



Estudio exploratorio sobre experiencias de estigma de la gordura según las usuarias del sistema público de salud valenciano

Exploratory study on fat stigma experiences among users of the Valencian public health system

Nina Navajas-Pertegás (1)

(1) Departament de Treball Social i Serveis Socials. Universitat de València (España)

Resumen: El estigma de la gordura (o gordofobia) está presente en diversos ámbitos sociales y vulnera los derechos humanos, especialmente, de las niñas y las mujeres. Esto puede resultar en discriminaciones que dañan su salud. Sin embargo, conocemos poco sobre dichas experiencias en nuestro contexto. El propósito de esta investigación fue explorar el estigma de la gordura experimentado por usuarias sistema público de salud valenciano. Se usó un enfoque metodológico cualitativo. A partir de entrevistas a 26 mujeres autoidentificadas como gordas, de entre 18 y 61 años, se llevó a cabo un análisis discursivo desde una perspectiva feminista. El estudio de sus experiencias encarnadas en el ámbito sanitario se sitúa entre las pocas investigaciones realizadas sobre esta temática en el contexto español e hispanoamericano. Los resultados muestran que: a) las participantes experimentaron estigma de la gordura verbal comportamental y ambiental; b) encontraron barreras para obtener diagnósticos; c) soportaron violencia ginecológica y obstétrica basada en prejuicios gordofóbicos; d) y que dichas experiencias interfirieron en la búsqueda de ayuda. La atención sanitaria equitativa y no discriminatoria implica erradicar los fenómenos de estigma evidenciados. Las evidencias encontradas y las quince propuestas prácticas que se incluyen pueden orientar acciones y políticas públicas para humanizar la medicina y asegurar la salud y el bienestar de las personas gordas.

Palabras clave: Estigma de la gordura, Gordofobia médica, Maltrato médico, Desigualdades en salud.

Abstract: Weight stigma, often known as fatphobia, exists in multiple societal contexts and infringes upon human rights, particularly those of girls and women. This may result in discrimination that adversely affects their health. Nevertheless, there is limited knowledge regarding similar experiences in the Spanish and Latin American contexts. This research aimed to investigate the stigma associated with fatness encountered by users of the Valencian public health system. A qualitative methodology was employed. A discourse analysis was performed based on interviews with 26 women aged 18 to 61. This study of the experiences of fat women within the healthcare context is one of the limited research undertaken on this subject in Spain and Latin America. The findings indicate that: a) participants faced verbal, behavioural, and environmental fat stigma; b) they encountered obstacles in obtaining diagnoses; c) they suffered gynaecological and obstetric violence stemming from fatphobic biases; d) these experiences hindered their attempts to seek assistance. The elimination of the stigma phenomena identified is necessary for equitable and non-discriminatory healthcare. The evidence discovered and the fifteen practical proposals that are included can serve as a foundation for public policies and actions that are designed to improve the health and well-being of fat individuals and humanise medicine.

Keywords: Weight Stigma, Medical Fatphobia, Medical Abuse, Health Inequalities.

Recibido: 12/11/2024 Revisado: 25/02/2025 Aceptado: 03/05/2025 Publicado: 16/05/2025

Referencia normalizada: Navajas-Pertegás, N. (2025), Estudio exploratorio sobre experiencias de estigma de la gordura según las usuarias del sistema público de salud valenciano. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 24, 199-234. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2025.0018>

Correspondencia: Nina Navajas-Pertegás, Universitat de València (España). Correo electrónico: nina.navajas@uv.es

1. INTRODUCCIÓN

En nuestras sociedades la gordofobia está presente en el aire que respiramos. Debido a la medicalización de la gordura esta se ha construido como un problema de salud que requiere intervención. Uno de los principales argumentos es el gasto social que supuestamente acarrea. Mérito indiscutible de los medios de comunicación ha sido el de crear, diseminar y consolidar los actuales discursos medicalizados de la gordura alimentando el pánico moral al respecto. El resultado de construir a las personas gordas como demonios populares responsables de todos los males, incluidos, el cambio climático, el calentamiento global (An et al., 2018) y la crisis alimentaria (Franco et al., 2022), ha sido más estigmatización.

El estigma es una marca física, atributo, comportamiento o reputación socialmente desaprobados que puede producir una identidad social descalificada (Goffman, 2006). Este término se usa para describir las reacciones humanas negativas ante situaciones como la enfermedad mental, la discapacidad o el VIH. El estigma funciona como un mecanismo de opresión y exclusión social para sostener las desigualdades grupales al relegarse a determinados grupos a una posición subordinada (Phelan et al., 2008). Concretamente, el estigma de la gordura (o gordofobia) son los estereotipos, prejuicios, odio visceral y discriminaciones hacia las personas gordas por el mero hecho de serlo. La gordofobia se inscribe en un sistema de opresión que jerarquiza los cuerpos según su tamaño, donde la delgadez se impone no solo como ideal estético o signo de salud, sino también como criterio de valor moral, intelectual y sexual. De este modo, los cuerpos delgados gozan del privilegio de la delgadez: un paquete de ventajas sociales, económicas y políticas recibidas en virtud de un tamaño corporal socialmente aceptado (Bacon et al., 2016). En comparación con los estereotipos y prejuicios racistas y sexistas, los basados en el peso corporal suelen aceptarse incluso cuando son abiertamente hostiles. Por eso, la gordofobia suele considerarse el último prejuicio socialmente aceptado (Calogero et al., 2016). Las personas gordas suelen calificarse como perezosas, incompetentes, desmotivadas, carentes de autocontrol, poco saludables y físicamente repulsivas (Navajas-Pertegás, 2022). Hablar de gordofobia implica tirar de varios hilos: sexismo, clasismo, racismo, salutismo, capacitismo, edadismo y moralidad, pues los sistemas de opresión suelen entretorsearse unos con otros y reforzarse mutuamente (Navajas-Pertegás, 2022).

Respecto al sexismo, las mujeres gordas son especialmente vulnerables a la gordofobia por varias razones. Entre ellas, la omnipresente cosificación de sus cuerpos y la presión para encarnar unos estándares de belleza más duros que los exigidos a los hombres para ser socialmente aceptadas (Fikkan y Rothblum, 2012). La gordofobia es también una forma refinada de clasismo que conecta la gordura a la ignorancia y a los estilos de vida supuestamente perjudiciales de las clases populares.

La gordofobia y el racismo comparten raíces históricas, como explica Strings (2019). Las teorías raciales de los siglos XVIII y XIX asociaron la gordura con la negritud y la delgadez con la blancura, marcando así el imaginario europeo. El canon de belleza femenino occidental se construyó sobre estereotipos coloniales que representaban a las mujeres de color como descontroladas y salvajes. Estos discursos les atribuyeron una feminidad exuberante, vista como exceso corporal frente al ideal de medida y racionalidad occidentales. Al asociarse gordura y feminidad negra, se construyó un otro racializado que, por contraste, definía una feminidad normativa: blanca, delgada y contenida. Las ciencias, las artes y la medicina retrataron a las mujeres negras como cuerpos enfermos o inferiores, cumpliendo una doble función: degradar a las mujeres negras y disciplinar a las blancas. La gordofobia y el deseo de delgadez han operado desde entonces como mecanismos para sostener jerarquías raciales y de clase. En lugar de reconocerse como parte de la diversidad humana, los cuerpos gordos y negros se presentan como cuerpos-otros, útiles para reforzar un ideal blanco y delgado. No sorprende, entonces, que las mujeres gordas racializadas sean hoy uno de los blancos principales de la guerra contra la obesidad (Calogero et al., 2016).

La gordofobia se articula con el tándem salutismo-edadismo al asociarse la gordura a la improductividad, la enfermedad y la muerte. En referencia al capacitismo, la gordofobia se cimenta sobre este sistema de opresión partiendo de postulados que construyen unas capacidades como más valiosas que otras, y a quienes las poseen, como superiores al resto de personas. Por último, la gordura se abrocha a la gula, vinculada en el cristianismo a vicios como la inmoralidad, la pereza y el egoísmo; todos ellos, opuestos al dogma neoliberal del autocontrol, la competitividad y la mejora constante. En suma, la gordofobia comunica una visión particular de las personas gordas: son desviadas, enfermas y contaminan nuestras sociedades.

En la interacción social la gordofobia se manifiesta de tres formas: directa, indirecta y ambiental (Navajas-Pertegás, 2022). De forma directa, por ejemplo, cuando se señala, bromea, insulta o ataca a una persona por su peso. La forma indirecta refiere, por ejemplo, a cuando se sugiere a la persona gorda que coma lo que menos engorda, por inferirse que debe adelgazar. En cambio, la gordofobia ambiental abarca formas de estigma estructurales que no involucran a terceros. Un ejemplo sería el tamaño y diseño de los asientos de los medios de transporte, por lo general, reducido e incómodo para las personas gordas. Las experiencias estigmatizantes referidas al peso corporal se presentan en múltiples dominios: familiar, educativo, laboral, médico, relaciones sentimentales, medios de comunicación, publicidad, entre otros (Rubino et al., 2020). Esto es un problema apremiante de justicia social por verse vulnerados los derechos humanos más básicos. La gordofobia, además, se ensaña particularmente con las niñas y las mujeres produciendo múltiples desigualdades de género (Fikkan y Rothblum, 2012).

A diferencia de lo que ocurre en países anglosajones como Canadá, Estados Unidos o Reino Unido (Phelan et al., 2015; Puhl, 2023), en los contextos español e hispanoamericano apenas contamos con investigaciones sobre las experiencias encarnadas de las personas gordas. En particular, sigue siendo escaso el conocimiento sobre el estigma que enfrentan en el ámbito sanitario, a pesar de las graves consecuencias que este puede tener para su salud (Rubino et al., 2020). El objetivo de esta investigación es, por tanto, contribuir a compensar esta laguna de conocimiento sobre el tema. El propósito no es arrojar un manto adicional de estigma sobre la profesión sanitaria por lo que ocurre sino visibilizar qué está fallando para poder aplicar medidas preventivas.

2. MÉTODO

2.1. *Enfoque*

El método adoptado en esta investigación es cualitativo y el nivel, exploratorio. Desde una perspectiva constructivista y posestructuralista, el análisis se aborda desde un enfoque discursivo feminista (Tischner, 2013), inspirado en las ideas de Michel Foucault (2022) sobre saber, poder y discurso. Un discurso puede entenderse como un «conjunto de enunciados que proporciona un lenguaje para hablar sobre un tema en un momento sociohistórico concreto» (Hall, 1992, p.201). Desde esta perspectiva, el discurso no es una mera expresión individual, sino una práctica social situada, atravesada por relaciones de poder que determinan quién puede hablar, qué puede decirse y en qué condiciones. Las personas construyen sus relatos a partir de los repertorios discursivos disponibles en su contexto. El lenguaje, por tanto, no se limita a describir la realidad: la produce. Genera significados, configura identidades y modela formas de estar en el mundo. Este enfoque permite examinar cómo el lenguaje construye categorías como el género, la sexualidad, la identidad o la gordura, y cómo estas construcciones sostienen y reproducen relaciones de poder.

En sintonía con la epistemología de los conocimientos situados (Haraway, 1991), el propósito de esta investigación fue construir conocimientos encarnados y desde múltiples posiciones sobre la experiencia encarnada de ser gorda de las participantes.

2.2. *Participantes, procedimiento y técnica de recolección de los datos*

El reclutamiento comenzó mediante muestreo de conveniencia a partir la red profesional de contactos de la investigadora, en combinación con la técnica de bola de nieve (Braun y Clarke, 2013). Para captar participantes de una diversidad sociodemográfica, después se usó un muestreo intencional seleccionando diversas asociaciones y comercios de la ciudad de Valencia (España). Tras recibir aproximadamente cincuenta muestras de interés se adoptó un principio de muestreo de diversidad para obtener relatos desde múltiples posiciones identitarias, vitales y relacionales.

En base a factores como la disponibilidad y la facilidad de acceso a las posibles entrevistadas, se invitó a participar en una entrevista a veintiséis mujeres de diversos perfiles sociodemográficos (Tabla 1) y todas accedieron. No se anunció ni ofreció remuneración por participar.

Tabla 1. Perfil de los participantes

Edad (años)	Orientación sexual	Procedencia	Nivel de estudios alcanzado	Ocupación
18-28 (23%)	Bisex. (31%)	España (88%)	Secundaria (8%)	Ama de casa (4%)
29-39 (31%)	Heterosex.(58%)	Nicaragua (4%)	Bachillerato (12%)	Empleada (54%)
40-50 (35%)	Lesbiana (8%)	Palestina (4%)	FP/Grado Superior (8%)	Autónoma (19%)
51-61 (11%)	Pansexual (4%)	Uruguay (4%)	Diplomatura (8%)	Parada (8%)
			Licenciatura/Grado (23%)	Estudiante (12%)
			Maestría (31%)	Jubilada (4%)
			Doctorado (12%)	
Total participantes: 26				

Fuente: Elaboración propia.

Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad basadas en un guion flexible. Tras obtener los consentimientos informados por escrito de las participantes, estas se grabaron en audio para su posterior transcripción. Las preguntas abarcaron los mensajes, conductas y manejo de sus cuerpos por parte del personal sanitario. Dado que el enfoque analítico fue inductivo, no se establecieron categorías específicas previas para el material recopilado.

En base a esto, los criterios para seleccionar a las participantes se basaron en la experiencia de gordofobia médica percibida y experimentada. Para determinar si se había alcanzado el número adecuado de participantes se siguieron los principios de saturación. Así, tras una evaluación preliminar de los datos, se valoró que no había temas nuevos o significativos y que los datos obtenidos eran detallados, complejos e, incluso, contradictorios (Willig, 2008). De este modo, se consideró que el número de participantes era adecuado (Braun y Clarke, 2013).

La investigadora realizó la transcripción literal de las entrevistas siguiendo el orden de realización. La información referida a la identidad de las participantes se almacenó separada de los archivos de texto para proteger su privacidad. El anonimato de las participantes aseguró usando seudónimos y cambiando o eliminando detalles que pudieran identificarlas.

2.3. Técnica de análisis

Las transcripciones se analizaron siguiendo los principios del análisis del discurso feminista (Tischner, 2013). El procedimiento de codificación siguió una estrategia abierta de abajo hacia arriba. Más que operar con categorías temáticas preestablecidas, se rastrearon e identificaron varios discursos y temáticas tras leer las transcripciones atentamente en múltiples pasadas (Tabla 2). El análisis se realizó con el apoyo del software para análisis textual Atlas.ti.

Tabla 2. Repertorio de discursos y temáticas identificadas en transcripciones

Cómo construyeron las participantes lo ocurrido.
A qué causa atribuyeron lo que les sucedió.
Cómo constituyeron la atención sanitaria hacia las personas gordas.
Cómo, cuándo y dónde percibieron gordofobia médica.
Cómo se vivenció la gordofobia personalmente.
A qué achacaron la gordofobia encontrada.
Actitudes o conductas que denotaron la gordofobia anticipada en las participantes.
Indicios de gordofobia ambiental manifestados por las participantes.
Estrategias desarrolladas para enfrentar la gordofobia.
Sugerencias referidas a la gordofobia que se hicieron a la sociedad.

Fuente: Elaboración propia.

2.4. Consideraciones éticas

Los resultados de este estudio forman parte de una investigación más amplia que aprobó y financió el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España (Cód. FPU15/03990). Todos los procedimientos que involucraron a las participantes se llevaron a cabo de acuerdo con el Código Europeo de Conducta para la Integridad en la Investigación. Al inicio del estudio se comunicó a las participantes el contexto, justificación, objetivos y método. Se aseguró que estas entendieran qué implicaría participar, el uso que daría a los datos y cómo se garantizaría el anonimato. Antes de entrevistar se recordó el contenido del consentimiento informado, que la participación era voluntaria, que podía retirarse la colaboración en cualquier fase de la investigación, y que podían negarse a responder preguntas durante la entrevista. Siguiendo una orientación investigadora feminista se adoptaron varios microactos de cuidado con las participantes antes, durante y después de las entrevistas. Por ejemplo, se comunicó su duración aproximada con antelación (45-60 min.) y se consideró su seguridad, comodidad y conveniencia a la hora de entrevistar, ofreciéndoles elegir la hora, la modalidad (presencial o virtual), el lugar de realización, el idioma (castellano o catalán) y la elección del pseudónimo.

Para tratar de crear relaciones investigadoras más horizontales, durante las entrevistas se colocó la grabadora al alcance de las participantes mostrando cómo apagarla para que, en caso de querer pausar o detener la grabación, pudieran hacerlo ellas mismas. También se devolvieron las transcripciones para que pudieran modificarlas y validarlas. Para fomentar la libertad de expresión, al iniciar las entrevistas se animó a las participantes a realizar preguntas u observaciones que creyeran oportunas. Antes de terminar, se ofreció un espacio para que destacaran aspectos que pudieran haber quedado eclipsados en la conversación.

3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Estigma verbal y comportamental

La ayuda, humanidad y compasión por el sufrimiento humano son ejes vertebradores de la profesión sanitaria. Se trata, en muchos casos, de una vocación que impulsa a quienes la ejercen a ofrecer cuidados de calidad. Sin embargo, incluso en ese marco de buena voluntad, ciertos abusos — conscientes o no— en la atención pueden deshumanizar a quien recibe cuidados y generar experiencias de angustia y dolor.

La gordofobia entre el personal sanitario es comparable a la de la población general, y suele atribuirse a las personas gordas pereza, riesgo de padecer enfermedades y escasa motivación, disciplina y responsabilidad individual (Sabin et al., 2012). Estos prejuicios se traducen en menos disposición y tiempo para tratarlas (Mulherin et al., 2013) o considerar explicaciones alternativas a sus enfermedades, así como en una mayor atribución de sus dolencias al peso (Mitchell et al., 2008; Østbye et al., 2005). En consonancia con otras investigaciones, las participantes de este estudio se construyeron a sí mismas como más vulnerables que los hombres a la gordofobia médica (Sagi-Dain et al., 2022). Subrayaron que el personal sanitario expresó poca delicadeza en el trato, falta de compasión referida a sus dolencias, comentarios despectivos y actitudes irrespetuosas sobre sus cuerpos (p.ej.: expresiones faciales de disgusto, risitas burlonas y bromas hostiles y/o benevolentes sobre su peso):

Cuando se han referido a mi aspecto físico o a mi forma física ha sido bastante denigrante, la verdad. O sea, desde pequeña. Muy poco tacto, ¿no? Porque estaba yo delante y le decían a mi madre que estaba gordísima y que eso era un problema, que tenía que adelgazar y que me tenían que poner a dieta. Claro, mi madre se quedaba mirando y decía: «¡Tiene siete años, ¿sabes?; ¡No la pienso poner a dieta!». Esa era mi pediatra hasta los catorce años, que ya pasas al médico de cabecera normal. Se tiró siete años llamándome gorda. Entonces dejé de ir al médico. A no ser que me estuviera muriendo no iba a las revisiones. Porque sabía lo que me iba a decir: «¡Estás gorda!», «¡Tienes que hacer deporte!». Y es como... «¡Compito!». ¿Sabes? Es que, me jodía un montón porque me decía que era una vaga y que no me quería levantar del sofá. «¡¿Cómo que no me levanto del sofá?! ¡Hago siete horas de conservatorio a la semana y trece horas de deporte! ¡Mi problema es que nunca estoy en casa!». (Leire).

Varias participantes relataron que, incluso cuando las pruebas diagnósticas confirmaron que gozaban de buena salud, el mensaje final recibido por parte del personal médico seguía siendo el mismo: debían adelgazar. Aunque formuladas con tono benevolente, estas recomendaciones reproducen el discurso biomédico que asocia salud con delgadez, reforzando así la idea de que los cuerpos delgados son preferibles y más valiosos. En este ensamblaje de discursos hegemónicos, la belleza por fuera (delgadez) suele interpretarse como salud por dentro, actuando como signo de un yo disciplinado, responsable y saludable. También señalaron que, a menudo, las juzgaron como personas poco saludables o se asumió que sus estilos de vida eran perjudiciales a partir de un simple diagnóstico visual. Estas experiencias resultaron especialmente angustiosas porque, en su mayoría, se identificaron como personas informadas, responsables y comprometidas con su salud y bienestar. Sin embargo, el trato recibido —marcado por el paternalismo, la infantilización y la invalidación de su palabra— erosionó su confianza en el sistema sanitario y afectó negativamente a su autopercepción como sujetas activas en el cuidado de su salud. La sensación compartida fue la de no ser escuchadas, comprendidas ni tratadas con la dignidad que merecen.

Fui a hacerme una revisión, de estas de la empresa, [risas] y me hicieron análisis de sangre. Y me dice [el sanitario]: «bueno, estás muy bien, ¡estás estupenda!, solo que tienes que adelgazar». Y le digo: «¿pero estoy bien?». «Sí, pero tienes que adelgazar». Y digo: «¡pues si me estás diciendo que estoy bien!». Y dice: «bueno, pero estarías mejor para tu puesto de trabajo, para no sé qué, para no sé cuántos». ¡Que a él no le cuadraba que yo estuviera bien cien por cien! ¿Sabes? Era como que necesitaba adelgazar para estar mejor. (Triana)

Cuando entré por la puerta, [el médico] me miró. «¿Eres Estel? ¡Pensaba que estaba leyendo la analítica de una chica anoréxica!». Y se encuentra conmigo. Entonces, ¡al médico le da igual que mis analíticas estén bien! ¡Pesas más de la cuenta! Y como pesas más de la cuenta, debes adelgazar. Sin importar que el resto de cosas estén bien o que, si me pongo a dieta, me vaya a desmayar por la calle. (Estel)

El encuentro médico es un ritual con numerosos efectos psicológicos beneficiosos para los y las pacientes (Ehrenreich, 2018). Sirve para trasladar a la persona algo esencial: «Siempre estaré ahí. Te acompañaré hasta el final de este complicado camino. Nunca te abandonaré», explica el doctor Abraham Verghese. Este ritual implica escuchar, hablar, examinar con atención y mostrar interés genuino por el malestar de la persona. Cuando estas acciones, en apariencia simples, se omiten, se pierde una oportunidad crucial: la de establecer una relación profesional-paciente sólida, que constituye uno de los pilares del diagnóstico, el tratamiento o los cuidados paliativos. Pero no solo eso: también se desperdicia la posibilidad de ofrecer alivio psicológico e incluso de detectar dolencias en fases tempranas, cuando la intervención puede marcar una diferencia significativa. En este sentido, los testimonios de las participantes revelan que, al privárseles de dichos rituales médicos, el personal sanitario negó el bienestar que comportan y arruinó la oportunidad de construir un vínculo de ayuda con ellas. En cambio, recrearon múltiples «rituales de humillación» (Ehrenreich, 2018, p. 23) al denigrar sus cuerpos, mostrar poca sensibilidad sobre sus dolencias y lanzar el mensaje de que eran incapaces de cuidar de sí mismas.

La literatura ha evidenciado que el personal médico de atención primaria se involucra menos con las personas gordas en la comunicación y atención centrada en el o la paciente. Esto suele deberse a creencias estereotipadas de que estas son vagas, indisciplinadas (Gudzune et al., 2013) y de que no seguirán las pautas de medicación o las recomendaciones para autocuidarse (Huizinga et al., 2010). En este sentido, las participantes destacaron que, en lugar de intentar comprender el motivo de su consulta, el origen de sus dolencias y su experiencia encarnada de la gordura se las construyó como sujetos cuyo principal problema de salud era ser gordas. Ahora bien, desde una mirada foucaultiana, observamos cómo estas dinámicas de control también suscitaron formas de resistencia. Algunas participantes, rechazaron las posiciones de sujeto que los discursos culturales y sanitarios hegemónicos imponen a las personas gordas. Norma, por ejemplo, se resistió a que su cuerpo se redujera a una sinécdoque que anula su complejidad como persona: una narrativa que convierte la gordura en el único rasgo significativo, al tiempo que silencia su historia, sus valores, sus deseos, así como otras dimensiones identitarias (Navajas-Pertegás, 2022):

Partiendo de ¿preguntar siempre y no de suponer! Creo que, aquí, los prejuicios son los que más se acentúan en el momento de maltratar a las personas gordas. Porque no preguntan sobre su alimentación, no preguntan si se sienten bien, no preguntan sobre sus estados de ánimo, no preguntan si, en algún momento, esa persona fue delgada o tuvo infrapeso. ¡No! parten de que quien tiene sobrepeso es gorda y lo ha sido toda la vida. No preguntan sobre sus conocimientos. ¡Nooo! Es como que las personas gordas se reducen a ser gordas. (Norma)

A pesar de las múltiples vivencias de gordofobia relatadas, las participantes no se posicionaron únicamente como víctimas y confrontaron los prejuicios médicos referidos a su autocuidado, tal como puede apreciarse en el testimonio de Amal, una investigadora sanitaria de origen palestino:

Me gusta mucho la vida saludable. Siempre cuido mucho lo que como. Yo sabía que mi gordura es a causa de una cosa de hormonas, no de comida. Lamentablemente tuve la experiencia aquí, en España, con el médico. Me dijo «¡Ah, ¿haces dieta?!». Y yo digo: «perdona, ¡yo hago dieta!». Y me dice: «¡Ahh, pero tal vez el tipo de alimentos son diferentes en tu país!». Y le digo: «Perdona, ¡soy del Mediterráneo! ¡Los

ingredientes, la materia prima son los mismos aquí, en Palestina, que en todo el Mediterráneo!». «Ahh, tal vez porque el cambio...». «¡Perdona, te estoy diciendo...!». Yo le discutía a él. ¡Para que me creyera! Porque quería derivarme a un nutricionista, diciéndome las calorías... «Perdona, yo calculo las calorías de mi comida, camino todos los días más de dos horas para quemar más de 1700-1500 calorías». Y, aun así, ¡algunos médicos a los que he ido aquí en España no me creían, dudaban de mi palabra! (Amal)

El gesto de resistencia de Amal puede interpretarse como un intento de romper con la lógica orientalista que construye a los cuerpos no blancos como otros, incivilizados, incapaces de cuidar de sí o alimentarse adecuadamente. Este orientalismo gordo opera como un mecanismo que marca una otredad salvaje y, al hacerlo, refuerza la superioridad percibida de los cuerpos blancos, diferenciándolos y ensalzándolos frente a esa alteridad (Navajas-Pertegás, 2022).

3.2. La gordura como origen de todos los males

Las participantes manifestaron de forma unánime que el personal sanitario atribuyó rutinariamente sus dolencias a la gordura infravalorando explicaciones alternativas para efectuar el diagnóstico. Denunciaron las habituales invitaciones a adelgazar. En muchas ocasiones, sin un examen previo, sin indagar sobre su historial dietético o sin consultar sus historias clínicas. Pareciera que independientemente del estado de salud de la persona, el actual contexto de guerra contra la obesidad justifica erradicar la gordura a toda costa para, supuestamente, evitar riesgos en el futuro (Rich et al., 2011):

Una mujer obesa, en este caso, entra en la consulta del médico y da igual la patología que tenga. Lo primero que tiene que hacer es perder peso. (Amaya)

Ir al médico era una cosa... [comienza a llorar]. Todavía me pasa que... Pues ir al médico es horrible para mí. ¡Tengo fobia a los médicos! No me gusta nada tener que estar todo el rato justificándome. Bueno, esto, en la sociedad, digamos, da igual con quien sea. Pero, sobre todo, con los médicos. ¡Cualquier cosa que te pase es porque estás gorda! «Escucha, que vengo... que tengo una tosecita». «Eeee, pero esto es, porque, igual, al no hacer ejercicio, no sé qué». «¡No, escucha, tengo un constipado!». El otro día me dolía la espalda porque estoy agarrando paquetes

[trabajando en Correos]. «Es que, ¡Judit, tal, el pecho, por la gordura!». «¡Escucha, no puede ser que el origen de todos mis males sea la gordura!». (Judit)

La gordofobia médica perjudica el bienestar y la salud de la persona: pueden obviarse exploraciones y pruebas diagnósticas pertinentes o emitirse diagnósticos incorrectos que, en algunos casos, culminan en iatrogenia (daño involuntario causado a la persona). Por ejemplo, una participante habló de que el retraso para obtener un diagnóstico de menisco roto le llevó a experimentar tal sufrimiento que, en ocasiones, solo logró sobrellevarlo combinando la medicación prescrita por su facultativo con el consumo de alcohol.

Que, directamente, un doctor no te toque una parte del cuerpo, que dices que te duele, y por la imagen corporal, haga el diagnóstico. Directamente irse: «¡le duelen las rodillas porque está gorda, fin!». ¡Eso es fuerte! Quiero decir, a mí me tardaron ocho meses en diagnosticarme un menisco roto cuando, tú, tal cual entras por urgencias, te dicen: «¡ah, sí, lo tienes roto!». Te ponen en lista de espera y te operan a los tres meses. Y a mí han tardado en operarme veintitrés meses. Incluso, una vez ya estaba en lista de espera, el cirujano al que me mandaron a operar me pidió que adelgazara porque estaba gorda. ¡Y ya está, no me daba ninguna respuesta! Me decía: «haz la rehabilitación». Pero no me mandaba rehabilitación. (Lía)

En las entrevistas abundaron relatos de mala praxis similares a los que apreciamos en el testimonio anterior, donde los prejuicios médicos jugaron un papel instrumental a la hora de prolongar el sufrimiento de las participantes. Algunas explicaron que, dado que sus dolencias se acusaron exclusivamente a la gordura, tuvieron que visitar a múltiples facultativos y tardar varios meses hasta lograr obtener un diagnóstico correcto:

Cuando tenía unos quince años, o así, tenía siempre unos dolores fuertes en la pierna derecha. Entonces, [los especialistas] le dijeron a mi madre que tenía que adelgazar, que estaba cargando mucho mi peso. Me volvía a casa. Me tomaba algo para que se me fuera el dolor. Pero volvían los dolores. Y, así, eternamente. Hasta que, al final, una vez me puse a llorar y le dije a mi madre: «mira mamá, me duele mucho la pierna, no me puedo creer que solo sea el peso». Total, que nos fuimos a urgencias y eso aceleró todo un poco. Me hicieron pruebas y tenía una desviación en la columna. Resulta que eso hacía que me doliera la pierna. (Lola)

Además de relatar sus propias experiencias, las participantes compartieron casos de familiares y allegadas que ilustran con crudeza los efectos de la gordofobia médica. Una mujer con dolor de espalda recibió durante ocho años la única recomendación de adelgazar, sin que se le ofreciera ningún otro tratamiento. En otro caso, una joven con degeneración en las rodillas recibió la indicación de realizar ejercicio intenso, además de perder peso, lo que agravó su condición. Estos ejemplos muestran que, para algunas pacientes, los retrasos diagnósticos y los tratamientos inapropiados no solo deterioran su calidad de vida, sino que pueden convertirse en una condena.

Por otra parte, los sesgos de confirmación sobre las personas gordas en la profesión sanitaria pueden interferir en una adecuada atención. Por ejemplo, favoreciendo que no se exploren ni valoren signos clínicos de enfermedades popularmente asociadas a las personas delgadas (anemia, trastornos de la conducta alimentaria, entre otras). O, por el contrario, que se espere sintomatología comúnmente asociada a las personas gordas:

Vas al médico, ¿no? Yo qué sé, pues a hacerte un análisis de sangre: «¡Ay, claro, es que con tu sobrepeso es posible que tengas colesterol, triglicéridos, azúcar!». Bueno, un desastre, ¿no? Me hago las analíticas y resulta que tengo anemia. Y el médico de cabecera sorprendido: «¿cómo puede ser?!». Pues mira, ¡no tengo colesterol y resulta que tengo anemia! El propio médico se sorprendió de que el mi perfil físico no enajara con la falta de hierro. (Caterina)

Privilegiar la delgadez en nombre de la salud puede terminar dañándola. Esto se evidencia, por ejemplo, en la insistente recomendación de hacer dieta. Primero, porque las evidencias científicas acumuladas durante más de ochenta años demuestran que ningún método —llámese dieta, un cambio de estilo de vida o cualquier otra cosa— garantiza una pérdida de peso voluntaria, significativa y sostenida a largo plazo (Rubino et al., 2020). Las dietas fracasan en el 95% de los casos, y el 65% de las personas que las siguen acaban recuperando el peso perdido, o incluso ganando más (Mann et al., 2007). Segundo, hacer dieta —y sufrir gordofobia— incrementa el estrés psicológico crónico, lo que eleva los niveles de cortisol.

Este proceso puede conducir a un aumento de peso, una menor práctica de actividad física y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades asociadas (Tomiyama, 2019). Tercero, el conocido efecto yoyó —las oscilaciones de peso causadas por ciclos repetidos de restricción y ganancia— afecta negativamente a la salud: eleva el riesgo de hipertensión, diabetes (Delahanty et al., 2014), ciertos tipos de cáncer (Thompson y McTiernan, 2011), y trastornos cardiovasculares y metabólicos. También se asocia a un mayor riesgo de mortalidad (Mann et al., 2007). Cuarto, las dietas también afectan la salud mental, ya que suelen detonar trastornos de la conducta alimentaria. La frustración por no lograr los resultados esperados en el control del peso —algo frecuente— puede afectar gravemente la autoestima, generar insatisfacción corporal y deteriorar la imagen personal, especialmente entre las chicas jóvenes (Stice et al., 2016).

Los riesgos se agravan cuando, además de dietas, se recurre a fármacos supresores del apetito o medicamentos para adelgazar. Tres participantes del estudio relataron haber sido presionadas para usar este tipo de tratamientos, no solo por profesionales sanitarios, sino también por familiares, amparados en la frase recurrente de «es por tu bien». La paradoja es evidente: a las personas gordas se les prescriben prácticas que, si las llevara a cabo una persona delgada, levantarían todas las alarmas por su proximidad a los desórdenes alimentarios (Burgard, 2009).

3.3. Gordofobia ginecológica y obstétrica

Las violencias gineco-obstétricas están socialmente invisibilizadas e, incluso, parte de la profesión sanitaria niega su existencia (Cohen y Korem, 2018). Dos participantes refirieron haber sufrido violencia ginecológica y, otras dos, violencia obstétrica. Comencemos por la violencia ginecológica, definida como el «conjunto de prácticas ejercidas por profesionales de la salud» que incluyen tratamientos o atenciones deshumanizantes, aplicar procedimientos o suministrar medicación innecesarios, patologizar procesos naturales, así como negar información u opciones terapéuticas (Cárdenas et al. 2020, p. 188). Estas acciones limitan la autonomía de las mujeres y su capacidad de tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y su sexualidad, con efectos

que pueden manifestarse en el plano psicológico, físico y/o sexual. Concretamente, dos participantes relataron experiencias concretas de violencia ginecológica durante sus revisiones, como se recoge en los siguientes fragmentos de entrevista:

Tengo una imagen horrible de haber ido por primera vez al ginecólogo. Me hizo una ecografía, que yo pensaba que era por arriba, superficial. ¡Es que no me explicaron nada! «¡Ale, va, quítate los pantalones!». Y yo, allí, una cosa súper fría, dos mujeres allí mirándome. Ningún tacto. Ya te digo, me estacaron un palo dentro [el transductor ecográfico]. Ni me explicaron: «Mira, igual está frío». Me quedé: «¡Aiiii! ¿Por qué?». «No, sé qué, espérate, ¡no te muevas! Vale, de acuerdo» [instrucciones de la ginecóloga]. Fue un minuto máximo. «Vale, no tienes nada, suelo vaginal bien. ¿El tema de hijos?». Claro. ¡Sí que es cierto que al ser gorda siempre pareces un poquito más mayor y se pensaban, a lo mejor, que yo ya estaba en edad de querer tener hijos! No sé, imagino yo eh... No pude preguntar ni nada. Porque cada vez que... Es que cuando lo dice un médico, ¡me quedo tan parada! Porque pienso que es tan sacro y tan pulcro lo que me están diciendo que, claro... ¡Son médicos, ¿cómo van a herirte?! ¡Te están diciendo las verdades! Ya no por las formas, ni lo que sea, sino que pienso que es tan real lo que dice un médico que nunca lo pongo en entredicho. (Judit)

Tanto Judit, en el testimonio anterior, como Amaya, cuyo relato veremos enseguida, describieron sus revisiones ginecológicas como experiencias determinadas por los prejuicios gordofóbicos del personal sanitario, marcadas por la violencia extrema y el trato deshumanizado. Judit relató cómo el personal sanitario trató su cuerpo con frialdad y falta de tacto, reduciéndolo a una máquina que debía ser ajustada, sin explicaciones, sin consentimiento informado y sin espacio para formular preguntas. Su testimonio también expone formas más sutiles de agresión, como la violencia simbólica, que actúa de forma imperceptible, con la complicidad tácita de quien la padece, sin necesidad de ejercer fuerza física (Bourdieu, 2000, p. 54). El enfoque biomédico, erigido como verdad dominante sobre la salud (Foucault, 2002), se presenta como «sacro y pulcro», haciendo que sus afirmaciones resulten casi incontestables: «es tan real... que yo nunca lo pongo en duda», afirma Judit. Esta narrativa legitima y naturaliza distintas formas de violencia bajo el lenguaje del cuidado y el bienestar de las mujeres (Cárdenas et al., 2020).

También pueden apreciarse formas sutiles de violencia simbólica en preguntas cargadas de supuestos, como cuando su ginecóloga asumió que Judit deseaba ser madre solo por el hecho de ser mujer, reforzando los discursos patriarcales sobre la feminidad, que presentan la maternidad como destino superior, al tiempo que le recordaba que los cuerpos gordos no resultan adecuados para ese propósito. Este tipo de violencia generó efectos profundos que se traducen en «sentimientos» y «emociones corporales» (Bourdieu 2000, p. 55) como la vergüenza, que pueden inmovilizar y desactivar cualquier intento de resistencia favoreciendo que la personas adopte una posición subjetiva subordinada a la autoridad médica: «me quedo tan parada», dice Judit. El sentimiento de vergüenza está en el núcleo de la feminidad patriarcal.

Tanto la violencia ginecológica como la obstétrica se sostienen sobre el sentimiento de vergüenza, núcleo de la lógica de la feminidad patriarcal, para castigar a las mujeres que transgreden los códigos estereotipados de feminidad y maternidad (Cohen y Korem 2018, p. 2). De este modo, se convierten en herramientas de control destinadas a «domesticar a las mujeres, devolverlas a la dócil feminidad y prepararlas para la “maternidad intensiva”». En este sentido, es revelador que la violencia ginecológica, dentro de los abusos en el cuidado de la salud, afecte a un porcentaje significativamente mayor de mujeres —entre el 13 % y el 28 %— frente al 4 % y 7 % registrado en hombres (Brüggemann et al., 2012). Estas cifras evidencian un trato diferencial sustentado en estereotipos, prejuicios y formas de discriminación de género.

Veamos ahora el testimonio de Amaya, que ofrece un ejemplo elocuente de los efectos de esta forma de violencia durante una revisión ginecológica:

Estás allí, en tu potro, con las patitas en alto [con voz quebradiza], vulnerable, ¿sabes? Con las piernecitas abiertas, tu cosita al aire. Y entra la ginecóloga y dice: «juuuuy qué horror!, ¡qué gorda!» [inspira profundamente]. Me cuesta hasta contarle ¿sabes? [ríe nerviosamente]. Y, levantas como puedes tu cabecita y le dices: «espero que tenga algo que ver con su ejercicio profesional, porque si no va a tener un problema». ¡Ah, eso se lo digo yo! Y la señora se disculpa, me explica

que, efectivamente, tiene que ver con su ejercicio profesional, pero que siente que las palabras no han sido las adecuadas. Pero, que, igual que a mí, ¿se lo habrá dicho a otras cien antes que se habrán ido a su casa llorando! Como a mí, que todavía me entran ganas de llorar ahora cuando lo cuento. (Amaya)

Basándose en el concepto foucaultiano de poder disciplinario, Gabriela Arguedas (2014) identifica la existencia de un poder obstétrico que opera mediante la autoridad del discurso y las prácticas médicas. Este poder se ejerce a través de rituales de dominación, donde las violencias ginecoobstétricas funcionan como mecanismos para moldear cuerpos dóciles y sexuados. Los sentimientos de vulnerabilidad e insignificancia, inherentes a estos rituales, se expresan en el lenguaje que empleó Amaya durante la entrevista, especialmente en el uso de diminutivos como piernecitas, cosita o cabecita. Aunque no es fácil protestar desde la posición de litotomía —que acentúa la subordinación—, Amaya resistió la gordofobia de su ginecóloga. Rechazó la pasividad, el silencio y la obediencia asociadas a la feminidad patriarcal, y desafió los preceptos que buscan domesticar los cuerpos que no encajan en la norma. Al alzar la voz, no solo habló por sí misma, sino también por «las otras cien que se habrán ido a su casa llorando», encarnando una subjetividad militante y sorora frente a los prejuicios y la discriminación hacia las mujeres gordas. Este gesto de resistencia, sin embargo, tuvo un coste emocional significativo, que se manifestó claramente durante la entrevista.

De las nueve participantes del estudio con descendencia, dos relataron haber vivido situaciones de violencia obstétrica. Esta forma de violencia en el ámbito de la salud reproductiva puede expresarse físicamente, mediante procedimientos innecesarios, falta de respeto a los ritmos naturales del parto o prácticas denigrantes, intimidatorias u opresivas, o psicológicamente, a través de la infantilización o el trato vejatorio (Cohen y Korem, 2018). La normalización e invisibilización social de estas violencias dificultan su denuncia y su problematización, entendida —en términos foucaultianos— como la interrogación crítica sobre cómo determinadas prácticas llegan a consolidarse como verdades incuestionables. A pesar de ello, estas

participantes lograron desnaturalizar las agresiones sufridas durante el embarazo y el parto, y las expusieron como problemáticas urgentes que requieren atención por violarse los derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

A medida que el discurso de la epidemia de la obesidad ha ido ganando terreno, también se ha intensificado el control del peso de las mujeres embarazadas, mediante medidas preventivas cada vez más estrictas, orientadas al cuidado de una misma y centradas especialmente en el «cuidado del otro (fetal)» (Lupton, 2012, p. 336). Una de las soluciones biopolíticas es controlar el peso corporal del feto in utero. En consecuencia, han crecido las precauciones para que las embarazadas no engorden demasiado, tal como explicaba una participante. Sin embargo, ella rechazó que su cuerpo se tratara como una mera vasija etiquetada como cuerpo en riesgo, con la consecuente culpabilización. Así, resistió el intento del personal sanitario de posicionarla como una paciente sin agencia, una forma de subjetivación comúnmente asignada a las mujeres embarazadas:

En el embarazo fue muy acusado. De hecho, hubo una [enfermera] que me dijo: «¡Si piensas volver a tener hijos, tienes que bajar todo ese exceso de peso!». «Pero es que me lo decís todas y todos, como si estuviese, ¡vamos!, que no me puedo mover o levantar, como si voy en una silla de ruedas por obesa. ¡¿Pero así tratáis a todos y todas quienes no tienen el peso ideal?!». ¡Claro!, la gente me mira y se ríe, o dice: «¿Cómo que te atreves a contestarles?». Pero yo, es que, me asombro de que ellos y ellas [personal sanitario] digan ese tipo de cosas. Al final es eso, ¡la culpabilización por no responder a ese canon! (Norma)

Durante años, los cuerpos de las mujeres gordas han sido objeto de vigilancia y exclusión en el acceso a tecnologías reproductivas, como la congelación de óvulos (Sussman, 2022) o los procedimientos de fecundación in vitro (Sole-Smith 2019), como me relató una colega al hablar de la experiencia de su sobrina. A quienes desean quedar embarazadas o enfrentan problemas de infertilidad se les indica rutinariamente que deben perder peso, a pesar de que la evidencia científica que respalda esta recomendación es limitada y poco concluyente (Legro et al., 2022). Un estudio reciente con casi cuatrocientas mujeres clasificadas como obesas mostró que perder peso no

mejoró sus probabilidades de quedar embarazadas (Legro et al., 2022). Un metaanálisis posterior confirmó esta conclusión: incluso tras una pérdida de peso considerable antes de someterse a un tratamiento de fecundación in vitro, no se registró ningún impacto significativo en los resultados. No se observaron mejoras en la tasa de nacimientos ni en otros indicadores clave, como el embarazo clínico, el aborto espontáneo, el embarazo en curso o el embarazo ectópico (Jeong et al., 2024). Además, la evidencia sigue siendo insuficiente para sostener que intervenciones sobre el estilo de vida o tratamientos farmacológicos en mujeres gordas con infertilidad contribuyan a aumentar las tasas de nacimientos (Ennab y Atiomo, 2023). Pese a ello, continúan enfrentando mayores barreras para acceder a los tratamientos de fertilidad disponibles para la población general (Gautam et al., 2023).

La violencia obstétrica suele implicar prácticas que infantilizan, ignoran, denigran y anulan a las mujeres, generando en ellas sentimientos de impotencia y desposesión de su agencia (Swahnberg et al., 2007). Heura relató haber vivido estas formas de violencia durante el embarazo y parto de su primera criatura, en el que —según sus palabras— en lugar de dejarle parir a su hijo, se lo nacieron. Durante el embarazo de su segunda criatura, estas violencias se repitieron. En su testimonio expresó cómo el personal sanitario cuestionó su capacidad para parir, asociando esa supuesta incapacidad a su fracaso en el autocuidado. En su relato confluyen los discursos hegemónicos de la salud y del patriarcado, que refuerzan la idea de que, como mujer —y paciente gorda percibida como necesitada de ayuda—, debía ceder la toma de decisiones al varón que encarna la autoridad epistémica médica, y adoptar un rol sumiso y silencioso:

¡Mi hijo mayor nació por cesárea porque me maltrataron en el hospital y no me dejaron parir! En ese momento, yo acababa de venir a vivir a Valencia. No tenía un entorno todavía hecho, de amigas y de tal. Mi familia no estaba. Internet existía, pero no lo teníamos al alcance. Entonces, con mi hija yo seguí el mismo protocolo. Me fui al hospital, que te visitaban una vez cada no sé qué, y la segunda vez que fui, ya estaba así de gorda [gesticula poniendo los brazos alrededor de su barriga]. Y le digo al médico: «Bueno, ¿podré intentar parir? ¿No me iréis a hacer una cesárea nada más empezar?». Y me dijeron: «señora, usted tiene sobrepeso, su hija tiene sobrepeso, ¿y todavía quiere parir? ¡A usted le

pasará lo mismo que la otra vez!». O sea, vinieron a decirme «eres inútil, eres gorda, no te has cuidado, ¿y ahora quieres intentar parir?». Bueno, de allí me fui a [clínica de parto respetado] ¡y la parí y de sobra! (Heura)

El abuso del parto por cesárea señalado por la participante anterior refleja claramente el ejercicio del poder obstétrico. Su uso indiscriminado ha generado preocupación a nivel internacional debido a los riesgos que implica, tanto a corto como a largo plazo, para la salud de las madres y las criaturas. La Organización Mundial de la Salud (2015) establece que solo debería recurrirse a la cesárea para prevenir la mortalidad materna y perinatal, y recomienda que no supere entre el 10 al 15 % del total de nacimientos. Sin embargo, los datos disponibles reflejan un desfase significativo respecto a esta recomendación. Según su último Informe Europeo de Salud Perinatal, en diez de los veintisiete países de la Unión Europea las cesáreas se practican en más del 30 % de los partos. Solo una quinta parte de los Estados miembros mantiene tasas por debajo del 21 %. Aunque España no se sitúa entre los países con cifras más elevadas, registra una tasa del 26 %, que la posiciona en el tramo superior. Incluso los Estados con los índices más bajos —como Finlandia (18 %), Islandia (17 %), Noruega (16 %) y los Países Bajos (17 %)— superan ampliamente las recomendaciones de la OMS.

3.4. La gordofobia médica obstaculiza la búsqueda de ayuda

Sufrir gordofobia médica puede implicar desvincularse de la atención sanitaria (Puhl, 2023; Sagi-Dain et al., 2022). De hecho, las mujeres gordas acuden menos a medicina preventiva, a programas de vacunación contra la gripe (Østbye et al., 2005) y a pruebas para detectar el cáncer colorrectal (Ferrante et al., 2006), de cervix (Mitchell et al., 2008) y de mama (Østbye et al., 2005). Aquí juega un papel crucial el estigma por anticipación (Goffman, 2006). Es decir, creer que se sufrirán estereotipos, prejuicios o discriminación por pertenecer a un grupo socialmente estigmatizado. Los testimonios siguientes ilustran que haber percibido maltrato y anticipar potenciales humillaciones en consulta médica incidió negativamente en la búsqueda de ayuda, pues varias participantes demoraron o evitaron citas médicas necesarias por temor a ser estigmatizadas. Los prejuicios

gordofóbicos provenientes, sobre todo, de sus médicos y médicas de cabecera, socavaron la confianza en estos y estas, cuestión que debería alertar puesto la medicina generalista cumple un importante rol preventivo. Además, es la vía para acceder a la medicina especializada, donde pueden detectarse enfermedades en estadios precoces o reducirse las secuelas de una enfermedad que ya ha aflorado. Esto incrementa las posibilidades de éxito en el tratamiento.

Vas a ir al médico y dices: «¡Bueno!, es que ¡tengo un dolor que te cagas en la rodilla! Y todo lo que sea de cintura para abajo... ¡No hace falta ni ir, porque ya sabes lo que te van a decir!». «¡Es que estás gorda, es que tienes que adelgazar!». (Triana)

Una temporada me hacía daño la rodilla. ¡Pero no dije nada! Ahora, miro atrás, y me doy cuenta de tantísimas cosas que me han hecho daño y me lo he callado. Sobre todo, para no ir al médico, pero sobre todo para que dijeran: «¡mira qué salud más fuerte tiene, que el ser gorda no le está siendo un impedimento!». Porque, escucha, había veces que sí que lo era, pero había veces que no. ¡No lo sé! Había momentos que, de verdad, era para que no me hicieran preguntas y para que no.... (Judit)

Evitar o posponer consultas médicas por miedo al estigma no es solo una decisión personal: es una injusticia social con consecuencias graves. Entre ellas, que muchas personas gordas lleguen al sistema sanitario con afecciones más avanzadas y difíciles de tratar (Phelan et al., 2015). Además, experimentar gordofobia genera estrés crónico, que a su vez eleva el riesgo de enfermedades cerebrovasculares, trastornos mentales como la depresión y la ansiedad (Pascoe y Smart-Richman, 2009), y patologías cardiometabólicas que incrementan la mortalidad (Vadiveloo y Mattei, 2017; Sutin et al., 2015). También se ha vinculado al desarrollo de conductas alimentarias poco saludables y trastornos de la conducta alimentaria (Vartanian y Porter, 2016). Si la vida la dibujan las ironías, he aquí una de trazo bien grueso, pues los mencionados comportamientos por parte de quienes han de velar por la salud —aun siendo involuntarios— pueden lastimar la salud de las personas gordas.

3.5. Gordofobia ambiental

Aunque las participantes se refirieron someramente a la gordofobia ambiental del entorno y equipamiento médicos, esta debe mencionarse porque puede lastimar la identidad de las personas gordas (Lee y Pausé, 2016; Navajas-Pertegás, 2022). Por ejemplo, las sillas de las salas de espera o de las consultas, las sillas de ruedas o las camillas hospitalarias, pueden ser incómodas o dañar los cuerpos de las personas gordas. Otro tanto sucede con la ropa, lencería o equipos hospitalarios (p.ej.: básculas, manguitos para tomar la presión arterial, máquinas de Rayos X, mesas de exploración, etc.). Estos suelen diseñarse para personas con normopeso. Cuando no se dispone de alternativas adecuadas para atender a las personas gordas o dichos equipos se almacenan en lugares recónditos que sugieren un uso poco frecuente se ofrece el mensaje de que los cuerpos gordos son anormales (Phelan et al., 2015).

Otra expresión sutil de gordofobia ambiental es la que describió una participante al referirse a la culpabilización recibida cuando determinados equipos médicos no funcionaron adecuadamente:

Incluso, esas preguntas que se hacen de manera enmascarada, o si un aparato, de resonancia, para hacerte la ecografía, no funcionaba: «¡Claro, es que como tienes grasita...!». (Norma)

Asimismo, las posturas de examen que priorizan la comodidad del facultativo o facultativa a expensas de la de la persona pueden resultar denigrantes para esta. Tras los ejemplos mencionados no suele haber mala intención, pero pueden originar experiencias de estigma ambiental que humillan a las personas gordas.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue explorar la gordofobia médica experimentada por usuarias del sistema de salud público valenciano. Para alcanzarlo, se partió de un enfoque metodológico cualitativo. El corpus de análisis lo constituyeron veintiséis entrevistas a usuarias del sistema público de salud valenciano. En el análisis se identificaron cinco ejes discursivos. Referido al

primero, Estigma verbal y comportamental, las participantes destacaron el maltrato verbal y no verbal sufrido por parte del personal sanitario. También, la falta de compasión y sensibilidad generalizada hacia sus dolencias. Esto les negó el bienestar psicológico que comporta el ritual médico. En contraste, abundaron los rituales de humillación en los que, al lanzarse el mensaje de que eran incapaces de autocuidarse, se limitó su agencia para implicarse en el cuidado de su propia salud. En el segundo eje, La gordura como origen de todos los males, las participantes manifestaron que rutinariamente sus dolencias se achacaron a la gordura, infravalorándose explicaciones alternativas para llegar al diagnóstico. Esta mala praxis médica fue clave a la hora de prolongar su sufrimiento. También denunciaron la presión recibida para adelgazar, a pesar de que la literatura ha evidenciado que las dietas dañan la salud por los riesgos asociados que comportan. Especialmente, cuando se prescriben fármacos supresores del apetito o medicamentos para lograr este propósito, según vivenciaron tres participantes. En el tercer eje abordé el estigma ginecológico y obstétrico padecido por cuatro participantes. Estas destacaron que no se les hizo partícipes al tomar decisiones sobre su salud y que el trato deshumanizado y vejatorio recibido les produjo sentimientos de vulnerabilidad. En el cuarto eje mostré que la gordofobia padecida, a manos de profesionales médicos generalistas y el estigma por anticipación propiciaron que varias participantes se desvincularan de la atención sanitaria por temor a recibir más estigma. De modo que demoraron o evitaron citas médicas necesarias. A pesar del estigma recibido y de que se posicionase rutinariamente a las participantes como ignorantes y despreocupadas por su salud, algunas de ellas resistieron la gordofobia del personal médico. Rechazaron, así, la posición subjetiva subordinada, silenciosa y obediente característica de la feminidad patriarcal. En el último eje ahondé en la gordofobia ambiental, es decir, aquella que se manifiesta a través del entorno y equipamiento médicos poco amigables con las personas gordas. Aunque esta expresión de gordofobia se mencionó sucintamente, debe tenerse en cuenta por el impacto dañino que puede causar en la identidad de las personas gordas.

Una de las limitaciones del estudio fue la dificultad para reclutar a participantes racializadas y a un número más elevado de mujeres mayores (60 o más años). Sin embargo, es importante señalar que no se conocen investigaciones similares en el ámbito hispanohablante donde el estigma sufrido en la atención sanitaria se analice en conjunto partiendo de las voces de las personas afectadas.

La asistencia sanitaria existe para aliviar el sufrimiento humano y es inaceptable que inflija sufrimientos innecesarios. Por tanto, disminuir los fenómenos de estigma evidenciados debería ser una prioridad de los sistemas públicos de salud. Estos deberían aplicar políticas inclusivas para prevenir la discriminación de las personas gordas. Las instituciones académicas deberían incorporar el humanismo en los estudios de medicina. En este sentido, existe una prometedora iniciativa de equipo del Dr. Manuel Pera en la Universitat Pompeu Fabra y otra en la Universitat de Lleida. Esto incluiría una educación con perspectiva de género que, además, examinase la prevalencia de la gordofobia y los efectos adversos para la salud.

La compasión es uno de los pilares de las profesiones de ayuda. Por ello, invitaría a los y las profesionales sanitarios a examinar sus prejuicios de cara a tratar con dignidad a las personas gordas. Los casos de estigma evidenciados deberían invitarnos a ir más allá y cuestionar por qué, en materia de salud, nuestras sociedades prefieren promover el cambio de comportamiento o del estilo de vida en lugar de ofrecer soluciones basadas en la justicia social y la redistribución.

A partir de este estudio es preciso profundizar en las consecuencias sociales y sanitarias de la discriminación gordofóbica. Además de lo ya expuesto en este artículo, sabemos que el sufrimiento psicológico derivado de la exclusión social deja una huella biológica comparable a la del dolor físico (Eisenberger, 2012). En el caso del rechazo que enfrentan las personas gordas, se ha observado una asociación con un mayor dolor percibido (Olson et al., 2019). En otras palabras: la gordofobia duele. Física y emocionalmente.

Asimismo, futuras investigaciones deberían profundizar en la gordofobia médica, recurriendo tanto a metodologías cualitativas como cuantitativas. Desde el enfoque cualitativo podrían incluirse, relatos biográficos o diarios de experiencia, así como herramientas como los Relief Maps para cartografiar las relaciones entre estigma, lugar geográfico y vivencia encarnada (Rodó-Zárate, 2021). Además, sería útil desarrollar estudios longitudinales con técnicas de evaluación ecológica momentánea para registrar en tiempo real las experiencias de estigmatización en la interacción médica. Desde un abordaje cuantitativo, podrían diseñarse encuestas estructuradas con escalas validadas que midan el estigma percibido, anticipado e internalizado en personas gordas usuarias del sistema sanitario, desagregando los datos por variables como género, clase, etnicidad o edad. Asimismo, convendría analizar bases de datos clínicas para identificar patrones de diagnóstico diferencial, retrasos en la atención o tratamientos prescritos en función del índice de masa corporal, contrastando estas prácticas con indicadores de salud objetiva. Este enfoque permitiría visibilizar el sesgo institucional y establecer vínculos entre la gordofobia médica y los resultados en salud, combinando así la evidencia empírica con el análisis crítico.

5. PROPUESTAS PARA UNA ATENCIÓN SANITARIA RESPETUOSA CON LAS PERSONAS GORDAS

A continuación, se ofrecen quince propuestas prácticas de cara a superar las desigualdades en la atención a la salud que enfrentan las personas gordas. El propósito es contribuir a que sea cual sea su tamaño corporal, estas se respeten para que puedan alcanzar su máximo potencial de salud.

- La formación universitaria debe incorporar el humanismo en medicina y las perspectivas de género y diversidad corporal para conocer, entender y abordar los problemas que afectan la salud humana.
- La compasión es uno de los pilares de la profesión sanitaria. Examine sus prejuicios de cara a asegurarse que trata a las personas gordas respetando su dignidad.

- Use un lenguaje inclusivo no pesocéntrico, sin términos peyorativos. Aquellos como persona con sobrepeso u obesa medicalizan y patologizan el peso corporal en lugar de entenderlo como una expresión más de la diversidad humana que debe respetarse (Calogero et al., 2019). Hay personas gordas que se autoidentifican con el término gorda, aunque, por el estigma que acarrea, otras lo consideran denigrante. Pregúnteles sobre su preferencia para designarlas.
- Reconozca la especificidad de cada paciente para garantizar un cuidado óptimo. Las personas gordas no son iguales: pueden experimentar múltiples niveles de discriminación en base al género, clase, edad, orientación sexual, nivel de discapacidad, etc.
- Proporcione información y atención entendiendo que el impacto de determinantes sociales de la salud, como la gordofobia, perjudican la salud.
- No asuma que el peso causa todos los síntomas. Tampoco tome decisiones basadas en el Índice de Masa Corporal: trate a la persona y su dolencia, no solo su tamaño corporal. Realice a sus pacientes gordas/os las mismas pruebas diagnósticas que a cualquier otra paciente por una supuesta enfermedad, sin insistir en que adelgace para prescribirle un tratamiento (National Association to Advance Fat Acceptance, 2020).
- No infiera que las personas gordas tienen (o no) un trastorno alimentario.
- No presuponga que su paciente desea información para adelgazar ni ofrezca consejos no solicitados al respecto. Si le piden orientaciones para adelgazar, informe honestamente de los peligros, efectos secundarios y tasa de fracaso de las dietas.
- Evite el pesaje rutinario a sus pacientes gordos/as, a menos que sea por una razón justificada. Si fuera necesario, hágalo en un entorno privado. Registre su peso sin comentarlo, salvo que su paciente solicite esa información (National Association to Advance Fat Acceptance, 2020).
- No asuma que las personas gordas comen más alimentos ricos en calorías, o son menos activas, que las personas delgadas

- La actividad física impacta positivamente en la salud, independientemente de que se adelgace. Mejora el control de la presión arterial y la glucosa, disminuye los síntomas de la artritis, y aumenta el bienestar general (Markofski et al., 2014). Si la recomienda, asegúrese de desvincularla del control o pérdida de peso.
- Familiarícese con perspectivas críticas y no pesocéntricas que informan sobre la mejor manera de cuidar a las personas gordas (p.ej.: Health at Every Size o Well Now).
- Acérquese a literatura alternativa al discurso biomédico, producida por personas gordas. Existen textos académicos, no académicos y de ficción, que ofrecen una visión rica sobre sus experiencias. Estos materiales humanizan a las personas gordas, paso necesario para sentir compasión hacia ellas. Dichas obras podrían servir de biblioterapia para sus pacientes gordos y delgados.
- Los órganos competentes en salud deben proporcionar equipamiento y lencería hospitalaria que atienda las necesidades de las personas gordas.
- Los órganos competentes en salud deben asegurar que los lavabos de los centros de salud y hospitalarios tengan diseños universales y sean accesibles para las personas gordas. También, que la decoración — incluidos los folletos, revistas, cartelera y anuncios— refleje una atmósfera a favor de la diversidad corporal humana.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- An, R., Ji M. & Zhang S. (2018). Global warming and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 19(2), 150-163. <https://doi.org/10.1111/obr.12624>
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a..v11i1.14238>
- Bacon, L., O'Reilly, C. & Aphramor, L. (2016). Reflections on Thin Privilege and Responsibility. En E. Cameron y C. Russell (Eds.): *The Fat Pedagogy Reader. Challenging Weight-Based Oppression Through Critical Education* (pp. 41-50). Peter Lang.

- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Braun, V. y Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.
- Brüggemann, A., Wijma, B. & Swahnberg, K. (2012). Abuse in health care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1),123-132. <https://doi.org/10.1111/J.1471-6712.2011.00918.X>
- Burgard, D. (2009). What is health at every size? En E. Rothblum y S. Solovay (Eds.): *The Fat Studies Reader* (pp. 42-53). NYU Press.
- Calogero, R., Tylka, T.L. & Mensinger, J.L. (2016). Scientific Weightism: A View of Mainstream Weight Stigma Research Through a Feminist Lens. En T.A. Roberts, N. Curtin, L. E. Duncan, y L.M. Cortina (Eds.): *Feminist Perspectives on Building a Better Psychological Science of Gender* (pp. 9-28). Springer.
- Cárdenas Castro, M., Salinero Rates, S. y García Núñez, C. (2020). Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(3),187-196. Disponible en: <https://ir.uv.es/h1rugC0> (4 abril de 2025).
- Cohen Shabot, S. & Korem, K. (2018). Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia*, 33(3), 384-401. <https://doi.org/10.1111/HYPA.12428>
- Delahanty, L. M., Pan, Q., Jablonski, K. A., Aroda, V. R., Watson, K. E., Bray, G. A., Kahn, S. E., Florez, J. C., Perreault, L. & Franks, P. W. (2014). Effects of weight loss, weight cycling, and weight loss maintenance on diabetes incidence and change in cardiometabolic traits in the diabetes prevention program. *Diabetes Care*, 37(10), 2738–2745. <https://doi.org/10.2337/DC14-0018>
- Ehrenreich, B. (2018). *Natural Causes: An Epidemic of Wellness, the Certainty of Dying, and Killing Ourselves to Live Longer*. Grand Central Publishing.
- Eisenberger, N. I. (2012). The neural bases of social pain: Evidence for shared representations with physical pain. *Psychosomatic Medicine*, 74(2), 126. <https://doi.org/10.1097/PSY.0B013E3182464DD1>

- Ennab, F. & Atiomo, W. (2023). Obesity and female infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 89, 102336. <https://doi.org/10.1016/J.BPOBGYN.2023.102336>
- Euro-Peristat Project (2018). *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. Disponible en: <https://ir.uv.es/1Oay5Py> (4 abril de 2025).
- 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>
- Fikkan, J. y Rothblum, E. (2012). Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*, 66(9), 575-592. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5>
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. Siglo veintiuno editores.
- Franco, S., Barbanera, M., Moschetti, R., Cicatiello, C., Secondi, L. & Massantini, R. (2022). Overnutrition is a significant component of food waste and has a large environmental impact. *Scientific Reports*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11813-5>
- Gautam, D., Purandare, N., Maxwell, C. V., Rosser, M. L., O'Brien, P., Mocanu, E., McKeown, C., Malhotra, J. & McAuliffe, F. M. (2023). The challenges of obesity for fertility: A FIGO literature review. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 160(S1), 50–55. <https://doi.org/10.1002/IJGO.14538>
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Gudzune, K., Beach M.C., Roter, D.L. & Cooper, L.A. (2013). Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity*, 2(10), 2146-2152. <https://doi.org/10.1002/OBY.20384>
- Hall, S. (1992). The West and the Rest: Discourse and power. In S. Hall & B. Gieben (Eds.), *Formations of Modernity* (pp. 275–331). Polity Press.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza*. Cátedra.
- Huizinga, M.M., Bleich, S.N., Beach, M.C., Clark, J.M. & Cooper, L.A. (2010). Disparity in physician perception of patients' adherence to medications by

- obesity status. *Obesity*, 18(10), 1932-1937. <https://doi.org/10.1038/OBY.2010.35>
- Jeong, H. G., Cho, S., Ryu, K. J., Kim, T. & Park, H. (2024). Effect of weight loss before in vitro fertilization in women with obesity or overweight and infertility: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/S41598-024-56818-4>
- Lee, J. & Pausé, C. (2016). Stigma in practice: Barriers to health for fat women. *Frontiers in Psychology*, 7(DEC), 2063. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02063>
- Legro, R. S., Hansen, K. R., Diamond, M. P., Steiner, A. Z., Coutifaris, C., Cedars, M. I., Hoeger, K. M., Usadi, R., Johnstone, E. B., Haisenleder, D. J., Wild, R. A., Barnhart, K. T., Mersereau, J., Trussell, J. C., Krawetz, S. A., Kris-Etherton, P. M., Sarwer, D. B., Santoro, N., Eisenberg, E., (...) Zhang, H. (2022). Effects of preconception lifestyle intervention in infertile women with obesity: The FIT-PLESE randomized controlled trial. *PLOS Medicine*, 19(1), e1003883. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003883>
- Lupton, D. (2012). “Precious cargo”: Foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Pub. Health*, 22(3), 29-40. <https://doi.org/10.1080/09581596.2012.657612>
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B. & Chatman, J. (2007). Medicare’s Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer. *American Psychologist*, 62(3), 220–233. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.220>
- Markofski, M. M., Flynn, M. G., Carrillo, A. E., Armstrong, C. L. H., Campbell, W. W. & Sedlock, D. A. (2014). Resistance exercise training-induced decrease in circulating inflammatory CD14+CD16+ monocyte percentage without weight loss in older adults. *European Journal of Applied Physiology*, 114(8), 1737–1748. <https://doi.org/10.1007/s00421-014-2902-1>
- 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>
- Mulherin, K., Miller, Y.D., Barlow, F.K., Diedrichs, P.C. & Thompson, R. (2013). Weight stigma in maternity care: Women's experiences and care providers'

- attitudes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 19.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-19>
- National Association to Advance Fat Acceptance (2020). *Guidelines for healthcare providers with fat clients*. Disponible en: <https://ir.uv.es/5R3bvoT> (4 abril de 2025)
- Navajas-Pertegás, N. (2022). *Vivir siendo gordas: una exploración de experiencias encorporadas de la gordura*. (Tesis Doctoral). Universitat de València, Facultad de Ciencias Sociales.
- Olson, K. L., Landers, J. D., Thaxton, T. T. & Emery, C. F. (2019). The pain of weight-related stigma among women with overweight or obesity. *Stigma and Health*, 4(3), 243. <https://doi.org/10.1037/SAH0000137>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Disponible en: <https://ir.uv.es/k3i66AX> (4 de abril de 2025).
- Østbye, T., Taylor, D.H., S. Yancy, W. & Krause, K.M. (2005). Associations between obesity and receipt of screening mammography, Papanicolaou tests, and influenza vaccination: results from the Health and Retirement Study (HRS) and the Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) Study. *American Journal of Public Health*, 95(9), 1623-1630. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.047803>
- Pascoe, E. & Smart-Richman, L. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554. <https://doi.org/10.1037/A0016059>
- Phelan, J. C., Link, B. G. & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine*, 67(3), 358–367. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2008.03.022>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M. & van 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>
- Puhl, R. (2023). Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care», *Gastroenterology Clinics of North America*, núm. 52(2), 417-428. <https://doi.org/10.1016/J.GTC.2023.02.002>
- Rodó-Zárate, M. (2021). *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Bellaterra.

- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., (...) Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/S41591-020-0803-X>
- Sabin, J., Marini, M. & Nosek, B.A. (2012). Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLoS ONE*, 7(11), e48448. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048448>
- Sagi-Dain, L., Echar, M. & Paska-Davis, N. (2022). Experiences of weight stigmatization in the Israeli healthcare system among overweight and obese individuals. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11(5), e48448. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00518-9>
- Sole-Smith, V. (2019). When You're Told You're Too Fat to Get Pregnant. *The New York Times*. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2019/06/18/magazine/fertility-weight-obesity-ivf.html>. (4 abril de 2025).
- Stice, E., Gau, J.M., Rohde, P. & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38–51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>
- Strings, Sabrina. (2019). *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia*. NYU Press.
- Sussman, A.L (2022). Egg Freezing's BMI Problem. *The Cut*. Disponible en: www.thecut.com/2022/06/egg-freezing-bmi-limits.html (4 abril de 2025).
- Sutin, A.R., Stephan, Y., Luchetti, M. & Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological Science*, 26(11), 1803–1811. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Swahnberg, K., Thapar-Björkert, S. & Berterö, C. (2007). Nullified: Women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 161–167. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>

- Thompson, H. & McTiernan, A. (2011). Weight cycling and cancer: Weighing the evidence of intermittent caloric restriction and cancer risk. *Cancer Prevention Research*, 4(11), 1736-1742. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-11-0133>
- Tischner, I. (2013). *Fat lives: A Feminist Psychological Exploration*. Routledge.
- Tomiya, J. (2019). Stress and Obesity. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 703-718. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102936>
- Vadiveloo, M. & Josiemi, M. (2017). Perceived Weight Discrimination and 10-Year Risk of Allostatic Load Among US Adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(1), 94-104. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9831-7>
- Vartanian, L. & Porter, A. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102(julio), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. Open University Press.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más profunda gratitud a las mujeres que participaron en este estudio: por haber compartido generosamente su tiempo, sus experiencias y sus reflexiones. Este trabajo no habría sido posible sin su voz ni sin su resistencia. También agradezco a las personas revisoras anónimas sus valiosas sugerencias, que han contribuido al desarrollo final de este artículo.

FINANCIACIÓN

El trabajo de campo de este estudio fue financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades a través del Programa Estatal del Talento y su Empleabilidad, Subprograma de Formación de Profesorado Universitario (Código FPU15/03990).