en escolares españoles. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 72(4), 294–305. <https://doi.org/10.37527/2022.72.4.007>
- García, A., Costa, M., Leon, A., & Pastor, O. (2022). The challenge of managing the evolution of genomics data over time: a conceptual model-based approach. *BMC*

*Bioinformatics*. <https://doi.org/10.1186/s12859-022-04944-z>

Gard, M. (2002). A personal reflection on editing: 'unmasking' the critical obesity researcher against itself. In M. Gard, D. Powell, & J. Tenorio (Eds.), *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies* (pp. 115–121). Routledge.

Gard, M. (2011a). The end of the obesity epidemic. In *The End of the Obesity Epidemic*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203881194>

Gard, M. (2011b). Truth, belief and the cultural politics of obesity scholarship and public health policy. *Critical Public Health*, 21(1), 37–48. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.529421>

Gard, M. (2022). Crisis revisited: historical notes on a modern 'obesity epidemic.' In M. Gard, D. Powell, & J. Tenorio (Eds.), *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies* (pp. 66–74). Routledge.

Gard, M., Powell, D., & Tenorio, J. (2022). *Routledge handbook of critical obesity studies*. Routledge.

Gard, M., & Wright, J. (2005). *The obesity epidemic. Science, morality and ideology*. Routledge.

Garrett, J. R., & McNolty, L. A. (2010). Bariatric surgery and the social character of the obesity epidemic. *The American Journal of Bioethics*, 10(12), 20–22. <https://doi.org/10.1080/15265161.2010.528512>

Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península.

Gilman, S. L. (2008). *Fat. A cultural history of obesity*. Polity Press.

Gilman, S. L. (2010). *Obesity: The biography*. Oxford University Press.

Giskes, K. (2010). Policy responses and obesogenic food environments. In J. Pearce & K. Witten (Eds.), *Geographies of Obesity: Environmental Understandings of the Obesity Epidemic* (pp. 209–226). Ashgate.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Gómez, J. (2017). Los juzgados ya retiran la custodia de hijos mal alimentados y con obesidad. *La Voz de Galicia*.

[https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2017/01/21/juzgados-retiran-custodia-hijos-mal-alimentados-obesidad/0003\\_201701G21P30991.htm](https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2017/01/21/juzgados-retiran-custodia-hijos-mal-alimentados-obesidad/0003_201701G21P30991.htm)

Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460–476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460>

Greenhalgh, S. (2015). *Fat-talk nation: The human costs of America's war on fat*. Cornell University Press.

Gudzune, K. A., Beach, M. C., Roter, D. L., & Cooper, L. A. (2013). Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity*, 21(10), 2146–2152. <https://doi.org/10.1002/oby.20384>

Guthman, J. (2011). *Weighing in. Obesity, food justice, and the limits of capitalism*. University of California Press.

Guthman, J., & DuPuis, M. (2006). Embodying neoliberalism: economy, culture, and the politics of fat. *Environment and Planning D: Society and Space*, 24(3), 427–448. <https://doi.org/10.1068/d3904>

Halse, C. (2009). Bio-citizenship: Virtue discourses and the birth of the bio-citizen. In J. Wright & Valerie Harwood (Eds.), *Biopolitics and the 'obesity epidemic'* (pp. 45–59). Routledge.

Harjunen, H. (2021). Fatness and consequences of neoliberalism. In C. Pausé & S. R. Taylor (Eds.), *The Routledge International Handbook of Fat Studies* (pp. 68–77). Routledge.

Harrington, A. (2008). *The cure within. A history of mind-body medicine*. W. W. Norton & Company.

Hess, A. (2015). The selfie assemblage. *International Journal of Communication*, 9(1), 1629–1646.

Hofmann, B. (2010). Stuck in the middle: The many moral challenges with bariatric surgery. *The American Journal of Bioethics*, 10(12), 3–11. <https://doi.org/10.1080/15265161.2010.528509>

Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of

- social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Horwich, T. B., Fonarow, G. C., & Clark, A. L. (2018). Obesity and the obesity paradox in heart failure. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61(2), 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.05.005>
- Hughes, V. (2013). The big fat truth. *Nature*, 497, 428–430. <https://doi.org/10.1038/497428a>
- Hussin, M., Frazier, S., & Thompson, J. K. (2011). Fat stigmatization on YouTube: A content analysis. *Body Image*, 8(1), 90–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.10.003>
- Isin, E., & Ruppert, E. (2020). *Being digital citizens* (2nd ed.). Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Jarvie, R. (2016). ‘Obese’ ‘sumo’ babies, morality and maternal identity. *Women’s Studies International Forum*, 54, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2015.10.004>
- Jay, M., Gillespie, C., Schlair, S., Sherman, S., & Kalet, A. (2010). Physicians’ use of the 5As in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients’ motivation and intention to lose weight? *BMC Health Services Research*, 10(1), 159. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-159>
- Jia, P. (2021). Obesogenic environment and childhood obesity. *Obesity Reviews*, 22(S1), e13158. <https://doi.org/10.1111/obr.13158>
- Jiménez-Loaisa, A., Beltrán-Carrillo, V. J., González-Cutre, D., & Jennings, G. (2020). Healthism and the experiences of social, healthcare and self-stigma of women with higher-weight. *Social Theory & Health*, 18(4), 410–424. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00118-9>
- Johnson, J. A., & Johnson, A. M. (2015). Urban-rural differences in childhood and adolescent obesity in the United States: A systematic review and meta-Analysis. *Childhood Obesity*, 11(3), 233–241. <https://doi.org/10.1089/chi.2014.0085>
- Jost, J. T., Blount, S., Pfeffer, J., & Hunyady, G. (2003). Fair market ideology: Its cognitive-motivational underpinnings. *Research in Organizational Behavior*, 25, 53–91. [https://doi.org/10.1016/S0191-3085\(03\)25002-4](https://doi.org/10.1016/S0191-3085(03)25002-4)

- Kai-Cheong Chan, N., & Gillick, A. C. (2009). Fatness as a disability: questions of personal and group identity. *Disability & Society*, 24(2), 231–243. <https://doi.org/10.1080/09687590802652520>
- Kearns, C. E., Schmidt, L. A., & Glantz, S. A. (2016). Sugar industry and coronary heart disease research. *JAMA Internal Medicine*, 176(11), 1680. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.5394>
- Khwaja, H. A., & Bonanomi, G. (2010). Bariatric surgery: techniques, outcomes and complications. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 21(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.cacc.2009.10.005>
- Kim, D. D., & Basu, A. (2016). Estimating the medical care costs of obesity in the United States: Systematic review, meta-analysis, and empirical analysis. *Value in Health*, 19(5), 602–613. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.008>
- Kim, Y., Cubbin, C., & Oh, S. (2019). A systematic review of neighbourhood economic context on child obesity and obesity-related behaviours. *Obesity Reviews*, 20(3), 420–431. <https://doi.org/10.1111/obr.12792>
- Kleiman, S., Ng, S. W., & Popkin, B. (2012). Drinking to our health: can beverage companies cut calories while maintaining profits? *Obesity Reviews*, 13(3), 258–274. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00949.x>
- Knutsen, I. R., Terragni, L., & Foss, C. (2011). Morbidly obese patients and lifestyle change: constructing ethical selves. *Nursing Inquiry*, 18(4), 348–358. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00538.x>
- Korenkov, M., Shah, S., Sauerland, S., Duenschede, F., & Junginger, T. (2007). Impact of laparoscopic adjustable gastric banding on obesity co-morbidities in the medium- and long- term. *Obesity Surgery*, 17(5), 679–683. <https://doi.org/10.1007/s11695-007-9118-y>
- Kristeva, J. (1982). *Powers of horror: An essay on abjection*. Columbia University Press.
- Kulick, D., & Meneley, A. (2005). *The anthropology of an obsession*. Jeremy P. Tarcher/Penguin.
- Lake, A. A., Townshend, T. G., & Alvanides, S. (2010). *Obesogenic environments. Complexities, perceptions and objective measures*. Blackwell Publishing.

- LeBesco, K. (2011). Neoliberalism, public health, and the moral perils of fatness. *Critical Public Health*, 21(2), 153–164. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.529422>
- Lee, R. E., McAlexander, K. M., & Banda, J. A. (2011). *Reversing the obesogenic environment*. Human Kinetics. <https://doi.org/10.5040/9781492596424>
- Lesser, L. I., Ebbeling, C. B., Gozner, M., Wypij, D., & Ludwig, D. S. (2007). Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles. *PLoS Medicine*, 4(1), e5. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040005>
- Lewin, A., Lindstrom, L., & Nestle, M. (2006). Food industry promises to address childhood obesity: Preliminary evaluation. *Journal of Public Health Policy*, 27(4), 327–348. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200098>
- Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Castle, D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1349–1356. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.021>
- Lin, H.-C., & Tsao, L.-I. (2018). Living with my small stomach: The experiences of post-bariatric surgery patients within 1 year after discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23–24), 4279–4289. <https://doi.org/10.1111/jocn.14616>
- Ludwig, D. S. (2008). Can the food industry play a constructive role in the obesity epidemic? *Journal of the American Medical Association*, 300(15), 1808. <https://doi.org/10.1001/jama.300.15.1808>
- Lupton, D. (2003). *Medicine as culture* (2nd ed.). Sagamore Publications Ltd.
- Lupton, D. (2013). Quantifying the body: monitoring and measuring health in the age of mHealth technologies. *Critical Public Health*, 23(4), 393–403. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.794931>
- Lupton, D. (2015a). *Digital sociology*. Routledge.
- Lupton, D. (2015b). The pedagogy of disgust: the ethical, moral and political implications of using disgust in public health campaigns. *Critical Public Health*, 25(1), 4–14. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.885115>

- Lupton, D. (2017). Digital bodies. In D. Andrews, M. Silk, & H. Thorpe (Eds.), *Handbook of physical cultural studies* (pp. 200–208). Routledge.
- Lupton, D. (2018). *Fat* (2nd ed.). Routledge.
- Lupton, D. (2020). Digital sociology. In J. Germov & M. Poole (Eds.), *Public Sociology. An Introduction to Australian Sociology* (4th ed., pp. 475–492). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781003116974-25>
- Magnusson, R. S. (2015). Case studies in nanny state name-calling: what can we learn? *Public Health*, 129(8), 1074–1082.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.023>
- Maher, J., Fraser, S., & Wright, J. (2010). Framing the mother: childhood obesity, maternal responsibility and care. *Journal of Gender Studies*, 19(3), 233–247.  
<https://doi.org/10.1080/09589231003696037>
- Major, B., Hunger, J. M., Bunyan, D. P., & Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 74–80.  
<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2013.11.009>
- Mason, K. (2016). Women, infants, and (fat) children: Hidden “obesity epidemic” discourse and the practical politics of health promotion at WIC. *Fat Studies*, 5(2), 116–136. <https://doi.org/10.1080/21604851.2016.1144422>
- McAuley, P. A., & Blair, S. N. (2011). Obesity paradoxes. *Journal of Sports Sciences*, 29(8), 773–782.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02640414.2011.553965>
- McNaughton, D. (2011). From the womb to the tomb: obesity and maternal responsibility. *Critical Public Health*, 21(2), 179–190.  
<https://doi.org/10.1080/09581596.2010.523680>
- Medvedyuk, S., Ali, A., & Raphael, D. (2018). Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship. *Critical Public Health*, 28(5), 573–585.  
<https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1356910>
- Meloni, M. (2014). Biology without biologism: Social theory in a postgenomic age. *Sociology*, 48(4), 731–746. <https://doi.org/10.1177/0038038513501944>
- Miah, A., & Rich, E. (2008). *The medicalization of cyberspace*. Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9780203931134>

Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Ablex Publishing Corporation.

Mitchell, R. S., Padwal, R. S., Chuck, A. W., & Klarenbach, S. W. (2008). Cancer screening among the overweight and obese in Canada. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.03.031>

Mol, A. (2002). *Body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.

Monaghan, L. F. (2007). McDonaldizing Men's Bodies? Slimming, Associated (Ir)Rationalities and Resistances. *Body & Society*, 13(2), 67–93. <https://doi.org/10.1177/1357034X07077776>

Monaghan, L. F., Hollands, R., & Prtichard, G. (2010). Obesity epidemic entrepreneurs: Types, practices and interests. *Body and Society*. <https://doi.org/10.1177/1357034X10364769>

Morgan, M., Shanahan, J., & Signorielli, N. (2009). Growing up with television: Cultivation Processes. In J. Bryant & M. B. Oliver (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (3rd ed., pp. 34–49). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781410602428-7>

Mundo, E. (2008). *El "boom" de los "reality" culinarios*. <https://www.elmundo.es/elmundo/2008/08/19/television/1219164838.html>

Murray, S. (2005a). (Un/be)coming out? Rethinking fat politics. *Social Semiotics*, 15(2), 153–163. <https://doi.org/10.1080/10350330500154667>

Murray, S. (2005b). Doing Politics or Selling Out? Living the Fat Body. *Women's Studies*, 34(3–4), 265–277. <https://doi.org/10.1080/00497870590964165>

Murray, S. (2008). The "Fat" Female Body. In *The "Fat" Female Body*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230584419>

Murray, S. (2009). Marked as 'pathological': 'fat' bodies as virtual confessors. In J. Wright & V. Harwood (Eds.), *Biopolitics and the "Obesity Epidemic": Governing Bodies* (pp. 78–90). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203882061>

Navarrete-Muñoz, E. M., Tardón, A., Romaguera, D., Martínez-González, M. Á., &



- Vioque, J. (2018). La financiación de la industria alimentaria y la investigación epidemiológica sobre nutrición y salud. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 168–171. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.04.002>
- Nelson, H. L. (2001). *Damaged identities, narrative repair*. Cornell University Press.
- Nestle, M. (2013). Conflicts of interest in the regulation of food safety. *JAMA Internal Medicine*, 173(22), 2036. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9158>
- Nietzsche, F. (1996). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Tecnos.
- O'Hara, L., & Taylor, J. (2018). What's wrong with the 'war on obesity?' A narrative review of the weight-centered health paradigm and development of the 3C framework to build critical competency for a paradigm shift. *SAGE Open*, 8(2), 1–28. <https://doi.org/10.1177/2158244018772888>
- OECD. (2019). *The heavy burden of obesity: The economics of prevention*. OECD Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/3c6ec454-en>
- Ofori-Asenso, R., Agyeman, A. A., Laar, A., & Boateng, D. (2016). Overweight and obesity epidemic in Ghana—a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 16(1), 1239. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3901-4>
- Oliver, J. E. (2006). *Fat politics: The real story behind America's obesity epidemic*. Oxford University Press.
- Parker, G. (2014). Mothers at large: Responsibilizing the pregnant self for the “obesity epidemic.” *Fat Studies*, 3(2), 101–118. <https://doi.org/10.1080/21604851.2014.889491>
- Pearce, J., & Witten, K. (2010). *Geographies of Obesity. Environmental Understandings of the Obesity Epidemic*. Ashgate.
- Persky, S., & Eccleston, C. P. (2011). Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. *International Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.173>
- Petersen, A., & Bunton, R. (1997). *Foucault, health and medicine*. Routledge.
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319–326.

<https://doi.org/10.1111/obr.12266>

- Phelan, S. M., Dovidio, J. F., Puhl, R. M., Burgess, D. J., Nelson, D. B., Yeazel, M. W., Hardeman, R., Perry, S., & Ryn, M. (2014). Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study. *Obesity*, *22*(4), 1201–1208. <https://doi.org/10.1002/oby.20687>
- Phipps, S. A., Burton, P. S., Osberg, L. S., & Lethbridge, L. N. (2006). Poverty and the extent of child obesity in Canada, Norway and the United States. *Obesity Reviews*, *7*(1), 5–12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00217.x>
- Powell, D., Tenorio, J., & Gard, M. (2022). The worlds of critical obesity studies. In M. Gard, D. Powell, & J. Tenorio (Eds.), *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies* (pp. 2–8). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429344824-2>
- Pringle, R. (2022). Not the medicine needed? Governing fat women’s bodies via exercise prescriptions. In M. Gard, D. Powell, & J. Tenorio (Eds.), *Routledge Handbook of Critical Obesity Studies* (pp. 85–93). Routledge.
- Puhl, R. M. (2020). What words should we use to talk about weight? A systematic review of quantitative and qualitative studies examining preferences for weight-related terminology. *Obesity Reviews*, *21*(6), e13008. <https://doi.org/10.1111/obr.13008>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, *17*(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, *100*(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Pylypa, J. (1998). Power and bodily practice: Applying the work of Foucault to an anthropology of the body. *Arizona Anthropologist*, *13*, 21–36.
- Quennerstedt, M. (2008). Exploring the relation between physical activity and health—a salutogenic approach to physical education. *Sport, Education and Society*, *13*(3), 267–283. <https://doi.org/10.1080/13573320802200594>
- Quirke, L. (2016). “Fat-proof your child”: Parenting advice and “child obesity.” *Fat Studies*, *5*(2), 137–155. <https://doi.org/10.1080/21604851.2016.1145483>
- Reiheld, A. (2021). Thin or thick, real or ideal: How thinking through fatness can help

- us see the dangers of idealized conceptions of patients, providers, health, and disease. In E. Victor & L. K. Guidry-Grimes (Eds.), *Applying nonideal theory to bioethics* (pp. 255–283). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-72503-7\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-030-72503-7_12)
- Rich, E., & Evans, J. (2005). 'Fat ethics' – The obesity discourse and body politics. *Social Theory & Health*, 3(4), 341–358. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700057>
- Rich, E., & Evans, J. (2009). Performative health in schools: Welfare policy, neoliberalism and social regulation? In J. Wright & V. Harwood (Eds.), *Biopolitics and the "Obesity Epidemic": Governing Bodies* (pp. 157–171). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203882061>
- Riesman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Sage Publications.
- Rose, N. (1990). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Routledge.
- Ross, B. (2005). Fat or fiction: Weighing the "obesity epidemic." In M. Gard & J. Wright (Eds.), *The Obesity Epidemic: Science, Morality and Ideology* (pp. 86–106). Routledge.
- Rothblum, E., & Solovay, S. (2009). *The fat studies reader*. New York University Press. <https://doi.org/10.5860/choice.47-3885>
- Ruiz-de-Adana, J. C., Hernández-Matías, A., Pindado-Martínez, M. L., Mariscal-Flores, M. L., González-García, J. C., & Guillén-Morales, C. (2012). Valoración multidisciplinar. Optimización de comorbilidades y pérdida de peso preoperatoria. In J. C. Ruiz-de-Adana & R. Santos-Sánchez (Eds.), *Cirugía de la obesidad mórbida* (pp. 79–90). Arán Ediciones.
- Saguy, A. C. (2013). *What's Wrong with Fat?* Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199857081.001.0001>
- Saguy, A. C., & Ward, A. (2011). Coming out as fat. *Social Psychology Quarterly*, 74(1), 53–75. <https://doi.org/10.1177/0190272511398190>
- Saiphoo, A. N., & Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 101, 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>
- Salemonsens, E., Hansen, B. S., Førland, G., & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre

- participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived "wrong" lifestyle - a qualitative interview study. *BMC Obesity*, 5(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>
- Salmasi, L., & Celidoni, M. (2017). Investigating the poverty-obesity paradox in Europe. *Economics & Human Biology*, 26, 70–85. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2017.02.005>
- Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Eisenberg, M. H., Sywulak, L. A., & Wadden, T. A. (2008). Self-reported stigmatization among candidates for bariatric surgery. *Obesity*, 16(S2), S75–S79. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.450>
- Shilling, C. (2010). Exploring the society–body–school nexus: theoretical and methodology issues in the study of body pedagogics. *Sport, Education and Society*, 15(2), 151–167. <https://doi.org/10.1080/13573321003683786>
- Shilling, C. (2012). *The body and social theory* (3rd ed.). Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781473914810>
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Smith, B., & Monforte, J. (2020). Stories, new materialism and pluralism: Understanding, practising and pushing the boundaries of narrative analysis. *Methods in Psychology*, 2, 100016. <https://doi.org/10.1016/j.metip.2020.100016>
- Somers, M. R. (1994). The narrative constitution of identity: A relational and network approach. *Theory and Society*. <https://doi.org/10.1007/BF00992905>
- Swami, V. (2015). Cultural influences on body size ideals. Unpacking the impact of westernization and modernization. *European Psychologist*, 20(1), 44–51. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000150>
- Swinburn, B. A. (2008). Obesity prevention: The role of policies, laws and regulations. *Australia and New Zealand Health Policy*, 5(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1743-8462-5-12>
- Taylor, S. (2006). Narrative as construction and discursive resource. *Narrative Inquiry*. <https://doi.org/10.1075/ni.16.1.13tay>

- Tewksbury, D., & Scheufele, D. A. (2019). News framing theory and research. In J. Bryant & M. B. Oliver (Eds.), *Media Effects: Advances in Theory and Research* (3rd ed., pp. 17–33). Routledge.
- Throsby, K. (2007). “How could you let yourself get like that?”: Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1561–1571. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.005>
- Throsby, K. (2009). The war on obesity as a moral project: Weight loss drugs, obesity surgery and negotiating failure. *Science as Culture*, 18(2), 201–216. <https://doi.org/10.1080/09505430902885581>
- Throsby, K. (2012). Obesity surgery and the management of excess: exploring the body multiple. *Sociology of Health & Illness*, 34(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01358.x>
- Tiggemann, M. (2022). Digital modification and body image on social media: Disclaimer labels, captions, hashtags, and comments. In *Body Image*. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.02.012>
- Trump, K.-S. (2020). When and why is economic inequality seen as fair. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 34, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.12.001>
- Veldhuis, J., Alleva, J. M., Bij de Vaate, A. J. D. (Nadia), Keijer, M., & Konijn, E. A. (2020). Me, my selfie, and I: The relations between selfie behaviors, body image, self-objectification, and self-esteem in young women. *Psychology of Popular Media*, 9(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/ppm0000206>
- Wann, M. (1998). *FAT!SO? Because you don't have to apologize for your size!* Ten Speed Press.
- Wann, M. (2017). Fat oppression as a source of inspiration: A case history of the FAT!SO? Book. *Fat Studies*, 6(1), 67–76. <https://doi.org/10.1080/21604851.2017.1228419>
- Warin, M., Turner, K., Moore, V., & Davies, M. (2008). Bodies, mothers and identities: rethinking obesity and the BMI. *Sociology of Health & Illness*, 30(1), 97–111. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01029.x>
- Warin, M., Zivkovic, T., Moore, V., & Davies, M. (2012). Mothers as smoking guns:

- Fetal overnutrition and the reproduction of obesity. *Feminism & Psychology*, 22(3), 360–375. <https://doi.org/10.1177/0959353512445359>
- WHO. (2000). Obesity : Preventing and managing the global epidemic. World Health Organization: Technical Report Series. In *WHO Technical Report Series, no. 894*.
- Wiley, L. F., Berman, M. L., & Blanke, D. (2013). Who's your nanny? Choice, paternalism and public health in the age of personal responsibility. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(S1), 88–91. <https://doi.org/10.1111/jlme.12048>
- Woolgar, S. (1991). *Ciencia. Abriendo la caja negra*. Anthropos.
- Wright, J. (2009). Biopower, biopedagogies and the obesity epidemic. In J. Wright & V. Harwood (Eds.), *Biopolitics and the "Obesity Epidemic": Governing Bodies* (pp. 1–14). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203882061>
- Wright, J., & Harwood, V. (2009). *Biopolitics and the "obesity epidemic."* Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203882061>
- Yoo, J. H., & Kim, J. (2012). Obesity in the new media: A content analysis of obesity videos on YouTube. *Health Communication*, 27(1), 86–97. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.569003>
- Zhang, Q., Dong, J., Zhou, D., & Liu, F. (2020). Comparative risk of fracture for bariatric procedures in patients with obesity: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *International Journal of Surgery*, 75, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.01.018>