

La gordofobia es un problema del trabajo social

Fatphobia is a social work issue

NINA NAVAJAS-PERTEGÁS¹

Institut Universitari d'Estudis de la Dona. Universitat de València

Recibido: 15/06/2017

Aceptado: 07/11/2017

Resumen: La «guerra contra la obesidad» se ha convertido en foco de atención de las agencias de salud pública y de los gobiernos occidentales. Su retórica responsabiliza a las personas gordas por su *incapacidad* para mantenerse saludables. Aunque el tono alarmista del discurso biomédico y algunas falsedades sobre los peligros de la gordura han sido abordados desde varias profesiones de ayuda, el trabajo social apenas ha problematizado las discriminaciones sociales producidas por la gordofobia. Este artículo trata de esbozar cómo abordar esta problemática desde una perspectiva anti-opresiva.

Palabras clave: trabajo social anti-opresivo, gordofobia, desigualdades sociales, discriminación, obesidad.

Abstract: The "obesity war" has become the focus of western public health agencies and governments. Such rhetoric holds fat people responsible for their inability to stay healthy. The alarmist tone of the biomedical discourse and some of its false statements about the dangers of fat have been approached from various helping professions. Nevertheless, social work has hardly problematized fatphobic discriminations. This article tries to outline how to approach this problem from an anti-oppressive perspective.

Key words: anti-oppressive social work, fatphobia, social inequalities, discrimination, obesity.

Introducción

Los gobiernos y las agencias de salud pública de los países industrializados han elevado recientemente la gordura a la categoría de patología y «epidemia global», considerando que las personas gordas² están enfermas o desarrollarán enfermedades debido al exceso de grasa corporal. Invocando a la salud y a posibles recompensas futuras,

el discurso biomédico, insta a los sujetos a realizar operaciones sobre sí mismos basadas en la autorregulación corporal.

En este trabajo planteo que esta perspectiva de la gordura al desatender problemáticas estructurales y focalizarse en el autocontrol y las elecciones individuales, produce estigma y culpabiliza a las personas gordas por negarse a adoptar *estilos de vida saludables*.

1 Dirección para correspondencia: Nina Navajas-Pertegás. Institut Universitari d'Estudis de la Dona. Universitat de València. Calle: Serpis, nº 29, Edificio Beatriu Civera. 46022 Valencia. nina.navajas@uv.es

2 Como otras investigadoras críticas con el «discurso de la obesidad», prefiero utilizar el término descriptivo «gorda» y sus derivados para referirme a las personas gordas. Únicamente haré referencia al término «obesidad» cuando las fuentes consultadas utilicen esta terminología, por considerar que patologiza a las personas gordas y contribuye a generar estigma sobre ellas.

Parto desde una perspectiva anti-opresiva del trabajo social y desde los *Critical Weight Studies* (CWS); para ambas la raza, el género, la edad, etc., son ejes centrales para comprender el funcionamiento de los mecanismos de poder y opresión. Asimismo, comparten el interés en amortiguar los efectos negativos de dichos dispositivos a nivel, tanto práctico, como discursivo, y aspiran a transformar cómo nos relacionamos con *las/os oprimidas/os*. Igualmente, impulsan la dignidad y el respeto hacia la diversidad humana, en un sentido amplio. Los CWS cuestionan el paradigma biomédico de la gordura, examinan críticamente actitudes vinculadas al peso y a la imagen corporal, e impulsan la justicia social eliminando los estereotipos atribuidos a la gordura y a las personas gordas, para promover su emancipación (Rothblum, 2011). Argumentaré, desde una perspectiva anti-opresiva del trabajo social que resulta imprescindible abrazar esos objetivos en nuestra praxis y en la enseñanza del trabajo social si deseamos avanzar en la igualdad y no discriminación. Puesto que gran parte del trabajo social desarrollado en organizaciones públicas se centra en la salud de las/os usuarias/os, y las/os trabajadoras/es sociales sanitarios pueden verse implicadas/os en la retórica de la *guerra contra la obesidad*, creo oportuno practicar un sano escepticismo ante argumentos que por el *bien común* privilegian el cambio, principalmente, a nivel individual (Friedman, 2012).

La gordofobia, o terror patológico a la gordura (Robinson *et al.*, 1993), necesita una reflexión impostergable desde el trabajo social y, como otras formas de exclusión, debe considerarse por los efectos aniquiladores del bienestar y la dignidad humanas.

Para comprender la construcción de la gordura como problemática de la que debe hacerse cargo el/la propio/a individuo, prestaremos atención al momento sociohistórico actual en el que la influencia del neoliberalismo se ha extendido a todas las esferas de la vida. Partiendo del trabajo de Goffman (2006) analizaremos qué prejuicios y discriminaciones recorren las vidas de las personas gordas, con el objetivo de propiciar un debate que incluya estrategias de trabajo social anti-opresivas.

La gordura en el contexto neoliberal

Aunque la gordura ha sido investida sólo recientemente como «epidemia» por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), desde hace tres décadas ha estado en el punto de mira de los gobiernos y las agencias de salud pública de

las organizaciones nacionales e internacionales de los países industrializados.

Consecuentemente, se ha puesto en marcha una batería de acciones y políticas públicas para erradicar dicha *epidemia*, que ha incrementado la demonización de la gordura y la culpabilización las personas gordas por *destruir y abusar de los sistemas públicos de salud* debido a su irresponsabilidad y falta de autocontrol (Harjunen, 2017).

Diferentes disciplinas académicas han cuestionado el tono alarmista y las afirmaciones difundidas por los agentes implicados en esta causa, afirmando que el discurso de la «epidemia de obesidad» se ha construido como pánico moral (Campos *et al.*, 2006). Este concepto define situaciones en las que un determinado fenómeno o grupo humano es estereotipado y calificado como una amenaza para los valores sociales (Cohen, 2002). Los *mass media* han contribuido a difundir rápidamente las informaciones sobre la «epidemia de obesidad» presentando los hechos de forma alarmista y sesgada, basándose en la exageración de riesgos y en la proyección de ansiedades sociales características de los periodos de agitadas transformaciones sociales (Cohen, 2002: xxi).

En relación a la esta supuesta «epidemia de la obesidad» que ha asolado los países occidentales³, Campos *et al.* (2006) advierten que el aumento del porcentaje mundial de personas gordas está relacionado con el cambio en los parámetros que establecen «sobrepeso» y «obesidad» según la fórmula del Índice de Masa Corporal (IMC)⁴, que llevaron a cabo las autoridades médicas estadounidenses en 1998. Este cambio provocó que, solamente en EE.UU., veintinueve millones de personas pasaran a ser consideradas «obesas» o con «sobrepeso» de la noche a la mañana. El lobby médico que apoyó esta modificación se basó en algunas evidencias científicas para afirmar que las personas con «sobrepeso» se enfrentaban a un mayor riesgo de morbilidad y que la «obesidad» aumentaría las tasas de mortalidad. Estas afirmaciones han sido discutidas por resultar contradictorias (Campos *et al.*, 2006) y por obviar factores como la calidad de la dieta, el ejercicio, el uso de medicamentos, el *efecto rebote* (Brownell y Rodin, 1994), la clase social, el historial familiar o el género (Campos *et al.*, 2006). Cabe subrayar, que la tesis epidemista, al no incorporar una perspectiva interdisciplinar, asume que las personas somos delgadas por naturaleza y que, históricamente siempre lo hemos sido. A pesar de que gran parte de la investigación sobre obesidad ha sido refutada debido a una insuficiente evidencia empírica y a que no

3 Conceptos como «occidente», «oriente» —y derivados— son relativos y poco concisos, contruidos desde una mirada etnocéntrica que pretende erigirse como neutral, objetiva y universal. Utilizo esa terminología, simplemente, porque resulta práctica.

4 El IMC es una ecuación matemática en la que el peso del sujeto se divide por el cuadrado de su altura (Gard y Wright, 2005:92). Un IMC de 20-25 se considera «normal», entre 25-30 indicaría «sobrepeso» y superior a 30 «obesidad».

ha sido contrastada en estudios longitudinales (Sobal, 1991), una parte de las/os profesionales sanitarias/os —trabajadoras/es sociales incluidas/os (McCardle, 2008)— entiende que sus usuarias/os deben evitar la gordura, y si ya están gordos/as, deben animarles a adelgazar

El discurso de la «epidemia de la obesidad» emerge en un contexto caracterizado por el auge de políticas neoliberales que influyen en los programas de gobierno de todos los partidos políticos y en esferas que no son propiamente económicas: educativa, control de los delitos, laboral, sanitaria, etc. (Gómez *et al.*, 2006:8). La racionalidad neoliberal ha propiciado diversos reajustes a los que no ha escapado el control del cuerpo. Consecuentemente, el discurso biomédico *mainstream* enfatiza la libre elección, la responsabilidad individual y el autocontrol para regular comportamientos corporales y mantener la *salud de la nación*, en un contexto en el que las instituciones sanitarias *welfaristas* han sido reconfiguradas y vaciadas de contenido a través de la mercantilización y la privatización de la salud. El concepto de enfermedad se distancia de su dimensión social y la salud se concibe como un asunto del que debe responsabilizarse cada sujeto, produciéndose alrededor del cuerpo un proceso de «medicalización indefinida» que desplaza el paradigma anterior —centrado en la enfermedad y su diagnóstico— hacia otro que se agrupa en torno a funciones normalizadoras de autovigilancia (Landa, 2014:158-161). La «guerra contra la obesidad» es una técnica de *gubernamentalidad* neoliberal, puesto que pretende, no sólo corregir la conducta de las/os *individuos desviados*, sino que la intención última es encauzar el comportamiento de los *sujetos normales* a través de sus elecciones.

En relación al peso, la alimentación y el ejercicio físico, la medicina es un locutor privilegiado a la hora de producir discursos sobre lo 'sano', lo 'patológico' y lo 'normal' (Esteban, 2013:91) y, a pesar de que la gordura ni puede transmitirse, ni es una enfermedad infecciosa, en occidente ha cristalizado la idea de que nos hallamos ante una epidemia que crece de forma galopante. La OMS no define la obesidad como una enfermedad, pero reproduce dicho discurso en varios de sus documentos⁵. Esta problematización del *exceso de peso* estigmatiza a las personas gordas, al tiempo que se espera que la totalidad de las/os miembros de una comunidad adopten las medidas necesarias para *protegerse de la enfermedad* y para evitar su propagación a través de todo el 'cuerpo social' (Murray 2016:16). Aquí resulta útil el concepto *biopolítica* (Foucault, 1998), pues evitar la gordura se entiende como una obligación cívica. Así es como la/el sujeto gordo/o es

marcado como alguien incapaz de controlar su enfermedad y de respetar las normas de salud pública. Por otro lado, gran parte de los discursos de salud pública ofrecen mensajes para adoptar *estilos de vida saludables*; recomendaciones que han cristalizado en nuestro imaginario colectivo formidablemente gracias a los *mass media* (Saguy y Almeling, 2008:77) y a la *espectacularización* de imágenes del 'buen vivir' difundidas a través de los medios de comunicación. Estas prácticas podrían entenderse como *tecnologías del yo* (Foucault, 1981/2008:48), es decir, prácticas voluntarias sobre el propio cuerpo a través de las cuáles uno/a se constituye como sujeto moral que elige responsablemente *estilos de vida* beneficiosos para mantener su salud. Vemos cómo el cuerpo deviene sede 'encarnada' de los valores neoliberales.

Los discursos contemporáneos sobre salud pública, al sustentarse en la lógica neoliberal de la gestión individual de los riesgos (Petersen y Lupton, 1997), observan el rechazo a adoptar *estilos de vida saludables* como un fracaso moral de la capacidad individual en velar por uno mismo y como signo de abandono en una cultura en la que se da por sentado la consecución de la igualdad. *Escoger decididamente* la gordura, en un escenario influenciado por la idea de gestión de la vida según el modelo empresarial, se interpreta como signo de renuncia a entrar en la 'competición mundial' por la excelencia y la superación personal, y como desistimiento ante las oportunidades que nos aguardan.

Deconstruyendo algunos mitos sobre la gordura

La idea de que la gordura es fácilmente corregible a través de la dieta y el ejercicio físico se encuentra cada vez más extendida y ha devenido una verdad incontestable. Sin embargo, en la narrativa neoliberal del *self-made man/woman* queda obviada la desigualdad de oportunidades para desarrollar estilos de vida presentados como universalmente valiosos y potencialmente alcanzables por todas/os, ya que su desarrollo está subordinado a la posición diferencial que cada individuo ocupa en el espacio social (Bourdieu 2000). Esto cobra, una especial relevancia en un contexto azotado por los atroces efectos de la crisis económica de 2007 (elevado desempleo, recortes salariales, aumento de la pobreza, congelación de las pensiones, etc. (Oxfam International. Septiembre 2013).

El ámbito sanitario y el saber popular contemporáneo consideran la gordura como consecuencia de una ingesta excesiva de alimentos, y los discursos que hacen referencia a la gordura aluden al descontrol, la flacidez de las carnes, la falta de vitalidad y a la depravación moral (Santiso, 2001).

5 Organización Mundial de la Salud, Datos y Cifras, 10 datos sobre la obesidad. Consulta: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index9.html>. [10/04/2017].

En la contemporaneidad, hacer dieta y adelgazar —domeñar el propio cuerpo mediante *tecnologías del yo*— simboliza la victoria de la razón y la voluntad sobre la naturaleza. Sin embargo, la realidad es más compleja pues el peso, entre otras cosas, está relacionado con factores genéticos y metabólicos; mecanismos hormonales y neurohormonales; el historial de pérdida-aumento de peso (Brownell y Rodin, 1994:1325); la constitución física, la clase social y el género (Contreras, 2005:33); la exposición a contaminantes ambientales, pesticidas y *ftalatos* —compuestos químicos presentes en algunos plásticos—; el consumo de fructosa, glutamato monosódico y/o isoflavonas de soja; los metales pesados presentes en cosméticos y alimentos (Arrebola y Alzaga, 2016); la falta de sueño y la disminución del tabaquismo (Keith *et al.*, 2006). Interpretar la gordura como evidencia de que ‘se ha comido demasiado’ resulta problemático a la hora de representar la multitud de vivencias corporales experimentadas por las personas gordas y deviene un impedimento para transformar los estigmas asociados a la gordura. El discurso médico y mediático ha sobredimensionado los efectos negativos de la gordura en la salud, ya que la «obesidad moderada» puede proteger contra la enfermedad, estar asociada a un buen estado de salud (Santiso, 2001:230) y no acortar la vida (Flegal *et al.*, 2005:1861). Mann *et al.* (2007:221) muestran la ineffectividad de las dietas de adelgazamiento y sus crueles efectos secundarios: aunque ayudan a perder peso a corto plazo (entre un 5%-10% del total), éste no se mantiene a largo plazo y se terminan recuperando más kilos de los que se perdieron. Las dietas de adelgazamiento están correlacionadas con la obesidad y la variabilidad del peso y, si éste fluctúa frecuentemente, existe mayor riesgo de padecer enfermedades coronarias y crónicas que si se mantiene de forma estable, aunque sea mayor (Lee y Paffenbarger, 1992).

En su renombrado estudio sobre el hambre, Keys *et al.* (1950) apreciaron cambios físicos y psicosociales que persistieron tras la investigación como: pensamientos sobre comida que alteraban la concentración y el desarrollo de otras actividades; mayor protagonismo de la comida en los temas de conversación y lectura; descenso en el interés por mantener relaciones sexuales, etc. El hambre producía angustia, sufrimiento psicológico severo, cambios de humor drásticos, depresión, irritabilidad, ansiedad, apatía y/o abandono del cuidado físico. En la fase más restrictiva, se observó pérdida de control y episodios de atracones seguidos de sentimientos de malestar y autorreproche al abandonar la dieta, menor capacidad de concentración, lucidez y decisión, así como malestar gastrointestinal, alteraciones del sueño, mareos, etc. Investigaciones más recientes concluyen que las dietas no son un

tratamiento efectivo para adelgazar (Mann *et al.*, 2007) ya que producen riesgos añadidos para la salud y contribuyen a generar desórdenes alimenticios (Polivy & Herman, 1985).

La gordofobia es perjudicial para la salud

El «estigma» es una marca o desventaja que hace referencia a un «atributo desacreditador» en un sujeto/grupo determinado y la persona que lo porta, en cierta manera, no es «totalmente humana» (Goffman, 1963:16). Así, activamos diversas formas de discriminación a través de las cuales «reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, [las] posibilidades de vida» de la/el sujeto estigmatizada/o (Goffman, 1963:14). El concepto «estigmatización» desarrollado para describir las reacciones negativas que las/os individuos muestran ante condiciones como las enfermedades mentales, la diversidad funcional, etc., ha utilizado recientemente para estudiar el rechazo ante otros colectivos: personas con VIH, cáncer o personas gordas (Sobal, 1991:126). Cada sociedad dispone los medios para que las personas y sus conductas sean categorizadas como ‘normales’ o ‘deviantes’ (Goffman 1963:12). Estas «categorías» facilitan información acerca de la «identidad social» de una persona en la interacción social. Sin embargo, algunas ‘anticipaciones’ que realizamos basadas en el conocimiento que creemos poseer acerca de determinados grupos sociales, pueden transformarse en «expectativas normativas» (Goffman, 1963:12). El cuerpo gordo por su hipervisibilidad, es un cuerpo «desacreditado», marcado por la diferencia, por lo extraordinario, haciéndolo agredible. Paradójicamente, es *socialmente invisible* por la escasez de referentes culturales ‘positivos’. El estigma es determinante a la hora de (re)producir relaciones de poder y control, favoreciendo la desvalorización de algunos grupos a costa de otros que se sienten en algún aspecto superiores (Bayer 2008:465). El cuerpo gordo se construye discursivamente como un cuerpo parasitario y costoso para los bolsillos de las/os contribuyentes por consumir recursos sanitarios excesivamente.

En EE.UU. las discriminaciones y prejuicios contra las personas gordas han aumentado un 66% en la última década — con tasas comparables a las de discriminación racial— (Puhl y Heuer, 2009). Según estas investigadoras, la creencia de que dejar de ser gorda/o es algo sencillo, es origen de actitudes estigmatizantes hacia las personas gordas (Puhl y Heuer, 2009:952); que se traduce en desigualdades laborales, de movilidad, de diagnóstico y tratamiento sanitario, educativas, etc. Asimismo, las personas gordas soportan los prejuicios del personal socio-sanitario: menor tiempo de atención; más prescripciones de pruebas relacionadas con estereotipos

vinculados a la gordura (analíticas de colesterol, triglicéridos y glucosa) y de medicamentos (antidepresivos); más derivaciones a asistencia psicológica y de salud mental (Hebl y Xu, 2001: 1249). Brownell et al. 2005, revelaron que las/os médicas/os y enfermeras/os participantes en su estudio consideraban indisciplinadas/os y repelentes a sus pacientes gordas/os. Las consecuencias psicosociales y sanitarias negativas que esto puede tener para este colectivo resultan obvias (Lawrence et al., 2012:64). Existe escasa evidencia científica sobre las actitudes y prejuicios entre las/os trabajadoras/es sociales. Uno de los pocos estudios (McCardle, 2008) sugiere que, aunque estas/os profesionales mantienen actitudes bastante positivas hacia las/os obesos, los estereotipos gordofóbicos pueden perjudicar su praxis, pues existe una fuerte correlación entre creer que la gordura es (auto)controlable y mostrar actitudes adversas hacia las personas obesas. Contrariamente, las/os profesionales que pensaban que la gordura no está controlada por la/el individuo mostraban buena disposición hacia las personas obesas. Shinan-Altman (2017:343) informa que las/os trabajadoras/es sociales sanitarios expresan respuestas emocionales negativas hacia las personas gordas y un porcentaje significativamente alto muestra actitudes negativas.

Por otro lado, en el audiovisual raramente aparecen personas gordas y, cuando lo hacen, es para protagonizar roles estereotipados y ser el blanco de burlas (White *et al.* 1999). La publicidad también refuerza la idea de que la gordura es un estado transitorio y deleznable, así como la prensa escrita, que representa al individuo gordo como: estúpido, repugnante, irresponsable, avaricioso y maleducado (Sandberg, 2007).

Desgraciadamente, las personas gordas internalizan y reproducen estos prejuicios y estereotipos, hecho que contribuye a tener que afrontar dificultades a nivel emocional y psicofísico (Friedman, 2012). El actual vaciamiento de contenido de problemáticas sociales —característico del neoliberalismo—, como la gordofobia, se proyecta en psicología (falta de control, problemas de autoestima, labilidad emocional, etc.) para terminar culpabilizando a las/os sujetos de su situación.

¿Por qué el Trabajo Social debe luchar contra la gordofobia?

Los enfoques anti-discriminatorios y anti-opresivos han impactado significativamente en el trabajo social a nivel internacional (Dalrymple y Burke, 2000; Dominelli, 1994, 1996, 2000; Razack, 1999; Strier y Binyamin 2013). El trabajo social anti-opresivo (TSAO) examina críticamente la utilización

y el abuso del poder en el comportamiento individual y en el organizacional, que puede ser manifiesta o indirectamente racista, clasista, sexista, etc. Igualmente, analiza otras estructuras sociales más amplias: sistema socioeconómico, político, de salud, educativo, etc., así como la prestación de servicios y recompensas a grupos poderosos a nivel local, nacional e internacional (Clifford, 1995: 65).

La práctica anti-opresiva (PAO) es una perspectiva de trabajo social radical que descansa sobre valores humanistas y de justicia social, procurando comprender cómo los conceptos de poder, opresión y desigualdad determinan las relaciones personales y estructurales (Dalrymple y Burke, 2000). Parte de la premisa de la horizontalidad en las relaciones entre trabajadora/or social y la persona para reducir los efectos negativos de las jerarquías en sus interacciones y en el trabajo que realizan conjuntamente (Dominelli, 1994:3). Desde esta perspectiva, se aspira a erradicar las opresiones y desigualdades a través de cambios sociales e institucionales, y a que las/os oprimidas/os se empoderen tomando las riendas de sus vidas para ser agentes sociales transformadores. La postura de las/os profesionales que acompañan en estos procesos ha de ser reflexiva y comprometida con la transformación social (Dalrymple y Burke, 2000)

El TSAO tradicionalmente ha denunciado formas de dominación como: la opresión de género (Dominelli, 2002); el racismo institucional (Bell, 2015; Rajan-Rankin, 2015; Trolander, 1997); la xenofobia (Zorn, 2014); el capacitismo (Muyor, 2011); la gitanofobia (Urh, 2014); la transfobia (Navajas-Pertegás, 2015), etc. Sin embargo, las experiencias de discriminación y opresión de las personas gordas permanecen desproblematizadas en nuestra disciplina (Friedman, 2012; Mcardle, 2008). Consecuentemente, desconocemos la profundidad de los efectos causados por los sesgos sobre la gordura que mantienen las/os trabajadoras/es sociales con sus usuarias/os, y los sesgos del alumnado de trabajo social. Desafortunadamente, cabe esperar que, a menos que examinemos críticamente nuestras propias creencias sobre la gordura y sobre las personas gordas, terminemos reproduciendo los estereotipos sociales sobre la gordura en nuestras interacciones con las/os usuarios y en las aulas de trabajo social.

El respeto a la diversidad es uno de los valores sobre los que reposa nuestra disciplina (IFSW). Puesto que la discriminación de las personas gordas compromete su salud y bienestar por considerar que su diferencia corporal es autoinfligida y es fácilmente modificable mediante cambios de comportamiento, propongo tener en cuenta estos aspectos en la praxis y enseñanza del trabajo social para promover un TSAO que considere las experiencias de opresión y las histo-

rias de exclusión de las personas gordas (Dominelli, 1994:3). Ampliar nuestra perspectiva crítica sobre la gordura implica acudir a fuentes que no provienen únicamente del trabajo social, sino de las ciencias sociales y de la salud, del derecho, etc. (ver Rich et al., 2011). Las propuestas de Clifford (1995:66), que ilustro a continuación, resultan sumamente útiles para trabajar con personas gordas y enseñar desde la perspectiva del TSAO:

- *Tomar en cuenta los factores sociohistóricos específicos* sin reducir el comportamiento a aspectos biológicos, psicológicos o económicos. Esto implica ser críticas/os con la retórica de la «epidemia de la obesidad» y las actuaciones propuestas por los gobiernos para combatirla, preguntándonos por las causas y los efectos de la medicalización de la gordura.
- *Considerar el poder en los niveles estructural y personal* para analizar cómo los individuos o grupos acceden asimétricamente a los recursos y posiciones de poder. El TSAO debería incluir la gordura como otro eje más en sus análisis para determinar qué espacios, recursos y posiciones de poder son de difícil acceso a las personas gordas (p.ej.: atención sanitaria y empleo (Baum y Ford, 2004).
- *Examinar minuciosamente la «diferencia»*, ya que al igual que el género, la diversidad funcional, la etnia, etc., la gordura intersecta con otros ejes de discriminación estructurando las vidas de las personas gordas y produciendo experiencias complejas.
- *Ser reflexivas/os*, responsabilizarnos y examinar de forma crítica los efectos que nuestras diferencias sociales, valores y poder, tienen en las interacciones con quienes trabajamos. Esto implica revisar de forma crítica nuestras creencias y asunciones acerca de la gordura para evitar reproducir sesgos gordofóbicos que atenten contra la dignidad de las personas gordas cuando trabajamos con ellas y cuando enseñamos trabajo social.
- *Politizar las experiencias personales de las personas con las que trabajamos*, ya que sus vivencias están insertadas en contextos sociales más amplios en los que su situación personal está relacionada con el sistema familiar, su comunidad, los grupos de iguales, las instituciones y las comunidades. Las problemáticas con las que se enfrentan las personas gordas no deben interpretarse exclusivamente como problemas individuales, sino que son fruto de las ideologías, de las políticas públicas y de las prácticas gordofóbicas propias del contexto social del que proviene la persona.

Propongo que, tanto en la intervención como en la educación, el trabajo social debe implicarse enérgicamente en la reducción del estigma asociado a la gordura, primeramente, revisando de forma crítica las actitudes de las/os profesionales y del estudiantado hacia las personas gordas; en este sentido, la educación en el trabajo social podría tomar medidas iniciales para incluir la gordura como un área de opresión social y diversidad humana (Lawrence et al., 2012: 71). Asimismo, la investigación en este área precisa esfuerzos para profundizar sobre el riesgo de estigmatización de las personas gordas entre las profesiones de ayuda (Puhl y Latner (2007), especialmente entre las/os trabajadoras/es sociales sanitarias/os, a fin de prevenir una praxis inadecuada y/o de despertar sentimientos de culpa e ira hacia estas personas (Shinan-Altman, 2017). En segundo lugar, nuestra disciplina debe emplearse a fondo en difundir las inexactitudes y falsedades del discurso de la obesidad; un discurso que promueve el odio a la diferencia corporal y que, por ello, fomenta las desigualdades a las que se enfrentan las personas gordas.

Reflexiones finales

La salud se ha convertido en la nueva versión de la eterna búsqueda de la inmortalidad, un distintivo de honor a través del cual podemos reafirmarnos como ciudadanía responsable y digna (Cheek, 2008). La «guerra contra la obesidad» reposa sobre el optimismo cruel del adelgazamiento, a pesar de la peligrosidad que éste entraña. Esta *batalla* es un campo fértil que genera beneficios multimillonarios para un complejo entramado compuesto por corporaciones agroalimentarias, compañías especializadas en la pérdida de peso, grupos de investigación, etc. Friedman (2012:62) insta a examinar la preocupación histórica del trabajo social por proporcionar cuerpos dóciles y sujetos obedientes al estado —anteponiendo, frecuentemente, el empoderamiento individual o el cambio social—, y que esta perspectiva tenga continuidad en el trabajo social contemporáneo. Como se ha discutido a lo largo de este trabajo, los enfoques anti-opresivos concentran sus esfuerzos en enfatizar la emancipación, la justicia social y la horizontalidad en la relación con las personas con las que trabajamos.

A diferencia de otras profesiones de ayuda, cuya finalidad es la de trabajar por el bienestar psicofísico, intelectual, emocional y espiritual de las personas y de las comunidades, el trabajo social no ha abordado en profundidad la cuestión del estigma de la gordura y la discriminación de las personas gordas. Aunque el TSAO ha abanderado la denuncia de nuevas formas de discriminación, tenemos ante nosotras/os un largo trayecto en lo que a la gordofobia se refiere, pues

es previsible que la marginación de las personas gordas se agudice por la tolerancia de los prejuicios sobre la gordura (Puhl y Brownell, 2001) y porque la expresión de actitudes negativas hacia las personas gordas goza socialmente de una inmensa popularidad — disfrazándose, en ocasiones, como un detonante para que las/os gordas/os cambien. Es imprescindible problematizar desde nuestra disciplina la crueldad y el maltrato social e institucional hacia las personas gordas, porque la delgadez no sólo otorga prestigio, sino que concede privilegios y derechos que les son negados a las/os gordas/os por su diversidad corporal.

Asistimos a un momento de reconfiguración de las políticas sociales en el que las solidaridades de los estados *welfarestas* están siendo desmanteladas paulatinamente, un momento en el que, sin ningún sonrojo, periódicos nacionales como *El País* (Ansedé, 02/02/2016) interrogan a sus lectores/as sobre si «¿Deben tener sanidad gratuita los fumadores, los obesos y los bebedores?». En este sentido, es urgente producir conocimiento crítico y transformador desde el trabajo social que no sucumba al poder, sino que —desde aquello que caracteriza la esencia de nuestra profesión— desvele, confronte y resista las discriminaciones gordofóbicas, desmascarando las falacias de la «epidemia de la obesidad» y el impacto negativo para la salud de vivir bajo los efectos de la privación y la discriminación social (Bacon y Aphramor, 2014). Podemos comenzar preguntándonos si es ético postergar el reconocimiento de la dignidad y la humanidad de las/os gordas/os hasta que hayan adelgazado. Si lo se persigue es la justicia social, cabría equilibrar las asimetrías sociales y dejar de responsabilizar individualmente a las/os sujetos de su vulnerabilidad, para ello hay que desplazar las miradas de los cuerpos gordos, y posarlas donde se encuentra el verdadero problema y donde urgen las transformaciones sociales: en una sociedad intolerante con la diversidad humana que, al destruir la dignidad de las personas gordas, pone en riesgo la vida misma.

Agradecimientos:

Trabajo financiado por el Programa de Becas de Formación del Profesorado Universitario del Ministerio de Cultura, Educación y Deporte de España (código: FPU15/03990).

A las/os dos revisoras/es que han evaluado este artículo, agradezco su feedback y sus observaciones.

A la Dra. Amparo Bonilla Campos por su acompañamiento, guía y asesoramiento.

A la Dra. Lucía Gómez Sánchez, por animarme a escribir y a investigar partiendo de mis experiencias personales.

Bibliografía

- Ansedé, M. (02/02/2016). ¿Deben tener sanidad gratuita los fumadores, los obesos y los bebedores? *El País*. Consulta: https://elpais.com/elpais/2016/03/02/ciencia/1456917481_730521.html.
- Arrebola, J. P., y Alzaga, B. G. (2016). Exposición a contaminantes ambientales por vía alimentaria y repercusiones metabólicas relacionadas con la obesidad. *Nutrición Clínica*, 10(3-2016), 164-174.
- Bacon, L., y Aphramor, L. (2014). *Body respect: What conventional health books get wrong, leave out, and just plain fail to understand about weight*. Dallas: BenBella Books, Inc.
- Baum, C. L., y Ford, F. F. (2004). The wage effects of obesity: A longitudinal study. *Health Economics*, 13(9), 885-899.
- Bayer, R. (2008). Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. *Social science & medicine*, 67(3), 463-472.
- Bell, J. M. (2015). The Black Power influence on American schools of social work. *Critical and Radical Social Work*, 3(2), 295-304.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama S.A.
- Brownell, K. D., y Rodin, J. (1994). Medical, metabolic, and psychological effects of weight cycling. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1325-1330.
- Brownell, K. D., Puhl, R.M., Schwartz, M.B., y Rudd, L. (Eds.). 2005. *Weight Bias: Nature, Consequences, and Remedies*. New York: Guilford.
- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., y Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International journal of epidemiology*, 35(1), 55-60.
- Cheek, J. (2008). Healthism: A new conservatism? *Qualitative Health Research*, 18(7).
- Clifford, D.J. (1995). 'Methods in oral history and social work'. *Journal of the Oral History Society*, 23(2), 65-70.
- Cohen, S. H. (2004). *Folk devils & moral panics: the creation of the mods and rockers*. London/New York: Routledge.
- Contreras, J. (2005). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, 27, 31-52.
- Dalrymple, J., y Burke, B. (2000). Anti-oppressive practice. En, M. Davies (Ed.) *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Dominelli, L. (1994). 'Anti-racist social work education', Paper given at the 27th Congress of the International Association of Schools of Social Work, Amsterdam, July.

- Dominelli, L. (2002). *Feminist social work theory and practice*. Houndmills/New York: Palgrave Macmillan.
- Dominelli, L. (1996). Deprofessionalizing social work: Anti-oppressive practice competencies and post-modernism. *British Journal of Social Work*, (26), 153-175.
- Esteban, M. L. (2013). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., y Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Jama*, 293(15), 1861-1867.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad, I: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1981/2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós.
- Friedman, M. (2012). Fat is a Social Work Issue: Fat bodies, moral regulation, and the history of social work. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Policy, and Practice*, 1, 53-69.
- Gard, M., y Wright, J. (2005). *The obesity epidemic: Science, morality and ideology*. New York: Routledge.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Gómez, L., Martínez, L.M., y Jódar, F. (2006). Psicología, identidad e política nas tecnologías de governo neoliberalis. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 7-14.
- Harjunen, H. (2017). *Neoliberal Bodies and the Gendered Fat Body*. Oxon/New York: Routledge.
- Hebl, M. R., y Xu, J. (2001). Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 25(8), 1246-1252.
- Keith, S. W., Redden, D. T., Katzmarzyk, P. T., Boggianno, M. M., Hanlon, E. C., Benca, R. M., y Wang, C. (2006). Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less travelled. *International Journal of Obesity*, 30(11), 1585-1594.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., Taylor, H. L., Simonson, E., y Wells, S. M. (1950). *The biology of human starvation: Vols. 1 y 2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Landa, M. I. (2014). La sonrisa del éxito: figuraciones de una subjetividad exigida. *ARXIU. Arxius de Ciències Socials*, 30(6), 153-168.
- Lawrence, S. A., Hazlett, R., y Abel, E. M. (2012). Obesity related stigma as a form of oppression: Implications for social work education. *Social Work Education*, 31(1), 63-74.
- Lee, I.M., y Paffenbarger, R.S. (1992). Change in body weight and longevity. *Jama*, 268(15) 2045-2049.
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B., y Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *American Psychologist*, 62(3), 220-223.
- McCardle, M. (2008). *Weight bias and social work practice: an empirical exploration*. (Tesis doctoral no publicada). City University of New York.
- Murray, S. (2016). *The 'Fat' Female Body*. New York: Palgrave MacMillan.
- Muyor Rodríguez, J. (2011). La (con)ciencia del trabajo social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 49, 9-33.
- Navajas-Pertegás, N. (2015). Una diversidad otra: Mirada trans-formadora desde el trabajo social feminista. tres historias de vidas transexuales. *Quaderns de Ciències Socials*, 30, 8-43.
- Organización Mundial de la Salud. Datos y Cifras. 10 datos sobre la obesidad, en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index9.html>. [10/04/2017].
- Oxfam International. El poder de las personas contra la pobreza. 174 Informe de Oxfam. (Septiembre 2013). LA TRAMPA DE LA AUSTERIDAD El verdadero coste de la desigualdad en Europa. Consulta: <https://www.oxfam.org/es/informes/la-trampa-de-la-austeridad>. [09/09/2017].
- Puhl, R. M. y Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557.
- Puhl, R., y Brownell, K. D. (2001). "Bias, discrimination, and obesity". *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R. M., y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Rajan-Rankin, S. (2015). Anti-racist social work in a 'post-race society'? interrogating the amorphous 'other'. *Critical and Radical Social Work*, 3(2), 207-220.
- Razack, N. (1999). Anti-discriminatory practice: Pedagogical struggles and challenges. *The British Journal of Social Work*, 29(2), 231-250.
- Rich, E., Monaghan, L. F., y Aphramor, L. (Eds.). (2011). *Debating obesity: Critical perspectives*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Robinson, B., Bacon, L. C., y O'Reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes». *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 467-480.
- Rothblum, E. D., Brand P. A., Miller, C. T., y Oetjen, H. A. (1990). The Relationship between obesity, employment discrimination and employment related victimization. *Journal of Vocation Behaviour* 37, 251-266.

- Saguy, A.C., y Almeling, R. (2008). Fat in the Fire? Science, the News Media, and the "Obesity Epidemic" 2. *Sociological Forum*, 23(1), 53-83. Blackwell Publishing Ltd.
- Sandberg, H. (2007). A matter of looks: the framing of obesity in four Swedish daily newspapers. *Communications*, 32, 47-472.
- Santiso, R. (2001). El cuerpo del delito, torturas corporales en torno al cuerpo. En Azpeitia, M., Barral, M., Díaz, L., Cortés, T. G., Moreno, E., y Yago, T. (Eds.). *Piel que habla: Viaje a través de los cuerpos femeninos*. (pp. 223-244). Barcelona: Icaria.
- Shinan-Altman, S. (2017). Medical social workers' perceptions of obesity. *Journal of Social Work*, 17(3), 343-357.
- Sobal, J. (1991). Obesity and nutritional sociology: a model for coping with the stigma of obesity. *Clinical sociology review*, 9(1), 125-141.
- Strier, R. y Binyamin, S. (2013). Introducing anti-oppressive social work practices in public services: Rhetoric to practice. *The British Journal of Social Work*, 44(8), 2095-2112.
- Trolander, J. A. (1997). Fighting racism and sexism: The council on social work education. *Social Service Review*, 71(1), 110-134.
- Urh, P. H. (2014). 'Everyone is blaming us!' Conceptualising current anti-Roma racism in Europe and its necessary implications for anti-racist social work. *Critical and Radical Social Work*, 2(1), 59-76.
- White, S. E., Brown, N. J., y Ginsburg, S. L. (1999). Diversity of body types in network television programming: A content analysis. *Communication Research Reports*, 16(4), 386-392.
- Zorn, J. (2014). 'No border, no nation, stop deportation': Protest against immigration control as empowerment. *Critical and Radical Social Work*, 2(2), 175-192.
- International Federation of Social Workers (IFSW). Propuesta de Definición Global del Trabajo Social. Consulta: <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>. [06/04/2017].