

# GORDOFOBIA MÉDICA: VIVENCIAS, VIOLENCIAS Y RESISTENCIAS

*Presentado por:*

**Elena Castro Fernández**

*Tutora:*

**Emma Gómez Nicolau**

Máster Universitario en Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado  
(Plan 2013)  
[\[Interuniversitario / A distancia\]](#)

16ª Edición

Curso académico 2022/23

Convocatoria anticipada (PAT)

ORIENTACIÓN CURSADA: INVESTIGACIÓN



## AGRADECIMIENTOS

Este TFM no habría podido ser lo que es sin la presencia incondicional de mi pareja, que no solo me ha apoyado a todos los niveles, sino que me ha animado a dar un giro a mi vida —a estas alturas— que se ha materializado en este Máster.

Tampoco se podría haber hecho sin Rosalía, Emilia, Elisa, Luz, Concepción y Marcela: las que aquí he entrevistado, que se han abierto en canal para ayudar a otras, pero también aquellas mujeres gallegas de las que hemos tomado prestados sus nombres, que marcaron un hito en la historia con su mera presencia y/o lucha por sus convicciones. Sin olvidar a todas las mujeres en todos los rincones del mundo, presentes y pasadas, que han dado sentido a la frase: «Porque fueron, somos. Porque somos, serán».

No puedo dejar de estar agradecida a todo el personal de este Máster de Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado de la UJI y la UMH, que han trabajado por saltar la distancia y hacer del mismo algo más cercano y humano cada día, cada quien a su manera.

Por último, y sobre todo, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Emma, mi tutora en esta pequeña aventura, que ha ido hasta el final y más allá para no solo acompañarme, sino también cuidarme, y conseguir así algo de lo que yo creo que ambas estamos igual de orgullosas. Ha sido una de las experiencias más gratificantes de mi vida, y espero que el futuro nos brinde muchas más.

Gracias a todas, de corazón.

Elena, 29 de abril de 2023.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>II. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN</b>	<b>8</b>
1. GORDOFOBIA Y TIRANÍA ESTÉTICA	8
1.1. <i>Belleza, historia y sociedad</i>	8
1.2. <i>Capital estético y poder</i>	10
2. GORDOFOBIA Y MORAL	13
2.1. <i>Construcción del discurso de la culpa</i>	13
2.2. <i>Posfeminismo y confidence culture</i>	15
3. GORDOFOBIA Y SALUD	17
3.1. <i>La gordura es multifactorial</i>	17
3.2. <i>La medicina como agente normalizador</i>	19
3.3. <i>Consecuencias de la gordofobia médica desde el corpus teórico</i>	21
<b>III. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>24</b>
<b>IV. DISCURSOS DE MUJERES GORDAS SOBRE LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO MÉDICO</b>	<b>29</b>
1. VIVENCIAS Y ESTILOS DISCURSIVOS EN EL CORPUS DE LAS ENTREVISTAS	29
1.1. <i>Luz: «soy gordófoba conmigo misma»</i>	29
1.2. <i>Concepción: violencia simbólica</i>	33
1.3. <i>Rosalía: protección ante la gordofobia</i>	36
1.4. <i>Emilia: abriendo melones</i>	38
1.5. <i>Elisa: deseo y deseabilidad</i>	41
1.6. <i>Marcela: #yanomecallo</i>	44
2. GORDOFOBIA FAMILIAR	47
3. GORDOFOBIA SOCIAL Y LABORAL	52
4. GORDOFOBIA MÉDICA	59
5. CONSECUENCIAS DE LA GORDOFOBIA MÉDICA DESDE EL CORPUS ETNOGRÁFICO	66
6. RESISTENCIAS	74
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>82</b>
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>92</b>
ANEXO 1. IMPULSO INICIAL DE LAS ENTREVISTAS	92
ANEXO 2. RECLAMACIÓN-TIPO ELABORADA POR MARCELA	93
RESTO DE ANEXOS: TRANSCRIPCIONES	94

*«—¡Pero vosotros no podéis evitar ser como sois! —dijo Bastián.  
—Hay muchas clases de culpa, ay —respondieron los ayayai—:  
por acción, por pensamiento... La nuestra es por existir.»  
Michael Ende, 1984. La Historia Interminable.*

## **RESUMEN**

Las personas gordas, en especial las mujeres, sufren violencia por el hecho de poseer un cuerpo grande y existir en él. Esta violencia se extiende a todas las áreas de la vida y produce profundas desigualdades, así como la vulneración de derechos fundamentales de las personas gordas. Esta opresión sistémica se denomina GORDOFOBIA.

El argumento más esgrimido para justificar la vigilancia sobre los cuerpos gordos es la salud, aunque la estética y la moral juegan un papel muy relevante también en la construcción de este odio a la gordura. Abordaremos de qué manera se articulan los discursos de estas tres áreas, pero centrándonos sobre todo en la que se encuentra respaldada por la autoridad que proporciona el corpus teórico del sistema biomédico.

El objetivo de este TFM no es rebatir punto por punto los riesgos que desde el campo de la medicina se atribuyen a la gordura, sino explorar las violencias que las mujeres gordas sufren en base a esos «posibles» riesgos y exponer que las consecuencias de la misma pueden ser más factibles y graves que aquellos. Asimismo, indagaremos en la relación de la gordofobia médica con la producida en el ámbito social, laboral y familiar y las repercusiones de la misma en la salud física y mental de las personas gordas.

Para ello, se han realizado seis entrevistas a mujeres gordas atendiendo al doble criterio: grado de activismo-experiencia con el sistema médico. A través del análisis tratamos de comprender cómo viven la gordofobia familiar, social y, especialmente, la médica, así como de explorar las consecuencias que ésta última tiene sobre su propia percepción de la salud. Abundaremos, por último, en las estrategias de resistencia que estas personas ponen en marcha, desde pequeños actos individuales de rebeldía, a las prácticas más organizadas y colectivas del activismo antigordofobia.

## I. INTRODUCCIÓN

Se denomina gordofobia a la opresión y discriminación sistemática que sufren las personas gordas, en especial las mujeres, por el tamaño de su cuerpo. Aunque se podría encuadrar en el marco de la tiranía estética impuesta a las mujeres por el sistema patriarcal en el que vivimos, la gordofobia supone una opresión sistémica en sí misma que coarta las libertades de las personas gordas en todos los aspectos de su vida: social, laboral, afectivo, estético, económico, político y, con especial virulencia, médico. Como mujer gorda considero relevante la creación de contenido científico alrededor de dicha violencia para desentrañar los mecanismos de dominación que la sustenta, y apoyar así el trabajo de las activistas antigordofobia.

La primera vez que una persona gorda tiene contacto en su vida con la gordofobia de manera más o menos consciente suele ser en la infancia o adolescencia, de la mano de alguien de su entorno cercano: una persona de su familia, una compañera o compañero de clase, un amigo o amiga... Puede ser increpada, utilizando su característica como un insulto —«¡GORDA!»—; puede ser informada, por parte de un ser querido y «con toda la buena intención del mundo», de los riesgos de su tamaño corporal para su salud; puede ser coaccionada para adelgazar «por su bien». Para la mayoría de las personas no gordas esta sería la única consecuencia visible y aceptada de la gordofobia, para la que se suelen ofrecer soluciones individualistas: «no hagas caso», «tienes que quererte más», «ve a terapia»; soluciones que incluso contendrán más gordofobia: «adelgaza y te verás mejor» o «adelgaza y ya verás como no te dicen nada más». Lamentablemente, esto es solo la punta de un iceberg que esconde bajo la superficie una miríada de discriminaciones y violencias que las personas gordas sufren a lo largo de su vida, y que es necesario visibilizar y frenar.

La tiranía estética es quizá una de las patas más gruesas de la sociedad patriarcal al hacernos perder tiempo y dinero en una necesidad creada a través de la publicidad y los medios de comunicación. Dentro de esta tiranía podemos situar la preocupación por el tamaño corporal de las mujeres, sin perder de vista que la gordofobia ha llegado a constituir una opresión en sí misma, con muchas más ramificaciones que la meramente estética: ningún otro mandato del mito de la belleza (Wolf 1990) está tan sostenido por otras instituciones —por ejemplo, la sanidad— como lo está la gordofobia. Por tanto, la gordofobia es estética, pero no únicamente.

El comentario más recurrente que escuchan las personas gordas es «es por salud». ¿Realmente es tan insalubre poseer un cuerpo gordo? Afortunadamente, cada vez son más los estudios realizados por profesionales que desmienten los riesgos que hasta ahora se asociaban a la gordura —o, como en sanidad gustan de denominar, la

*obesidad*<sup>1</sup>, término estigmatizante y patologizante que vamos a procurar no utilizar aquí— pero, sin llegar a entrar en este debate, vamos a hablar de la persistencia y extensión del discurso de odio sobre los cuerpos gordos, discurso que ninguna otra condición física o enfermedad recibe en la misma medida que un cuerpo gordo, ni por tantas otras áreas de la vida de una persona. A las personas gordas se las diagnostica con solo mirarlas, y son advertidas y atemorizadas antes incluso de ser leídas como gordas, cuando están «al límite» de su IMC. Vamos a explorar cómo la gordofobia es un riesgo para la salud mayor que la gordura.

Por tanto, la gordofobia es estética, pero no solo estética, y es sanitaria, pero no solo sanitaria. Magdalena Piñeyro (2016) propone una tercera pata, en lo que ella ha denominado «el tripartito de la gordofobia»: la moral. Ser gorda es una cuestión moral, o así es percibido por el discurso dominante delgado para justificar el odio a las personas gordas. La industria de la estética y de la salud nos ha convencido de que el cuerpo que poseemos es elegible, que poseer el cuerpo ideal es tan sencillo como hacer dieta y ejercicio y, si eso no funciona, pasar por el quirófano o consumir alguno de los múltiples remedios que dicha industria oferta. Esta supuesta elegibilidad de la delgadez confluye con la actual sociedad neoliberal y meritocrática para crear un discurso de culpabilidad sobre las personas gordas.

En el segundo apartado de este informe abordamos la construcción y consecuencias de estas tres patas de la gordofobia, centrándonos especialmente en la gordofobia médica, analizando dónde nos encontramos, según autores y autoras de relevancia, y cómo hemos llegado hasta aquí.

En el siguiente apartado hacemos una exposición detallada de la metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación cualitativa, centrada en la realización de entrevistas abiertas a seis mujeres que se autoidentifican como gordas.

El cuarto apartado del informe contiene el grueso de esta investigación, en el que se realiza un análisis primero de cada una de las entrevistas y su estilo discursivo, posteriormente de los temas comunes en la violencia recibida por las mujeres en cuanto que gordas, abordando de manera especial la gordofobia médica y las consecuencias y resistencias en la vida de estas mujeres.

Por último, en el quinto apartado se hace un recorrido por las conclusiones derivadas de los análisis realizados, destacando descubrimientos como que la primera violencia gordofóbica en la vida de las personas gordas se produce a temprana edad en el ámbito familiar o que, cuando esa violencia comenzó, las entonces niñas no poseían el cuerpo gordo que el entorno les informaba o, al menos, las hoy adultas no lo

---

<sup>1</sup> La palabra *obesidad* proviene del latín y significa «que ha comido en exceso», afirmación errónea o, en todo caso, insuficiente para definir a las personas gordas.

perciben como tal con la perspectiva del tiempo. Este hecho nos lleva a abrir la hipótesis de la construcción social de los cuerpos, al calificar como tales a cuerpos delgados y sumirlos en la espiral de las dietas.

Abordamos, finalmente, los cambios necesarios en el paradigma médico, que pasan por relegar las dietas al olvido, así como por dar cabida a todo tipo de corporalidades, rompiendo la dicotomía «normal»/abyecto.

## II. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

### 1. GORDOFOBIA Y TIRANÍA ESTÉTICA

#### 1.1. *Belleza, historia y sociedad*

Es indudable la relación entre gordofobia y tiranía estética. Esther Pineda G. (2020), en su libro *Bellas para morir*, realiza un recorrido por la evolución del canon de la belleza en las distintas épocas históricas. A pesar de los cambios que este ha sufrido, hay dos cuestiones comunes en la mayoría de los mismos: el canon masculino ha sido poco documentado y, salvo excepciones, el femenino siempre exigía delgadez.

De acuerdo con las tesis de la autora, el canon de belleza se ha encontrado estrechamente interconectado con las percepciones cualitativas de los diferentes estratos sociales. Las primeras representaciones de la figura humana en el paleolítico superior (30000 a.e.c.) consistían en gran medida en cuerpos femeninos gordos, con grandes pechos y grandes caderas. Muchos estudios al respecto explican estas características en base al interés reproductor, primordial en esa época. Otros aluden simplemente a autorrepresentaciones del propio cuerpo que, al carecer de espejos, era observado desde arriba, variando las proporciones debido únicamente a la perspectiva desde la que la mujer se veía a sí misma.

También durante el Barroco fueron apreciadas estas características, dado que eran indicativo de salud —contrariamente a la percepción actual, curiosamente—, así como de abundancia y posición acomodada:

[...] el canon de belleza se organizó en torno a la voluptuosidad de cuerpos robustos, voluminosos, de formas opulentas, brazos redondeados y carnosos, senos redondos y prominentes rescatados con el uso del corsé, vientres pronunciados, caderas grandes y anchas, piernas gruesas y pantorrillas rollizas. (Pineda 2020, 38)

Dicho canon ha cambiado completamente en la contemporaneidad, donde la salud y la abundancia dejan de relacionarse con los cuerpos generosos para estar ligadas a cuerpos atléticos y delgados, como indicativo de clases económicas que disponen del tiempo y el dinero para invertir en la estética de sus corporalidades.



Naomi Wolf (1990) en su libro *El mito de la belleza* explicaba ya hace más de tres décadas la construcción de la tiranía estética por un sistema capitalista que vio la oportunidad de lucrarse en un sector de la sociedad que, hasta aquel momento, no era tenido en cuenta a la hora de la venta de productos; en concreto, la mitad de la población: las mujeres. Betty Friedan (1963) nos había dado la pista en *La mística de la feminidad*, al relatar el cambio social que se produjo en EE.UU. tras la II Guerra Mundial, una vez los hombres regresaron del frente. Por un lado, era necesario que las mujeres abandonasen los puestos de trabajo que habían ocupado en ausencia de sus maridos, padres, hijos, hermanos. Por otro, la industria armamentística, con la finalización de la guerra, precisó reinventarse para no desaparecer, por lo que comenzaron a fabricar automóviles y electrodomésticos. Qué mejor forma de aunar ambas necesidades que crear una narrativa de cálido hogar familiar al que los hombres pudiesen regresar tras la contienda, construyendo, a través de las revistas femeninas, la publicidad y la ficción la imagen del ama de casa abnegada y amante que realiza nutritivos platos desde cero, que mantiene el hogar limpio, los hijos aseados y educados y a su marido siempre complacido. No vino tampoco mal este discurso para contrarrestar la anterior ola feminista que había conseguido el voto para las mujeres: con esta nueva visión se lograba apaciguar la «rebeldía» femenina, consiguiendo que volviesen a casa al lado de sus maridos.

Naomi Wolf recoge el testigo de Friedan y continúa relacionando el nuevo camino que toman la publicidad y la industria de consumo a quien respalda con la segunda ola feminista de los años sesenta y setenta del siglo XX. ¿Cómo coartar la liberación de las mujeres que estaba teniendo lugar en este momento y, a la vez, lucrarse con ello? Ya en los años cuarenta y cincuenta del pasado siglo se redoblaron esfuerzos para promover el consumo de productos de belleza entre las mujeres, pero la publicidad de los años sesenta y setenta estalló esplendorosamente. Pronto, dicho sector se vio acompañado por los demás medios de comunicación: el cine, la televisión, las revistas femeninas, las fotonovelas, y un largo etcétera, mostraban una visión unificada sobre la imagen deseable de las mujeres. Estas, además de las tareas que ya venían siéndoles adjudicadas por su sexo —maternar, limpiar, cuidar, complacer— vieron añadidas horas a sus jornadas debido a los rituales de belleza, aplicación de productos, realización de ejercicios y búsqueda de información al respecto. En una época, además, en la que las mujeres comenzaban a ganar su propio sueldo, una parte importante del mismo era destinada a todas estas rutinas, lo que finalmente se traducía para ellas en menos tiempo y menos solvencia para hacer uso de la tan anhelada libertad por la que las feministas habían luchado.

Entre estos designios estéticos se hallaba, como ahora, la presión por la delgadez, en lo que hoy denominamos «cultura de dieta» (Barrera-Carranza 2021). Se ha

convencido a las mujeres de que la delgadez solo depende de dieta —sobre todo— y de ejercicio, por lo que cualquiera puede llegar a ella. Además, se han creado estándares cada vez más inalcanzables referentes no solo al tamaño, sino también a la forma de los cuerpos femeninos, que se sirven junto a la fórmula mágica para conseguirlos: las dietas restrictivas. Las mujeres hacen, pues, dieta: se matan literalmente de hambre durante un período determinado de tiempo —limitado, pues el cuerpo no es capaz de sostener esa situación de carencia de manera prolongada (Rosas Fernández et al. 2018)—, a menudo en combinación con ejercicio excesivo, centrado en la finalidad de reducir volumen. Este período de restricción puede ir seguido de otro de hiperfagia, que suele culminar, entre el 83 y el 95% de los casos, en la recuperación del peso perdido o, entre el 23 y el 60%, por encima del peso anterior —lo que se denomina *efecto yoyó* (Navajas-Pertegás 2021). En uno de los peores escenarios, la constante concatenación de dietas y recuperación de peso puede desencadenar problemas metabólicos, enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, diabetes, hipertensión, sistema inmune deprimido (Mann et al. 2007), por no hablar de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), depresión, ansiedad, y un largo etcétera.

En definitiva, la publicidad y la industria estética, con la complicidad de los medios de comunicación y, en los últimos años, junto a las redes sociales de manera especialmente voraz, crean una carencia en torno a la imagen de las mujeres y les generan la necesidad de alcanzar cierto ideal —que se irá modificando a medida que se vaya haciendo más accesible— para tratar de vender una fórmula que no funciona —las dietas—, que podrán vender una y otra vez, cambiando de nombre, variando los métodos, porque en el proceso convencerán a la ciudadanía de que la falibilidad de las mismas es responsabilidad personal, por no haberse esforzado lo suficiente, no haberla seguido correctamente o no haberla llevado a cabo durante el suficiente tiempo.

### 1.2. *Capital estético y poder*

Catherine Hakim (2014) definió el capital erótico como el «cuarto activo personal», junto con el capital económico, el capital cultural y el capital social definidos por Bourdieu (2000). Dicho capital aún «la belleza, el atractivo sexual, la vitalidad, el saber vestirse bien, el encanto, el don de gentes y la competencia sexual» (Hakim 2014, 15). Aquellas personas que posean capital erótico tendrán, a su vez, mayores opciones de ascender en la escalera social, aunque no estén en posesión del privilegio de nacimiento. Según la autora, este activo cobra especial relevancia en las mujeres, ya que el atractivo personal puede convertirse en el vehículo para alcanzar éxito en nuestra sociedad meritocrática. Ahora bien, el proceso de adquirir este capital

es fuertemente opresivo, además de alimentarse de planteamientos profundamente patriarcales.

Decía John Berger (1972, 26) «Una mujer debe contemplarse continuamente. Ha de ir acompañada casi constantemente por la imagen que tiene de sí misma». La diferente manera en que se han ido construyendo las imágenes de hombres y mujeres a lo largo de toda la historia pone en evidencia este hecho. La presencia masculina, en cualquier soporte audiovisual, tiene sentido en tanto la historia que se relate lo tenga: son sujetos de la acción y la sustentan. Entretanto, las mujeres son miradas y existen con la conciencia de serlo, evaluando en cada momento la imagen que están ofreciendo a quien las observa. El aspecto que presente una mujer definirá en gran medida cómo será tratada.

Por tanto, el capital erótico puede devolver a aquellas mujeres que lo posean el poder que se les ha arrebatado en cuanto que mujeres por la sociedad patriarcal. A su vez, las mujeres que no estén en posesión de dicho capital erótico estarán también desposeídas de poder. ¿Poseen, pues, capital erótico las mujeres gordas? A nivel estético ya hemos visto que el canon de belleza ha evolucionado a lo largo de la historia alejado de los cuerpos gordos. ¿Podemos, aún así, producir deseo en los demás? Teniendo en cuenta que los gustos se construyen socialmente (Piñeyro 2016) y que los medios de comunicación, la publicidad, las redes sociales, etc., solo reproducen un único tipo de cuerpo como el ideal, la deseabilidad de las personas gordas está bastante limitada. Esta falta de capital erótico dificulta, como ocurre con otros cuerpos disidentes, la capacidad de los demás de ver a las gordas como personas deseantes y deseables. Sin capital erótico, las mujeres gordas son invisibles. Por tanto, carecen de poder. Lo que, según Iris Marion Young (2000) convierte a dichas mujeres en un grupo oprimido. Las consecuencias de dicha opresión pasan por tener una capacidad de decisión limitada; por ser definidas por grupos más poderosos, que elaboran una lista de sus necesidades, sin contar con ellas, brindándoles un trato paternalista; por carecer de agencia y voz, etc.

[...] la opresión se refiere a las grandes y profundas injusticias que sufren algunos grupos como consecuencia de presupuestos y reacciones a menudo inconscientes de gente que en las interacciones corrientes tiene buenas intenciones, y como consecuencia también de los estereotipos difundidos por los medios de comunicación, de los estereotipos culturales y de los aspectos estructurales de las jerarquías burocráticas y los mecanismos del mercado [...]. (Young 2000, 75).

En el capital erótico la imagen cumple un papel central, por lo que es lógico pensar que en la nueva era de Internet, donde el visual es el soporte principal, se ha apuntalado y reforzado el papel estético en el poder de las mujeres. Irónicamente, Internet en sus inicios se presentó como un entorno seguro en el que no era necesaria

la exposición del propio cuerpo (Romero Sánchez 2014), de modo que las disidencias corporales y aquellas personas que, en general, no quisieran comprometer su propia imagen, podrían tener una implicación activa mayor que la que el mundo no virtual les ofrecía. Sin embargo, tal y como ha evolucionado Internet hacia las actuales redes sociales, el cuerpo vuelve a ponerse en el centro de las mismas. «La imagen se prosume y se posiciona de forma hiperubicua, presentándose y representándonos en todo momento» (Zafra 2015a; Guardiola 2018, como se citó en Pichel-Vázquez 2019, 7). El cuerpo es un escaparate, la primera línea de juicio que, en este sistema ocularcentrista que unifica capitalismo, heterosexualidad e imagen (Zafra 2018), es hipervigilado para que cumpla con los mandatos binómicos de género y se ajuste a la normatividad mediante el esfuerzo y el consumo necesario para ello. Por tanto, los cuerpos situados en los márgenes —entre ellos, los cuerpos gordos— serán despojados de poder, oprimidos y señalados.

Las personas gordas son estigmatizadas, reducidas a su condición corporal y deshumanizadas en base a ella (Goffman 2006). Un estigma es una característica leída como desfavorable que «[...] produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio» (Goffman 2006, 12). En las frecuentes interacciones sociales del día a día, cada individuo e individuo genera expectativas acerca de quien le rodea, basadas en conocimientos previos que cree tener, con la finalidad de deducir la identidad social de las demás personas. Dicha identidad se convertirá en negativa en el momento en el que se cruza con el estigma. Esta información negativa sobre la gordura, que ha calado profundamente en el imaginario social, precede a las personas gordas, siendo desposeídas del poder y de la agencia necesarias para construir su propia identidad social frente a sus interlocutores. «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, como se citó en Navajas-Pertegás 2017, 40). Señalar la falta de salud en otra persona pone en marcha un mecanismo de poder y privilegios (Metzl y Kirkland 2010, en Contrera 2019) que refuerza la percepción de salud propia de quienes lo hacen, beneficiándose por tanto del estigma que otras personas sufren (Navajas-Pertegás 2021).

En el caso de las personas gordas, el estigma es una marca visible —a pesar de la invisibilidad que sufren como grupo— de la que es difícil escapar en una sociedad dominada, como hemos visto, por el ocularcentrismo.

## 2. GORDOFOBIA Y MORAL

### 2.1. Construcción del discurso de la culpa

En las últimas décadas, el imperativo de la delgadez se ha convertido no solo en una cuestión estética y médica, sino también moral. Ser una persona gorda se atribuye a un esfuerzo insuficiente, a una falta de contención con los alimentos, a una ausencia de disciplina física. Las personas gordas no se esfuerzan, por tanto, no merecen los privilegios de los que gozan las personas delgadas —que sí se esfuerzan. Esto crea una percepción de las personas gordas como vagas, sin control de su propio cuerpo, de lo que comen; también se perciben como glotonas, excesivas, irresponsables con ellas mismas y con el sistema sanitario, por hacer un uso y abuso del mismo —al repetirse constantemente que la gordura es una enfermedad— y con la sociedad, en la que ocupan demasiado espacio, suponen demasiado peso, demasiado consumo y un mal ejemplo para las generaciones siguientes. Las personas gordas son el chivo expiatorio de las personas delgadas, alguien a quien culpar de los excesos, los derroches, la crisis ecológica, el calentamiento global, etc. Los cuerpos gordos son instrumentalizados —y las personas que los poseen deshumanizadas— como el referente al que no imitar para insuflar fuerzas renovadas en la búsqueda de la perfección delgada.

La racionalidad moderna separa la razón del cuerpo y de la emoción, estableciendo relaciones binómicas para clasificar la realidad, en las que un elemento del par es lo bueno, lo deseable, y el otro lo abyecto, lo disidente (Young 2000). Estamos familiarizadas con este sistema cuando nos referimos a los pares heterosexualidad-homosexualidad, hombre-mujer, juventud-vejez, etc. El binomio a tener en cuenta aquí, por tanto, es delgadez-gordura. Frente a la deseable delgadez, tenemos la abyecta gordura.

La publicidad ha desempeñado un papel esencial en la construcción de la culpa sobre los cuerpos gordos. La industria estética desarrolla narrativas perjudiciales para las personas —gordas y no gordas— con la intención de vender sus productos. Genera en ellas una necesidad —la necesidad de la delgadez—, la vende como alcanzable y proporciona el medio, previo pago, para conseguirlo: las dietas. Hoy en día sabemos que las dietas no funcionan, pero la publicidad repite una y otra vez que sí, que a quien no les funciona es a quien no las realiza correctamente o durante el tiempo suficiente, creando para ello todo un vocabulario —alimentos prohibidos, calorías vacías, *cheating day*, etc.— que aumenta la permeabilidad de la cultura de dieta. Por tanto, se concluye, la gordura es individual y optativa: las personas gordas eligen estar gordas, bien por no haber comprendido correctamente el mecanismo de la delgadez —en un uso y refuerzo del tópico de las personas gordas como menos inteligentes—,

bien porque renuncian al autocontrol (Piñeyro 2016), que es una de las aclamadas virtudes de la meritocracia.

Como otrora el renuente al trabajo duro y digno, quien no sigue felizmente el paso acompasado del cuidado de sí es vago, perezoso y pernicioso para el resto de la sociedad. Quien se descuida se pierde en su propia falta de voluntad: se deja estar pues ya no se gestiona adecuadamente: es un mal patrón de sí mismo y, a la vez, un mal producto» (Contrera 2014, 59).

Sin embargo, las agencias de salud pública y los gobiernos que las sustentan no están exentas de responsabilidad en la estigmatización y culpabilización de las personas gordas. Las campañas masivas que contienen como eslogan la *lucha contra la epidemia de la obesidad* han «incrementado la demonización de la gordura y la culpabilización de las personas gordas por *destruir y abusar de los sistemas públicos de salud* debido a su irresponsabilidad y falta de autocontrol» (Harjuen 2017, en Navajas-Pertegás 2017, 38) (cursivas de la autora). Las apps de salud que se pueden encontrar hoy en día en cada teléfono móvil apuntalan la percepción de responsabilidad individual en materia de salud, concretamente de ejercicio relacionado con el peso, estimulando la autovigilancia de la ciudadanía (Grau Muñoz y Gómez Nicolau 2022) y contribuyendo a la estigmatización de la gordura.

Si tu cuerpo es gordo, está claro que no estás trabajando en ti. Si no trabajas en ti, cómo vas a estar trabajando para beneficiar a la sociedad en la que te encuadras. Por tanto, eres culpable de obstruir el buen devenir social y económico de tu comunidad. Ya no es la sociedad la que está al servicio de las personas, sino las personas las que están al servicio de la sociedad. Es decir, en demasiadas ocasiones, una persona con un cuerpo gordo es una persona atravesada por diversas opresiones, que no tiene acceso a información o recursos para poder alimentarse de manera adecuada, que no puede dedicar tiempo y dinero a acudir a un gimnasio, a realizarse tratamientos estéticos, etc. Desde esta perspectiva, la sociedad ha fallado a estas personas. Pero en el discurso meritocrático y médico son estas personas las que han fallado a la sociedad por no esforzarse lo suficiente, por no seguir las recomendaciones individuales para la mejora de su salud y de la salud pública (Contrera 2019).

Como ya expuso Michel Foucault en 1981 con la acuñación del término biopolítica, los individuos tienen la obligación de conocerse a sí mismos y mismas y trabajar en el propio ser, físico y mental —tecnologías del yo— para garantizar la gobernabilidad del sistema social. Podemos inferir, pues, que las personas gordas comprometen dicha gobernabilidad, lo que justificaría que fueran señaladas y criticadas moralmente, en un intento de instarlas a que se avengan a la norma: lo delgado.

## 2.2. *Posfeminismo y confidence culture*

El rechazo sistemático a los cuerpos gordos tiene sentido en el modelo capitalista de sociedad que habitamos, en el que se exige productividad y consumo a las personas: tanto más produces y/o consumes, más valor tienes en la escala social. La lectura de los cuerpos gordos como lentos, vagos, ineficaces, menos inteligentes y faltos de voluntad para adecuarse a la norma produce conclusiones inmediatas en la percepción de la capacidad productiva de las personas que los habitan. La gordura es una característica física que salta a la vista —ocularcentrismo—, de manera que la conclusión sobre la capacidad de esfuerzo de una persona gorda es automática, legitimándose desde ese primer momento el discurso gordofóbico en base a la salud y la moral.

Este modelo capitalista, al que se suma el nuevo e individualista neoliberalismo, se traslada a todas las facetas de nuestra vida, no limitándose únicamente al ámbito laboral. Cuanto más expansivo y costoso sea el ocio que las personas disfrutan, mejor valoradas estarán también en la escala social. Y el primer escenario en el que podemos aplicar los designios capitalistas es el propio cuerpo. Este es el escaparate al mundo, la primera línea de juicio que la sociedad ejercerá sobre un individuo o individuoa. Cuanto mayor sea la percepción de la inversión que una persona realiza sobre sí misma, mejor será el concepto que se obtendrá de su capacidad de esfuerzo, trabajo y consumo.

Los medios de comunicación y, en especial, las redes sociales, han ocasionado que el cumplimiento del canon haya pasado de ser optativo y reservado a ciertos sectores de la sociedad a ser obligatorio para todas las personas, siendo discriminadas y excluidas quienes no entran en el mismo —sobre todo si son mujeres, de las que se ha esperado siempre que cumplan con el papel estético asignado—. La meritocracia, como la idea de que «*whatever your social position at birth, society ought to offer enough opportunity and mobility for "talent" to combine with "effort" in order to "rise to the top"*» (Littler 2018, 1) se ha extendido alarmantemente ante la proliferación en dichos medios de historias de éxito de personas que venden su esfuerzo como la causa de su éxito. Si analizamos detalladamente todas estas historias, la mayoría encierran una falacia, pues estas personas que afirman haberse hecho a sí mismas en realidad suelen estar respaldadas por familias acomodadas que les brindan, si no dinero, sí contactos y posición. El fenómeno *influencer* ha contribuido a la credibilidad de esta idea, al ver cada día desde la pantalla de nuestro teléfono móvil la supuesta historia de superación y descubrimiento de personas anónimas que logran un reconocimiento rápido solo por trabajar en ser mejores. El discurso individualista de construirnos nuestro propio éxito ha crecido exponencialmente debido a la forma en la que se utilizan estas plataformas.

No es infrecuente encontrar discursos individualistas que sitúan las causas de las desigualdades en las personas, desviando la atención de las opresiones estructurales. A menudo, las personas ven atribuida su falta de oportunidades no al estigma de peso, sino a su falta de esfuerzo y, de forma muy relevante en los últimos tiempos, a la falta de autoconfianza. Como explican Shani Orgad y Rosalind Gill (2022), la cultura de la autoconfianza recae sobre todo en las mujeres, suplantando a menudo discursos feministas de igualdad por *empoderamiento*. El autoamor y la autoaceptación crean una narrativa centrada en el esfuerzo individual, en lugar de identificar las causas estructurales y sociales de la diferencia de oportunidades de hombres y mujeres, y necesariamente culmina con el trabajo en la propia persona, «*not simply to become thinner, be better groomed, or have more successful dates, but to make over one's psychic life or subjectivity to become a "better" version of oneself, that is, confident, happier, more resilient*» (Sender, en Orgad y Gill 2022, 15).

Esta cultura de la autoconfianza que asedia a las mujeres se puede extrapolar a muchas otras opresiones. En un escenario social en el que se pretende observar ya una igualdad de facto no es difícil permitirse creer que los motivos para que una persona o grupo no alcance las mismas oportunidades que otro se encuentran únicamente en ellos o ellas mismas. No solo disponemos de ejemplos de personas privilegiadas alcanzando dichas oportunidades, sino que además existen las denominadas personas *token*, individuos oprimidas que representan la excepción, la historia de éxito que alimenta la ilusión de que cualquier otra la podría protagonizar. Por tanto, la causa de que todavía exista una gran cantidad de personas que no logran sus objetivos solo puede ser la falta de trabajo en ellas mismas, debido a la falta de autoconfianza. Encontramos, pues, formaciones, mensajes, publicidad, ficciones... que nos animan a querernos a nosotras mismas, empoderarnos, autocuidarnos. Si bien todos estos imperativos son fantásticos por sí mismos, se tornan peligrosos cuando alimentan, como es el caso, una nueva forma de feminismo, el posfeminismo, estrechamente ligado a la individualidad y al neoliberalismo. De repente se olvida la importancia histórica de la lucha social contra las desigualdades para centrar el trabajo de cara a la igualdad de oportunidades en el propio cuerpo y en la propia psique.

La trampa de este discurso reside en la culpabilización y el juicio moral que se extrae, por tanto, de las personas que no alcanzan el éxito. Si las oportunidades están al alcance de todo el mundo, no llegar a ellas no significa que el sistema no funcione, sino que los y las individuos no han adoptado libremente las prácticas y estilo de vida convenientes para mejorarse a sí mismas o mismos. De lo que deducimos que, en este contexto, las personas gordas lo son porque no se quieren a sí mismas, no tienen autoconfianza y, por tanto, no practican el estilo de vida deseable para ello, esto es, dieta y ejercicio (Orgad y Gill 2022; Michel Foucault 1981).



Pero la realidad habitualmente es otra. La gordura no tiene que ver con el desempeño de funciones, pues las personas gordas constantemente han de estar compensando su estigma de peso con trabajo más duro, demostrando a la sociedad que son válidas. La falta de voluntad suele no ser tal, pues las personas gordas han atravesado más períodos de hambre y sobreesfuerzo físico que cualquier persona delgada. Las personas gordas no padecen escasez económica porque no se esfuerzan, sino que son gordas porque padecen escasez económica y falta de oportunidades (Navajas-Pertegás 2017), lo que a su vez les dificulta acceder a las mismas oportunidades laborales que las personas delgadas.

### 3. GORDOFOBIA Y SALUD

«La única cosa que alguien puede diagnosticar con algo de certeza al mirar una persona gorda es su propio nivel de estereotipos y prejuicio en contra de la gente gorda».

Marilyn Wann, Foreword: *Fat Studies: An Invitation to Revolution*.

#### 3.1. La gordura es multifactorial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Constitución de la Organización Mundial de la Salud 1946. Preámbulo).

Estas tres ramas de la salud —física, mental y social— nos dan una pista de la multifactorialidad de la gordura. Es decir, el peso de una persona no depende únicamente de la relación entre las calorías ingeridas y las consumidas. En el mismo intervienen factores físicos/biológicos, como puedan ser el metabolismo, la genética, cuestiones hormonales, variaciones previas de peso, etc.; factores sociales y ambientales, como la clase social, el género, red de apoyo, situación laboral, consumo de drogas, exposición a tóxicos, etc.; y factores de salud mental como trastornos de la alimentación, depresión, falta de sueño, etc. (Navajas-Pertegás 2017).

Exponer que la gordura es multifactorial no determina su categorización como enfermedad, ni la gordura ni los métodos utilizados para medirla nos arrojan información sobre la totalidad de la salud de las personas. A día de hoy, la OMS utiliza los términos *sobrepeso* y *obesidad* para hablar de ello, y los define como «[...] una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud» (OMS 2021), utilizando más adelante el término *factor de riesgo*. Esto no explica por sí mismo que la gordura esté siendo tratada por la OMS como una *epidemia mundial* desde el año 2000 (Contrera 2019), con las consecuentes campañas estigmatizantes

por parte de otras agencias de la salud y gobiernos. La OMS asevera que la causa fundamental de la gordura es «[...] un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas» (OMS 2021), y ofrece como solución mantener un estilo de vida *saludable* —dieta y ejercicio— colocando por tanto la responsabilidad de mantener la delgadez en los individuos, haciendo una somera referencia a las causas sociales, estructurales, medioambientales, biológicas, etc. que, como hemos visto, intervienen en el peso de los cuerpos. A pesar de que se exhorta a los gobiernos a articular medidas al respecto, estas se limitan a tratar de garantizar las elecciones individuales de la ciudadanía de dieta sana y ejercicio regular.

Uno de los datos que la OMS utiliza para despertar la preocupación acerca de la gordura es que esta se ha triplicado en las últimas cinco décadas. Paul Campos et al. (2005) exponen que no hay evidencia fundamentada tras esa afirmación. Que si bien es cierto que ha habido cierto aumento en el peso medio de las personas, ligeramente superior en IMCs extremos, está lejos de presentar el escenario que la OMS defiende. Por no hablar del hecho de que en 1998 los lobbies médicos norteamericanos promovieron un cambio en los parámetros de medición del IMC, lo que convirtió de un día para otro a decenas de millones de personas en individuos con sobrepeso. Estos mismos autores plantean que pueda haber intereses económicos tras el *pánico moral* desatado por estos lobbies debido a las ganancias que reportan las técnicas de pérdida de peso que la misma industria médica y farmacéutica ponen a disposición de la ciudadanía.

Una vez que sabemos que el peso de los cuerpos es multifactorial, y que la pandemia de la que se nos advierte quizá no es tal, nos queda preguntarnos si la gordura es realmente un riesgo para la salud. De nuevo, la OMS expone que sí, y nombra cuatro enfermedades principales: enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoartritis y cáncer (OMS 2021). En cambio, Paul Campos et al. (2005) cuestionan la rotundidad de estas afirmaciones al considerar que los estudios que las soportan no son concluyentes, ya que muestran una asociación entre algunas enfermedades y la gordura, pero no una causa directa, algo que también han evidenciado otras autoras (Contrera 2019; Traci 2007). Mientras los primeros explican, por ejemplo, que la gordura podría ser en realidad un síntoma de diabetes, actual o potencial, en lugar de la causa, las segundas colocan ciertas enfermedades como causadas por el estigma de peso —gordofobia— y no por el peso en sí mismo. Iremos desarrollando esta idea en los siguientes apartados.

### 3.2. La medicina como agente normalizador

El corpus médico se ha ido construyendo a lo largo de los siglos en base al acceso visual al cuerpo humano. Los avances tecnológicos en este sentido han ido proporcionando a los y las profesionales de la salud una imagen cada vez más precisa de las diferentes partes del cuerpo, incluso de aquellas que quedan inaccesibles dentro del mismo. La visión, por tanto, constituye la principal herramienta en la prognosis (Grau Muñoz y Gómez Nicolau 2022). ¿Qué implicaciones puede tener esta vía de acceso al cuerpo humano en la búsqueda de lo patológico? En este momento y lugar donde prevalece el ocularcentrismo (Zafra 2018), se incurre en la patologización de lo *anormal*<sup>2</sup> (Pérez 2019). Un simple vistazo al cuerpo puede localizar la *falla* del mismo, reduciendo dicho cuerpo a tal deficiencia —hipercorporización—, pasando a ser definido en su totalidad como aquello percibido como fuera de lo normal. Según este paradigma, ya no somos, por poner un ejemplo, personas con gordura, sino personas gordas, y tal característica constituye el 100% de nuestra identidad.

Esta reducción de la persona a su patología —lo que la medicina ha definido como tal — ocurre incluso con independencia de lo que dicha persona manifieste acerca de su propia salud. El paradigma médico se apropia del discurso de la percepción de la salud, desautorizando a las y los individuos en la elaboración de su narración sobre su propio malestar o la ausencia del mismo (Grau Muñoz y Gómez Nicolau 2022). Según esta visión, un cuerpo que contiene un defecto es un cuerpo enfermo en su totalidad, en el que no puede existir salud, aunque la propia persona mantenga otro relato sobre su autopercepción. De aquí que nos preguntemos si las instituciones sanitarias y los y las profesionales que las integran buscan nuestra salud o la normalización de nuestros cuerpos.

Esta búsqueda de la salud, además, no es negociable, como hemos visto bajo discursos morales, pero tampoco desde discursos salubres, pues se entiende la salud como el estado por defecto, y no se comprende que haya personas que se puedan encontrar en paz con su cuerpo patologizado (Pérez 2019). De nuevo, nos encontramos con esta construcción dicotómica de la realidad que prioriza lo normal sobre lo anormal, lo capacitado sobre lo discapacitado, lo delgado sobre lo gordo, etc. La innegociabilidad de la búsqueda de la normalidad nos lleva a pensar en el carácter eugenésico de este paradigma de la salud (Contrera 2019). Algo que además se sustenta en el lenguaje empleado en algunas campañas de salud que pretenden la «erradicación» de tal o cual patología, olvidando en el proceso que tras dichas patologías hay seres humanos (Piñeyro 2016).

---

<sup>2</sup> Moira Pérez se reapropia de términos como *anormalidad* o abyecto para explicar la visión médica y social de ciertos cuerpos.

Nadie se plantea que las personas gordas quieran serlo o se encuentren a gusto en su propio cuerpo, porque la construcción de la indeseabilidad gorda lo imposibilita. Por tanto, el personal sanitario asume que cualquier persona gorda desea dejar de serlo, aunque no sea consciente de ello. Sumemos a esto que para los cuerpos gordos es imposible huir de su estigma, pues son diagnosticados a simple vista por el personal sanitario —y por la sociedad en general— asumiendo automáticamente el estilo de vida que lleva esa persona persona, sin consultar ni a ella misma ni a su expediente médico. Por este motivo, las personas gordas reciben de manera constante recomendaciones sobre su peso en el sistema biomédico, aunque el motivo de la consulta sea otro y no hayan manifestado preocupación en esa área.

Un elemento más que sirve para ilustrar el carácter normalizador de la medicina es la utilización del Índice de Masa Corporal (IMC). Este método fue introducido por el matemático y estadístico Lambert Adolphe Quetelet alrededor de 1830 como un medio de realizar mediciones estadísticas sobre núcleos de población. Es decir, este método pretendía proporcionar información acerca del tamaño corporal de grupos poblacionales, no plantear el peso adecuado de los individuos (Ernsberger 2012). Este indicador relaciona el peso con la talla, obviando el músculo, lo que ocasiona que a menudo personas deportistas sean calificadas con *sobrepeso* por este índice. Este indicativo arbitrario, que no tiene en cuenta la corporalidad y/o el estilo de vida de los cuerpos (Contrera 2019) o la capacidad de elección del mismo, contribuye a la estigmatización de la gordura y de las personas gordas, al formular un rango de peso «ideal» y patologizar a toda persona que se encuentre por encima del mismo, no mostrando el mismo interés por valores situados por debajo y sus consecuencias en la salud (Navajas-Pertegás 2017).

Por si esto fuera poco, una prueba más de que el tratamiento de la gordura en el ámbito médico no está centrado estrictamente en la búsqueda de la salud de las personas gordas la encontramos en el hecho de que diversos estudios acerca de enfermedades —por utilizar la argumentación médica— que inciden en menor medida en la población reciben varias veces más financiación y apoyo que los referidos al peso. Si, bajo su propio argumentario, la gordura es una epidemia, vinculada estrechamente con la diabetes, la pregunta es por qué los estudios acerca de ambas cuestiones son tan escasos.

En la patologización de la gordura y todos los instrumentos que la medicina utiliza para demostrarla ha encontrado este corpus y su personal la excusa para justificar la violencia ejercida en consulta contra las personas gordas (Pérez 2019), violencia que se traslada a otros ámbitos de las vidas de las personas, al verse respaldada por dicho discurso salubrista. Existe la creencia generalizada de que el ataque a las personas gordas estimulará a estas a avenirse a *los* «buenos hábitos», para abandonar la falla

moral y anormal en la que se encuentran (Rubino et al. 2020). Como veremos a continuación, esto no hace otra cosa que agravar el estigma, lo que produce en las personas consecuencias más graves que la gordura, como venimos indicando.

### *3.3. Consecuencias de la gordofobia médica desde el corpus teórico*

Mientras las instituciones sanitarias y los gobiernos difunden masivamente los estudios en los que se relaciona la gordura con enfermedades —recordemos que relación no es causa—, no son tan difundidos los estudios que informan de la protección que ejerce la grasa ante algunas patologías (Contrera, 2019), aquellos que sitúan la causa de ciertas enfermedades en el peso bajo (Navajas-Pertegás 2017) o los que vinculan pérdida de salud con estigmatización del peso, más que con el peso en sí mismo (Rubino et al. 2020). Este último punto es el que vamos a abordar ahora.

Una de las principales causas del estigma de la gordura está en la forma en la que es tratada por las agencias de salud y los gobiernos: la realización de campañas que pretenden la «erradicación de la obesidad», en las que se proporciona información sobre las causas de la gordura centradas o reducidas a la diferencia entre calorías gastadas y calorías digeridas. Cuando la ciudadanía considera estas como las principales causas de la gordura, muestra una mayor predisposición contra la misma que cuando son conocedoras del complejo entramado de factores que intersectan en el peso de las personas (Rubino et al. 2020).

Sonya Renee Taylor (2018) habla de «terrorismo corporal» en su libro *El cuerpo no es una disculpa* y, aunque su discurso recae levemente en el individualismo del autoamor, no pierde de vista la violencia social y sistémica que sufren los cuerpos gordos, motivo por el cual acuña el mencionado término. Las personas con cuerpos gordos viven en un estado de terror constante por la reducción de su persona a la patología de su gordura. Y esto, en el plano sanitario, tiene consecuencias que pueden llegar a costar vidas.

Un posible escenario de ese terrorismo corporal es el que se produce cuando una persona gorda acude a consulta médica. Por un lado, los y las profesionales médicas tienden a pasar menos tiempo en consulta con estas pacientes, informándolas en menor medida de su dolencia, causas y soluciones, lo que lleva a aquellas a dilatar futuras visitas, creando en ocasiones demoras en la detección de hallazgos a nivel ginecológico o digestivo (Rubino et al. 2020). Por otro lado, el prejuicio sobre el peso que manifiestan las y los profesionales de la salud les hace más propicios a atribuir a la gordura la causa de la dolencia manifestada por el o la paciente (Phelan et al. 2015), lo que también dificulta la diagnosis de las personas gordas. Asimismo, las

personas gordas son derivadas en mayor medida a profesionales de salud mental que la media (Navajas-Pertegás 2017).

Un tercer escenario que se puede producir en consulta es, como ya hemos visto, el ataque a la persona gorda por parte del o la facultativa, con intención de espolearla para cambiar sus hábitos —presupuestos— de vida por dieta y ejercicio. Lamentablemente, esta práctica obtiene los resultados opuestos, llevando a las personas que la sufren a evitar el movimiento<sup>3</sup>, a consumir dietas más calóricas y a llevar un estilo de vida más sedentario, con las lógicas consecuencias para su salud (Rubino et al. 2020).

En definitiva, tal y como apuntan diversos estudios, el trato discriminatorio recibido en consulta puede producir en las personas gordas baja autoestima, depresión, mala calidad de vida (Phelan et al. 2015), así como ciclos de subida y bajada de peso, que se han encontrado relacionados con enfermedades cardiovasculares y resistencia a la insulina en mayor medida que la gordura (Rubino et al. 2020).

En las últimas décadas se ha generalizado la realización de cirugías bariátricas para «combatir» la gordura. La presentación de la misma como un factor de riesgo asociado a enfermedades graves y la unificación de los discursos gordófobos al respecto favorece que profesionales e instituciones obvien los riesgos que estas cirugías presentan para la salud. Estas pueden ir acompañadas de deficiencias en la absorción de nutrientes y micronutrientes, como el calcio y déficit de vitamina D que pueden desencadenar en problemáticas en la masa ósea (Alejo 2020), entre otras.

Los riesgos de la estigmatización de la gordura no solo recaen en las personas gordas sino que, en ocasiones, la búsqueda de la delgadez puede suponer un problema de salud pública, como la reciente polémica ocurrida con el medicamento Ozempic, recetado a personas con diabetes mellitus tipo 2 para controlar la glucosa y el riesgo cardiovascular (Novo Nordisk 2023). Este medicamento ha estado en desabastecimiento de manera intermitente desde inicios del 2022 a causa de la difusión realizada a través de redes sociales de su capacidad para reducir el apetito (Samper 2022).

Las consecuencias de la estigmatización de las personas gordas no se limitan a la consulta médica, sino que trascienden a otras áreas de la vida de las personas, reincidiendo de nuevo en la salud de las mismas. Adolescentes gordos son más proclives a sufrir acoso escolar y aislamiento social, lo que puede derivar en enfermedades mentales (Rubino et al. 2020). En general, las personas gordas sufren

---

<sup>3</sup> Cuando sea posible, se utilizará la palabra movimiento en lugar de ejercicio, debido a las connotaciones que esta última tiene para las personas gordas, puesto que se les exige realizarlo con esfuerzo y sufrimiento, como una vía de reducir y moldear el cuerpo para entrar en el canon. La palabra movimiento, en cambio, se relaciona con una actividad placentera y positiva, elegida por disfrute y practicada por el beneficio que tiene en la salud.

mayores niveles de estrés, lo que puede estar detrás de fluctuaciones de peso, diabetes y diferentes enfermedades cardiovasculares e inflamatorias.

El estigma de peso llega hasta el ámbito laboral. Las personas gordas, especialmente las mujeres, tienen un estatus socioeconómico menor. Sufren discriminación a la hora de acceder a los puestos de trabajo y, una vez en ellos, trabajan más horas y por menos dinero. En la mayoría de países no existe una legislación que considere la discriminación por peso del mismo modo que sí se incluyen discriminaciones por etnia, sexo, religión, etc. En determinados casos, las personas gordas han sido incluidas dentro del grupo de personas con discapacidad para la valoración de su caso — cayendo en la patologización una vez más—, pero por norma general no hay una legislación a la que agarrarse (Rubino et al. 2020).

Pero la gordofobia no se queda aquí. La discriminación contra las personas gordas ha aumentado en un 66% en EEUU en los últimos 15 años. En el ámbito audiovisual, las personas gordas rara vez aparecen representadas y, cuando lo hacen, son estigmatizadas, objeto de burlas o su narrativa está ligada a su peso (Navajas-Pertegás 2017). Incluso las informaciones médicas, políticas y reportes de los medios de comunicación contienen imágenes que estigmatizan los cuerpos gordos (Rubino et al., 2020), relacionándolos con malos hábitos o mostrando la perpetua imagen de antes y después (Fig. 1).

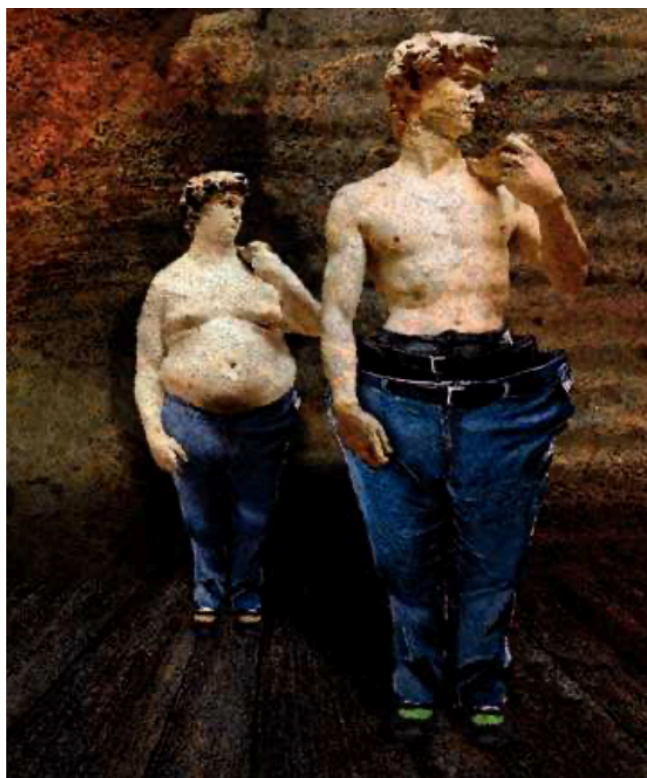


Fig. 1: Ilustración de Alfred Calza

### III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En este momento en el que la salud ocupa lugares protagonistas en las conversaciones de todos los ámbitos, en el que la salud mental comienza a ponerse en valor, entre otras cosas, por el abrumador aumento de los suicidios de personas cada vez más jóvenes, hemos observado que las personas gordas sufren una violencia a este nivel que comienza a relacionarse con peores consecuencias que las que se atribuyen a la gordura. El discurso, cada vez más violento, que impele a las personas gordas a adelgazar en base a la salud y la estigmatización resultante están causando un pánico moral que señala a las personas únicamente por la forma y tamaño de su cuerpo. Es necesario, por tanto, crear contenido científico que evidencie dicha violencia y sus consecuencias, a la par que se recopila información que ponga de manifiesto que la creencia popular no tiene la base científica que se pretende, pues cada vez son más los estudios que relacionan la gordofobia con el estrés, los continuos cambios de peso y la estigmatización con las enfermedades y riesgos, factores con los que se venía relacionando hasta ahora la gordura.

Las personas gordas, al igual que cualquier otra persona, tienen derecho a ser respetadas y no discriminadas por la forma y tamaño de su cuerpo, por sus hábitos, por su salud o por cualquier otra cuestión de las recogidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, para ello, no debería ser necesario presentar la evidencia que se recopila en la parte teórica de este informe, ni la que resultará de la presente investigación cualitativa, pero como de lo que no se habla no existe y necesitamos argumentos para desmontar la estigmatización en torno al peso, procedemos a ello.

El objetivo general de esta propuesta es analizar la vivencia de las personas gordas en los contextos sanitarios.

Los objetivos específicos son:

- Identificar las diversas formas en las que se articula la violencia médica que sufren las personas gordas por su tamaño corporal.
- Analizar las consecuencias que la violencia médica tiene en la salud física, mental y social, y los modos en que esta se retroalimenta con otras violencias gordofóbicas vividas en diversos ámbitos de la vida.
- Indagar en las resistencias que estas personas adoptan para manejar la violencia y sus consecuencias. En última instancia, este trabajo pretende contribuir a visibilizar este aspecto de la opresión en la que el género y la corporalidad se entrecruzan y, en la medida de lo posible, facilitar herramientas a otras personas para transitarlo. De hecho, esperamos que los hallazgos de la investigación se puedan convertir en un material útil para sensibilizar en los entornos sanitarios sobre las violencias que ejercen.



La metodología escogida ha sido cualitativa, dado que lo que nos interesa es captar las percepciones y las opiniones de las personas objeto de estudio, a través de la reconstrucción de corte biográfico de sus experiencias en el sistema biomédico. La técnica de investigación escogida ha sido la entrevista semiestructurada, que se correspondería a lo que Norman Denzin (1970) denominó estandarizada no programada. Así, las entrevistas han sido abiertas, aunque sí que se ha usado un impulso inicial igual para todas ellas (ANEXO 1). Se ha establecido un guion temático sobre las diferentes áreas a abordar a lo largo de las entrevistas, pero no una batería de preguntas. Los diferentes temas sobre los que se han trazado las entrevistas son:

*Tabla 1. Guía temática de las entrevistas*

Experiencia en el sistema biomédico	Percepción de la propia salud (histórica) física/ mental/ social.
	Qué se hace para paliar el malestar o para promover el bienestar: físico/mental/social.
	Vivencia en el sistema de salud: frecuencias, especialistas, tratamiento de dolencias.
Gordofobia médica	Relación médico-paciente.
	Violencias vividas (gordofobia y más).
	Violencias testimoniadas.
	Reacción emocional ante las violencias.
	Consecuencias de la violencia: toma de decisiones, acciones,
	Consecuencias de la violencia en la salud física/ mental/ social, objetiva/ subjetiva.
Resistencias: hacer un fanzine, hacer un TFM sobre gordofobia médica, no acudir a consulta, hacerlo por teléfono o vía telemática, etc.	
Discursos sobre salud y gordura en los distintos entornos sociales	Familiar.
	Amistades.
	Profesional.
Qué hacer contra la gordofobia médica	Dimensión individual-colectiva, acción política.
	Dimensión estructural.
	Dimensión cultural.

Fuente: elaboración propia

Así, el contexto personal de las personas entrevistadas y sus vivencias concretas se han tenido en cuenta a la hora de dinamizar las entrevistas, de manera que las preguntas se han ido adaptando a la realidad de las entrevistadas. Asimismo, a lo largo del trabajo de campo se ha tratado de contribuir a la creación de un clima de confianza. La baja directividad, así como la libertad de las entrevistadas para centrarse

en los elementos que considerasen oportunos, importantes o destacables, sin duda le restan rigidez a esta práctica de investigación en la que a las personas entrevistadas se les demanda que hablen abiertamente de lo que les atraviesa respecto al tema tratado que, en este caso, puede significar revivir de nuevo y expresar situaciones violentas o humillantes. Las entrevistas se han planteado, pues, como una conversación en la que la entrevistadora, tras una primera pregunta base y común, indaga en aquellos puntos que considera relevantes a medida que van aflorando.

La muestra de la investigación está compuesta por seis sujetas. En un intento de incorporar la máxima diversidad discursiva dentro de la delimitación del tema se han fijado los siguientes criterios de selección:

- Se ha optado por entrevistar únicamente a mujeres que se autoidentifican como personas gordas. El hecho de centrar únicamente el estudio en mujeres se debe a la diferente intersección del género con la gordofobia.
- Sus edades oscilan entre los 30 y 55+ años. Aunque la edad no se ha considerado factor de selección en este estudio—incluso, en el caso de una de las participantes, desconocemos la misma porque no ha querido referirla—y se ha intentado focalizar en las personas adultas para evitar intersecciones con la juventud y la vejez que abriesen demasiado la realidad social a analizar.

Los criterios clave que se han utilizado para la selección de la muestra, tratando en ambos casos de hacer una selección lo más variada posible al respecto, son:

- El nivel de experiencia de las entrevistadas dentro del sistema biomédico.
- El nivel de activismo y conciencia acerca de la gordofobia de cada sujetoa.

Con ello podremos también observar si la experiencia y el nivel de activismo se relacionan de algún modo y varían los discursos de las mujeres.

*Tabla 2. Diseño de la muestra en función de los criterios: activismo y experiencia en el sistema biomédico.*

	Experiencia escasa sistema biomédico	Experiencia media sistema biomédico	Experiencia alta sistema biomédico
Perfil más activista	Emilia	Elisa	Marcela
Perfil menos activista	Concepción	Luz	Rosalía

Fuente: elaboración propia

Los nombres de las mujeres participantes en este estudio han sido cambiados, para preservar su identidad, por los de seis mujeres gallegas de relevancia: Emilia Pardo

Bazán, Elisa Sánchez Loriga, Marcela Gracia Ibeas, Concepción Arenal, Luz Casal y Rosalía de Castro.

Las seis mujeres son blancas y residen en el estado español: una en Galicia, otra en Murcia y las cuatro restantes en la Comunidad de Madrid. Han sido seleccionadas de entre los contactos de la entrevistadora, provenientes de diferentes áreas de relación social —amistad, laboral, hobby, etc.

Las entrevistas se han realizado en su totalidad a través de videollamada, asegurando que en todo momento las sujetas dispusieran de intimidad y tranquilidad para poder hablar abiertamente del delicado tema a tratar. Se estableció un amplio límite de tiempo, que en ningún caso se llegó a cumplir, para proporcionar a las mujeres el espacio para hablar e ir adquiriendo confianza, lo que ha contribuido a profundizar en los puntos más emocionales o conflictivos de su experiencia. Las entrevistas tienen una duración media 90 minutos y se realizaron en febrero de 2023.

Las personas seleccionadas tenían gran interés en participar en el proyecto, con motivaciones variadas, pero teniendo en común la percepción de la necesidad de visibilizar la violencia recibida por las personas gordas. Todas hicieron un gran esfuerzo para aportar lo máximo posible según sus vivencias y discursos, para proporcionar información que pueda llegar a otras mujeres más jóvenes que estén comenzando a sufrir violencia gordofóbica, con la finalidad de evitarles algunas de las experiencias vividas por las entrevistadas.

La grabación de las entrevistas ha sido transcrita con la ayuda de la aplicación Trint (<https://trint.com/>), resultando en un total de 150 páginas de corpus etnográfico. El análisis de cada transcripción ha sido realizado con la ayuda de la herramienta Atlasti (<https://atlasti.com/es>). Con ella se han establecido una serie de códigos comunes para guiar el análisis de las seis entrevistas:

*Tabla 3. Códigos utilizados para el análisis del material etnográfico.*

Discursos	Discursos familia
	Discursos amistades
	Discursos ámbito profesional
	Reacción emocional
Consecuencias	Consecuencias de la violencia en la toma de decisiones
	Consecuencias de la violencia en la salud
	Resistencias
	Clínica Ravenna
Percepción de	Percepción de la salud física
	Percepción de la salud social

la salud	Percepción de la salud mental
	Percepción de la gordura
Violencias	Violencias vividas
	Violencias testimoniadas
	Intersección con violencia obstétrica
	Relación profesional-paciente
	Estrategias de mejora de la salud
Intervención en el peso	Dietas
Visión del problema	Visión global del problema
	Semántica alrededor de la gordura
	Gestión individual de la violencia

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, a la hora de la redacción de la parte de análisis de este documento y de los anexos se ha optado por la utilización de cifras en lugar de palabras para la consignación de números cuando estos eran relevantes para la investigación, puesto que en muchas ocasiones las mujeres entrevistadas hacían uso de los mismos para enmarcar situaciones vitales, experiencias, cantidades, etc.

Asimismo, se ha buscado la utilización de un lenguaje inclusivo, optando por construcciones que claramente incluyesen a mujeres y hombres pero, cuando esto no ha sido posible, se ha priorizado la fórmula femenina, dado que la totalidad de las personas implicadas en este estudio son mujeres y el objetivo del mismo aborda la forma en la que la gordofobia afecta especialmente a aquellas.

Por último, se ha seleccionado cuidadosamente el lenguaje utilizado en torno a la gordura, debido a la estigmatización y patologización que suponen algunas palabras utilizadas en el entorno médico, como sobrepeso, obesidad o ejercicio, limitando las mismas a transcripciones literales y escogiendo en su lugar términos como gordura, persona gorda, movimiento, etc. También es importante señalar que utilizamos el verbo ser, en lugar de estar para hablar de personas gordas —ella es gorda, en lugar de ella *está* gorda— para evitar la percepción de temporalidad que se le ha atribuido a la gordura, que perpetúa la idea de que es un estado elegible y reversible creado por la cultura de dieta.

## IV. DISCURSOS DE MUJERES GORDAS SOBRE LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO MÉDICO

### 1. VIVENCIAS Y ESTILOS DISCURSIVOS EN EL CORPUS DE LAS ENTREVISTAS

En este primer apartado vamos a proceder a realizar una descripción general de cada entrevista individualmente, partiendo de la sujeta con menor nivel de activismo para ir avanzando hacia mayores niveles de prácticas activistas. A través de esta primera aproximación trataremos algunas cuestiones relativas a los estilos discursivos (Conde 2009) y a las temáticas o áreas que se abordan de manera diferenciada, atendiendo a las posiciones de las entrevistadas en el doble eje activismo/experiencia en el sistema biomédico.

#### 1.1. Luz: «soy gordófoba conmigo misma»

Luz tiene 54 años, se encuentra en una relación lésbica y tiene una hija adulta. Se define a sí misma como gordófoba, aunque también refiere tener un conocimiento general acerca de la construcción de la gordofobia en nuestra sociedad:

[...] somos un producto de la industria farmacológica y de la industria alimentaria que se ha propuesto engordarnos y nos está engordando. [...] tooooda la cultura ha cambiado para engordarnos en el primer mundo. Y luego, para castigarnos y cobrarnos toda la medicación y todos los tratamientos de adelgazarnos, cuando previamente nos han engordado y, además, echamos la culpa a nosotros. (Luz)

Identifica algunos de los tropos más habituales en torno a las personas gordas y los desmonta: «[...] como buena gorda, pues soy muy muy muy disciplinada. Es decir, que todos los gordos somos muy disciplinados, en contra de la creencia popular».

Utiliza la palabra *gorda* con naturalidad, sin emplear eufemismos —salvo *sobrepeso* en varias ocasiones, y *obesidad* en dos, evitando relacionarla consigo misma—, sin significaciones peyorativas más allá de la definición de una forma y tamaño de los cuerpos. Aún así, identifica varios motivos por los que se considera una persona gordófoba. El primero y fundamental es que no se encuentra a gusto en un cuerpo gordo y querría, por tanto, ser delgada. Incluso a pesar de identificar el motivo de su gordofobia —«Y sé que soy una víctima y un producto de la sociedad en la que vivo» —señala que no puede escapar de ese pensamiento, que lo tiene internalizado. Explica que no puede ver belleza en los cuerpos gordos, que no quiere eso para ella y por eso hace dieta de manera constante. No obstante, aclara que a ella no le importa el tamaño del cuerpo de su pareja y sostiene que entre lesbianas hay menos presión a ese respecto.

Luz cuenta también que tiene pensamientos gordofóbicos habitualmente, como la idea de que las personas gordas parecen más viejas de lo que en realidad son, o las

«traducciones» que hace de situaciones que le cuenta la gente, como el caso que refiere de una compañera que habló de que su madre halló paz en su cuerpo gordo, algo que favoreció a su hermana pequeña que no creció rodeada de la presión de su madre por adelgazar:

[...] yo inmediatamente traduzco en mi cabeza "Ella ha dejado de darte la barrila". Porque una persona que ha estado toda tu infancia con problemas de peso sigue con problemas de peso, sigue con su problemática. Otra cosa es que haya decidido no infringírsela a su familia. (Luz)

Luz también relata que padece algún tipo de aritmomanía, por la que siente la necesidad de contar cosas:

Por ejemplo cuento gordas, o sea, yo voy por la calle contando gordas [...]. Y luego hago porcentajes [...]: "Pues me he cruzado con 200 mujeres y 57 estaban más gordas que yo...". O sea, ese se es el nivel de obsesión [...]. (Luz)

Se define a sí misma como «una gorda crónica». Explica que desde hace 20 años se encuentra en un proceso constante de perder y ganar kilos:

Pierdo 15, cojo 20; pierdo 18, cojo 25; pierdo 20, cojo 32. [...] yo he llegado a oscilar en un año 135 kilos. O sea, entre lo que he perdido, que yo empezaba con 80 y me quedaba en 70 y subí a 90 y me quedaba... Si tomas lo que he subido, lo que he bajado, yo he oscilado 135 kilos en un año. (Luz)

Explica que cada vez le cuesta más bajar de peso manteniendo las mismas conductas de alimentación y ejercicio, pues su metabolismo se ha visto dañado por las constantes dietas.

Luz refiere que apenas ha estado enferma y ha utilizado poco la sanidad pública: «Lo que se dice médico-médico como tal, creo que he ido 2 veces al médico, o sea, lo que es médico de la Seguridad Social». Pero, según avanzamos en la conversación, vamos descubriendo que su contacto con la sanidad no es tan escaso como parecía en un principio. Por un lado, sufre de problemas de espalda y hace 2 años se rompió una pierna. Pero donde más experiencia tiene Luz con el sistema de salud es en lo referente a su peso y las dietas que ha seguido.

Relata que encontró pruebas de estar controlando lo que comía ya a los 13 años, y que con 18 asistió a la primera consulta médica con intención de hacer dieta. Esa primera dieta consistió en una hoja fotocopiada que sirvió igualmente para que toda su familia realizase «la dieta de la niña». Posteriormente, no vuelve a referir ninguna dieta más hasta el momento en el que adopta a su hija, cuando decide ponerse «muy en serio con el tema de las dietas», pero aún así habla de que «[...] en mi casa se tenía cuidado [...]. No convenía que tuviéramos exceso de peso y había que cuidarse. Pero el resultado es que estábamos siempre pendientes y siempre con sobrepeso».

Luz refiere que la mayoría de las dietas que ha realizado las ha hecho acompañada médicamente y, en concreto, exploramos su experiencia con una clínica que ha estado presente en su vida en varios momentos, aunque con diferentes nombres: clínica Ravenna. Dicha clínica, en la que es interesante que recaemos un momento para explicar su mecanismo, era una franquicia de la que fundó originariamente el ya desaparecido Máximo Ravenna en 1993, en Buenos Aires, Argentina, cuya característica principal era el tratamiento de la gordura como una adicción, poniendo a disposición de las y los pacientes grupos de ayuda durante todo el día y personal sanitario de diversas áreas. Mantiene franquicias en varias partes del mundo y tuvo éxito internacional entre las personas famosas (Moreno 2022).

En su primer contacto con esta clínica, Luz pierde 35 kilos, la que refiere como la mayor pérdida de su trayectoria, en el plazo de un año. No verbaliza en qué consistía la dieta exactamente, dándole más importancia a todo el sistema que rodeaba a la misma: desde el primer día, tenía contacto con profesionales de las áreas de nutrición, psicología y medicina general, con quienes se establecían citas recurrentes, en las que se solicitaban analíticas que se realizaban en la Seguridad Social, y se proporcionaban suplementos a medida que la pérdida de peso aumentaba. Lo más destacado era, como ya mencionamos, los grupos de apoyo, disponibles desde las 8 de la mañana a las 12 de la noche, con una duración cada uno de hora y media, en los que las personas podían hablar de cómo se sentían, buscar empatía y refugio en otras y otros pacientes, pero en los que no se podía hablar de comida para no despertar apetitos. Relata que no asistía demasiado a los grupos, que se mantenía un poco al margen de determinadas prácticas y que era una «perdedora muy lenta», pero mantuvo su compromiso hasta alcanzar el peso estipulado por la clínica. En el momento en el que abandonó el proceso al haber logrado su objetivo comenzó a recuperar el peso.

Hoy Luz problematiza algunas de las prácticas que se llevaban a cabo entonces en Ravenna, como el concepto de los grupos y su duración, que considera que creaban algún tipo de adicción en las personas que asistían, sustituyéndolos por la que tenían a la comida.

Hace 2 años ha vuelto a iniciar un proceso con la misma clínica, donde sigue trabajando parte del personal del establecimiento original, aunque ha cambiado de nombre y de métodos. El uso que realiza ahora mismo de sus servicios es principalmente de acompañamiento psicológico en un proceso en el que refiere no hacer dieta pero sí tener la necesidad de hacer «las cosas según yo bien», ya que le produce paz mental y «la trituradora» se detiene. Aunque ella señala necesitar dicho acompañamiento, también confiesa que las profesionales de salud de la clínica le han sugerido en más de una ocasión la conveniencia de dejarlo.

Luz define su cuerpo como «un campeón» pues, aparte de la situación de su metabolismo, no ha tenido mayores problemas a consecuencia de las oscilaciones constantes de peso. Dice encontrarse bien a nivel físico y mental. Sí se puede observar cierta relación tensa con la comida, pues cuando hablamos de autocuidado relata que, mientras no tiene problemas para comprarse caprichos de otra índole cuando lo considera, sucumbir al deseo de comer algo fuera de la pauta le produce cargo de conciencia. Comenta que para ella comer es un placer, lo que presenta cierto conflicto con su pauta. Llega a afirmar: «Yo sí que es cierto que eso... tengo una relación adictiva con la comida [...]».

En cuanto a su relación con el movimiento, dice «Yo tengo un TOC que es ir a nadar». Señala que no es un ejercicio que sirva para perder peso, pero ella lo realiza 5 días a la semana, incluso cuando viaja a visitar a su hija y que, cuando pasa unos días sin poder ir a nadar, trata de compensarlo en las semanas siguientes. Además de eso, caminaba hasta el momento 40 minutos diarios para ir a visitar a su tía, que vivía sola. Tras su fallecimiento se pregunta cómo hacer para compensar la ausencia de ese movimiento pues, aunque no le apetece hacerlo, siente que debe.

Luz ha sufrido gordofobia médica a lo largo de su vida. Identifica, por ejemplo, que acudió a consulta debido a sus dolores de espalda, pero la recomendación fue que adelgazase, sin realizarle ninguna prueba más, de modo que ha buscado una alternativa por la vía privada. No ha sido esa la única vez que le han señalado que debería adelgazar para solucionar algún problema de salud, pero también manifiesta comprender que el discurso sea ese por las consecuencias que cree que la gordura tiene en el cuerpo: «No estamos diseñados para pensar más de 100 kilos». También identifica que la gordofobia y la edad intersecaron en una situación que vivió hace 2 años, cuando no fue operada inmediatamente a causa de un dispositivo mal colocado en una primera intervención, habiendo riesgo de causar cojera, con la argumentación de que los quirófanos estaban llenos de Covid y de personas lesionadas a causa del fenómeno meteorológico Filomena, por lo que de nuevo tuvo que buscar una alternativa en la sanidad privada. Aún así, manifiesta comprender que se prioricen a otras personas —más jóvenes y/o percibidas como más sanas— en un escenario donde no hay recursos para todo el mundo.

En conclusión, Luz tiene un conocimiento general de los mecanismos sociales que llevan a la gordofobia y de cómo la misma impacta en las personas. Identifica las violencias que ha sufrido a lo largo de su vida, tanto dentro como fuera del ámbito médico pero, debido a la gordofobia que manifiesta tener interiorizada —podríamos hablar aquí de violencia simbólica (Bourdieu 2000, como se citó en Navajas-Pertergás 2021)—, no se muestra especialmente molesta por las mismas ya que, a ciertos niveles, comprende por qué se producen. Sus experiencias han culminado en una



relación tensa con la comida y el movimiento, así como en constantes oscilaciones de peso y en una insatisfacción con el tamaño de su cuerpo. La lucha contra la gordofobia para ella se podría resumir en «[...] es imposible es luchar contra Goliat».

### *1.2. Concepción: violencia simbólica*

Concepción tiene 54 años, está casada y tiene una hija adolescente. Aunque es consciente de la existencia de la gordofobia y las violencias asociadas, refiere que ella particularmente no ha sufrido demasiada, o la que ha recibido la tenía tan normalizada que no la problematizó en su momento:

No sé si es porque lo tengo tan interiorizado que no lo veo o... me parece... hay ciertas cosas que me parecen normales —que no lo son— pero estoy tan acostumbrada a ellas que no me... que no me afectan. (Concepción)

A lo largo de toda la entrevista habrá explicaciones de este tipo —con presencia de violencia simbólica (Bourdieu 2000, como se citó en Navajas-Pertegás 2021) como en el caso de Luz—, donde se ve un amplio trabajo individual en la percepción de esas violencias gracias a terapia, sin dejar por ello de ser consciente de la existencia de una opresión sistémica.

Al rato de iniciar la entrevista, Concepción manifiesta identificar por qué puede haber pasado desapercibida la violencia para ella: «Supongo que a lo mejor no me he sentido tan atacada porque he tenido el ataque en casa, ¿sabes? [...] mi madre me atacaba mucho con eso, con que me sobraba peso, con que dejara de comer [...]». Fue precisamente su madre quien realizó uno de los primeros comentarios que recuerda respecto a su cuerpo:

A lo mejor el primero... fue haciendo la comunión... cuando iba a hacer la comunión, que tendría unos 9 años, y mi madre diciendo: «No, si mi hija está... está muy delgadita, pero es que es muy barrigona porque las niñas aquí son muy barrigonas». (Concepción)

Manifiesta que estos comentarios de su madre, que ella percibe como equivocados pero nacidos del amor, le acompañaron durante prácticamente toda su vida, hasta que en la adultez Concepción consiguió hacerle comprender el dolor que le producían. Ahora su madre cuida más lo que dice, aunque sigue haciendo comentarios gordófobos generales y hacia ella misma.

Concepción utiliza mucho la palabra gorda, pero en ocasiones también recurre a eufemismos como «redondita» o «fuertota» para definir cuerpos gordos, incluso encontramos «infrapeso», «sobrepeso» y «normopeso» entre su vocabulario. En general, habla con mucha naturalidad del tamaño corporal y de todo lo que le rodea, sin dejar de admitir en un par de ocasiones que ella desearía tener un cuerpo

normativo, a pesar de tener un discurso coherente al respecto: «[...] en el fondo de mi corazoncito... todo esto está muy bien y yo me quiero aceptar y el mundo es muy gordófono, pero yo quiero estar delgada».

Concepción estuvo 7 años controlando su peso con el acompañamiento de la clínica Ravenna<sup>4</sup>. Según su experiencia, Ravenna era una clínica que restringía muchísimo la ingesta de comida y tenía un estilo de acompañamiento muy similar a una secta, con grupos de apoyo, consignas repetidas y mensajes constantes donde lo delgado era lo ideal y la gordura motivo de lástima: «Nunca dijeron esto, ¿vale? [...] Pero a mí lo que me... lo que en mi cabeza [...] sonaba era: "No puedes ser feliz de ninguna manera si no estás en tu peso"». Concepción refiere que durante los años que estuvo en la clínica pensaba constantemente en la comida y en su peso:

Yo pensaba en la comida 24 horas al día. No porque quisiera comer, sino por qué podía o no comer y si estaba haciendo bien o no para volver al peso que ya no tenía porque primero me sobraban 2 kilos, luego 5... cuando me sobraban 7 yo ya estaba amargada de la vida, porque me sobraban 7 kilos y no podía volver al peso que tenía.  
(Concepción)

Durante los años que estuvo asistiendo a la clínica se encontró en su peso más bajo, en el peso ideal dictado por «las tablas» de la clínica Ravenna, lo que en inicio le produjo una sensación de euforia y felicidad: «Tengo todas las fotografías de esa época sonriendo como una posesa. Porque era tan feliz, tenía un entusiasmo...». Pero pronto se vio ante un abismo: «Llevo tanto esfuerzo y tanto tiempo y tanta intensidad enfocada en esto que ahora que ya no tengo que adelgazar es como... ¿Cuál es ahora el objetivo de mi vida?».

A partir de ese momento, Concepción comenzó a observar algunas prácticas tóxicas dentro de esta clínica, lo que le llevó a pensar que no era buena para ella. Fue entonces cuando una ex-paciente, que también abandonó al llegar a la misma conclusión, le aconsejó asistir a la clínica Ítem, que se define a sí misma como «especialistas en trastornos del comportamiento alimentario». Respecto a la profesional que la trató allí, Concepción relata:

[...] me enseñó a no sentirme culpable. Y a... no estar mirando lo que comía. Claro, y empecé a engordar. Y cada vez más, cada vez más. Pero como eso iba acompañado de sentirme mejor, yo decía: «Es que ahora soy mucho más feliz que cuando se supone que estaba en mi normopeso [...]». (Concepción)

Al ser preguntada por su salud, Concepción explica la misma en relación a su cuerpo y el conflicto mental que le supone entender todo lo que ha aprendido gracias a terapia,

---

<sup>4</sup> La misma clínica de la que habla Luz durante su entrevista. La coincidencia ha sido fortuita, no se conoció este dato hasta la realización de las entrevistas ni existía una relación entre ellas que pudiera hacer sospechar sobre ello.

mientras en el fondo desea ser delgada para tener más facilidades en la vida, como encontrar ropa de su talla. Ella misma se contraargumenta que ya estuvo ahí y no era feliz por todas las restricciones y prácticas que tenía que llevar a cabo para mantener el peso bajo:

Tía, que ya has estado ahí y no es la solución ni eras más feliz cuando estabas delgada, ni se soluciona nada, ni mi vida era mejor [...] ni valía más como persona que ahora, ni menos [...], ni mis amigos me querían más, o mi pareja me quería más, ni menos, ni mi hija más ni menos. (Concepción)

Se siente incómoda en su cuerpo porque le dificulta realizar algunas actividades cotidianas. Dice que el ejercicio podría ser una solución, pero señala que le da pereza y que una voz le dice: «¿Ves? Si no estuvieras gorda». En otro momento de la entrevista refiere que de niña no se le daban bien los deportes porque era torpe, aunque durante mucho tiempo pensó que era debido a ser gorda.

Concepción cree que ha tenido mucha suerte porque no ha recibido demasiada violencia a lo largo de su vida, pero a medida que va hablando van aflorando más y más experiencias violentas. Desde los constantes mensajes de su madre y los del colegio, pasando por pérdida de oportunidades laborales, dificultades para encontrar ropa, asientos que no albergan su cuerpo en restaurantes, aerolíneas o parques de atracciones, hasta llegar a los mensajes gordofóbicos de profesionales médicos. En este momento creo que es reseñable que no ha cambiado de médico de cabecera, siendo este un señor seco, porque nunca le ha dicho nada respecto al tamaño de su cuerpo, con lo que la posibilidad de que otro u otra profesional pueda ejercer una violencia en esta área le impide tener una relación más placentera o fluida con su profesional de cabecera.

También es destacable que una de las situaciones de violencia que reseña, consistentes en comentarios de su fisioterapeuta acerca de la grasa de su cuerpo — «Es que te tengo que apretar más porque hay mucha grasa»—, producen una reacción bastante vehemente en Concepción, sacando el tema en tres ocasiones diferentes durante la entrevista y elevando el tono debido a la emocionalidad que le produce la situación.

Una de las preocupaciones de Concepción es haber transmitido su mala relación con la comida y con el cuerpo a su hija adolescente, aunque aclara no ver de momento indicios sobre ello y trata de protegerla de los comentarios que, por ejemplo, lanza su madre.

En conclusión, Concepción tiene un conocimiento amplio y general acerca de la gordofobia y sus mecanismos, aunque le resulta más fácil identificar violencias sobre otras personas que sobre ella misma. Prefiere no enfrentarse directamente a

profesionales médicos que incurran en comentarios gordofóbicos y, si trata de rebatir a alguien de su entorno cercano, opta por la vía conciliadora. Siguió durante 7 años un tratamiento de adelgazamiento en la clínica Ravenna, donde identifica prácticas tóxicas y muy dañinas para la salud de su cuerpo. Hoy su relación con la comida ha mejorado mucho y se siente más feliz, aunque no deje de desear tener un cuerpo delgado.

### *1.3. Rosalía: protección ante la gordofobia*

Rosalía tiene 36 años, es soltera y no tiene descendencia. A pesar de ser conocedora de la gordofobia y su funcionamiento, manifiesta encontrarse poco expuesta a informaciones al respecto, como una forma de protegerse a sí misma. De hecho, la palabra protección sale a menudo en la conversación, para explicar ciertas estrategias que ha puesto en funcionamiento y para justificar que no recuerda muchas de las experiencias concretas de violencia que ha vivido.

Una de las prácticas de resistencia de las que habla consiste en demorar lo máximo posible el acudir al médico. Relacionada con la misma, tenemos el hecho de que recurre a una amiga cercana, que es médica, para la mayoría de cuestiones que pueda resolver con ella en el ámbito médico. En caso de presentarse una urgencia, Rosalía asegura que le podría la preocupación por su salud sobre la protección, pero sí recurriría a la anticipación, a imaginar diferentes escenarios posibles en su mente con el fin de prepararse para la interacción dentro del sistema médico.

Estas resistencias vienen motivadas por la violencia que Rosalía ha sufrido en el entorno médico a lo largo de su vida, desde la infancia, en consulta con el pediatra, hasta el presente. Algunas de estas violencias han consistido en el señalamiento del tamaño del cuerpo, cuando el motivo de la consulta no tenía que ver con ello; en la realización de pruebas que a otras personas no se le realizan en las mismas circunstancias; y en comentarios fuera de lugar: «Pero, ¿vas al gimnasio a leer el periódico o a hacer lo que tienes que hacer [...]?» o, en otro caso: «Yo voy a estar aquí toda la tarde, entonces tú come muchos bizcochos, muchas galletas, muchas cosas de chocolate [...]». Muchas otras situaciones no las ha podido explicar detalladamente porque consisten en expresiones y gestos de asco o disgusto, o gordofobia sutil en otros detalles.

Rosalía tiene una percepción negativa de su propia salud que focaliza en el hecho de ser gorda, debido a una falta de resistencia física y un estilo de vida sedentario., así como a los límites que ha construido alrededor del mismo. Todo ello lo achaca a «[...] todos esos *inputs* que he recibido, ¿no? No desde mi propia casa, sino que recibo a

nivel social y, de hecho, de alguna forma estoy convencida un poco de que una parte de esto es cierto».

Por otro lado, se encuentra trabajando desde hace algún tiempo en su salud mental acudiendo a terapia, a causa principalmente de la ansiedad que padece desde hace tiempo. Refiere que para ella ese era un problema más urgente a tratar, y que aquellas cuestiones referidas a su corporalidad las está trabajando de momento de manera tangencial. Se refiere a su terapeuta y al trabajo que con ella realiza de forma muy positiva. Cuenta:

[...] tiene que ver la terapia, el ir bajando algunas cosas de tu personalidad a tierra, ¿no? Como ir encajando de alguna forma un puzzle [...] que tampoco son piezas perfectas que encajan [...]. Ir poniendo eso en una situación. No sé, creo que te ayuda a entenderte un poco más [...] qué cosas haces que te hacen daño. Efectivamente te hacen daño aunque tú no te des cuenta, aunque tú las estés disfrazando de que es lo que tienes que hacer en ese momento. (Rosalía)

Se refiere a alguno de los límites que se ha ido imponiendo para protegerse, como el no salir de noche o vigilar mucho los lugares de ocio a los que va, investigando para ello el tamaño de las sillas y anticipándose lo posible a situaciones que la pudieran incomodar: «[...] últimamente me estoy [...] esforzando en no decir que no, sino en bueno, pues a ver. Primer paso: no digas que no. Ya llegarás a un momento en el que no busques las sillas que hay [...]».

La palabra dieta solo es nombrada en una ocasión a lo largo de la entrevista, y la palabra comida en ningún momento, aunque sí sale alimentación en un puñado de ocasiones. Respecto a esto, Rosalía comenta que uno de los motivos por lo que considera que no ha estado tratando de forma más profunda el tema de la gordura y la alimentación en terapia ha sido «[...] porque yo tenía como mucho miedo a tener... que se me pudiera diagnosticar un trastorno de la alimentación, o sea, como tener un TCA».

En cuanto al movimiento, Rosalía refiere varias ocasiones en su adolescencia en las que acudió al gimnasio por un tiempo, o a alguna clase de deporte, pero ninguna actividad le ha estimulado lo suficiente como para mantenerla en el tiempo. Más recientemente, en la época en la que las restricciones debido a la pandemia de Covid-19 se fueron levantando, cuenta que salía a caminar por las mañanas, algo de lo que no llega a decir que disfrutase, pero sí que le resultaba entretenido. Pero explica: «A mí ese tema de fatigarme, y de sudar me limita mucho para el ejercicio» y, tal como lo explica, esto tiene no solo que ver con una incomodidad personal, sino también con el hecho de encontrarse gente y anticipar qué pueden pensar esas personas de la imagen de una persona gorda acalorada.

Rosalía tiene una amplia experiencia dentro del sistema médico debido al acompañamiento que realizó durante los 80 y 90 años de su abuela. A pesar de que no se trata de una experiencia en primera persona y de que su abuela no era gorda, Rosalía encuentra muchas similitudes entre la gordofobia médica y el edadismo médico, pues refiere que en ambos casos las dolencias se tratan como causadas por el factor visible de los cuerpos: la gordura y la edad, respectivamente, lo que se traduce en exponer a las personas a la falta de cuidados adecuados.

Algo que resulta reseñable es que cuando Rosalía habla de la violencia sufrida por las personas mayores, y en particular por su abuela, habla con confianza, es vehemente y tiene claras las causas y posibles soluciones. Algo que contrasta con la forma en la que habla de la gordofobia y de la propia violencia que ella ha vivido. En este caso se observa menos vehemencia, un discurso algo más desgajado, e incluso evasión de ciertas temáticas. Ella misma señala que ante la violencia recibida por su abuela no se calló ni una vez, mientras con respecto a la violencia propia podía desde asentir a reírse.

Finalmente, al ser preguntada por lo que se puede hacer en el futuro contra la gordofobia médica, pone el foco en el buen trato y en la crisis de los cuidados:

[...] la base de todo y la raíz de todo está en cómo tratan a los pacientes [...] no solamente cómo hablan con ellos y con ellas, sino cómo eh... qué valores tienen en cuenta para empezar a hablar con esa persona. (Rosalía)

Señala también la necesidad de actualizar los currículos de las carreras del área de salud, y destruir algunos tropos como «[...] el médico que te sigue recetando un vasito de vino al día no hace daño: es un tóxico el vino», y la responsabilidad de cada persona de estar informada para no aceptar sin rechistar violencias gordofóbicas en consulta. Pero no deja fuera la forma en la que algunos personajes relevantes alimentan el pánico moral alrededor de la gordofobia al lanzar mensajes que hablan de «pandemia de la obesidad».

#### *1.4. Emilia: abriendo melones*

Emilia tiene 34 años, es soltera y no tiene descendencia. Nació prematura, con 7 meses de gestación, muy pequeña, pero pronto se recuperó, superando el tamaño considerado «normal» para un bebé de este tiempo. Este hecho le hizo sufrir la primera violencia gordofóbica de su vida, pues en el hospital se referían a ella como la «prematura obesa» o «la albondiguilla». Esta anécdota le ha perseguido durante toda su vida, pues su madre la ha contado repetidamente, sin ver la violencia implícita en la misma.

Con 8 años, Emilia fue sometida a su primera dieta, lo que se repitió de nuevo a las 12-13 años, y que le llevó «al borde del TCA». Y, en el momento en el que comenzó su vida adulta, cada vez que ha asistido al médico ha sido informada de su peso y de la necesidad de adelgazar. Comenta que también es fumadora, siempre ha informado de ello, pero nunca le han dicho que deje de fumar. Incluso, en una ocasión, una médica psiquiatra le dijo: «[...] me da igual que fumes porque te va a controlar la ansiedad de la dieta también». Esta misma profesional le negó la derivación a atención psicológica alegando que el problema de Emilia era su gordura: «Eso es porque estás gorda [...]. Entonces, en cuanto adelgaces, se te va a pasar esto». Le recetó antidepresivos y le sirvió una dieta fotocopiada como remedio para la depresión que Emilia manifestaba sufrir.

Emilia considera que, salvo excepciones, no ha recibido el trato adecuado desde el sistema biomédico, pues han dejado de hacerle pruebas, no la han tomado en serio o la han sobremedicalizado a consecuencia de la gordofobia. Como resultado, evita completamente ir a consulta médica, y la mera idea le produce rechazo y miedo. En el momento de la entrevista había retrasado en varias ocasiones una cita en la Seguridad Social para abordar sus problemas de ansiedad. Cuenta también que se cayó por las escaleras y no asistió en ningún momento a consulta, a pesar de que su entorno la animaba a ello. Cuando no puede eludir un tema concreto de salud, recurre a una amiga enfermera con la que se siente segura, pues también es gorda.

La relación de Emilia con la comida ha pasado por diversos estadios, desde el rechazo a la «comida de dieta», a encontrarse ahora en un momento en el que come equilibrado y sin culpa. La misma comida ha sido tratada, en su caso, como la causa de una condición dermatológica que la ha acuciado durante años, demorando así la posibilidad de un correcto diagnóstico.

Su relación con el movimiento no es buena. Mientras su entorno le devuelve mensajes de bienestar al respecto, ella dice hacer natación una vez a la semana porque tiene que hacerlo, no porque lo disfrute. Atribuye esta relación a las malas experiencias que vivió en la asignatura de Educación Física durante la escolarización: «[...] yo lo recuerdo muy traumático», debido a los mensajes que recibía acerca de la imposibilidad del cuerpo gordo para realizar ciertos movimientos, y el rechazo que percibía de sus iguales al ser elegida la última para juegos de equipo. También señala que de niña disfrutaba mucho de bailar, lo hacía siempre que tenía ocasión, pero a partir de la adolescencia no ha vuelto a hacerlo:

[...] no sé en qué momento alguien debió decirme: «No puedes bailar», o no... o reírse de mí, o algo así, porque siempre he sido una niña gorda. Soy totalmente incapaz de bailar, pero totalmente incapaz. Yo prefiero que me corten un brazo en ese

momento. Que no lo hago ni sola en mi casa, cuando no me ve nadie, ¿eh? ¡Que no puedo!. (Emilia)

El discurso de Emilia es amplio, elaborado y reivindicativo, siendo consciente de la forma en la que las distintas opresiones intersectan y, en concreto, cómo han funcionado en su realidad. Tiene estudios superiores y una experiencia de 2 años en el área, pero tiene dificultades para trabajar de lo suyo, de modo que, para poder sostener su vida en la ciudad en la que vive —que no es donde nació ni reside su familia— ha estado trabajando en empleos mal pagados que requieren esfuerzo físico y muchas horas de pie. Esta precariedad laboral, por un lado, le impide poder hacer frente a los gastos económicos que supone la terapia y, por otro, le provoca dolencias que son atribuidas a su peso, cuando sus compañeras con cuerpos normativos también las sufren. Al hilo de esto, hace una reflexión muy interesante:

Las gordas no tenemos techo de cristal, tenemos una cajita de metacrilato donde nos han metido y no podemos salir de ahí. Porque vemos a las compañeras delgadas que están rompiendo el techo de cristal, pero nosotras no podemos y nadie está mirando para atrás. Es decir, ¿cómo van las de la caja? (Emilia)

Emilia relata que no siempre ha conocido la existencia de la palabra gordofobia, pero que en el momento que comenzó a leer sobre ello se sintió apelada y, gracias a eso, ha podido identificar los mensajes que le lanza todo su entorno al respecto. Por un lado, desde su familia: «[...] los primeros actos de gordofobia contra una persona creo que vienen de la familia [...]». Por otro, desde el sistema biomédico: «[...] encima te lo dice una persona que en teoría tiene una autoridad médica, ¿no? Pues quién soy yo para decirle que no a otra persona que ha estudiado una carrera de medicina y un MIR y unas cosas». También desde sus amistades: «Con las amigas no puedo decir que soy gorda [...]», en las que no encuentra comprensión: «"No, no, eso está todo en tu cabeza". Ojalá estuviera todo en mi cabeza, ¿sabes? [...] que se hace mucho *gaslighting* con la gordofobia también [...]». Incluso en el entorno laboral, donde se ha topado con muchas dificultades para encontrar trabajo y ha sentido que en las entrevistas le han puesto mayores dificultades que a una persona delgada. Ha llegado a recibir violencia por parte de una clienta: «Pues, para ser gorda, trabajas bien, ¿eh? [...] Porque, claro, yo tenía una amiga gorda que la echaron por vaga del trabajo y yo pensé que todos los gordos eran vagos».

De un tiempo a esta parte, Emilia relata que ha comenzado a plantar cara a esta violencia:

[...] me he propuesto a mí misma no callarme. Y así, cuando veo algo que me está chirriando, decirlo y no hacer como hacía antes, sonreír y "Sí, sí, claro, lo que tú digas". Pues ya igual no me da la gana. (Emilia)



Eso significa, entre otras cosas, informar a sus amistades de que hay locales de ocio a los que no quiere acudir porque las sillas son estrechas, algo en lo que nadie más había pensado hasta ese momento. O responder a las violencias que recibe de su entorno, que presiona para que Emilia ocupe un cuerpo normativo con medios, como las dietas, que ella sabe que no funcionan: «[...] voy sembrando ahí, voy sembrando y luego ya... tardo mucho en recogerlo, pero al final recoges un poquito».

Emilia considera que un paso importante para luchar contra la gordofobia es autorreconocerse como gorda y reapropiarse de la palabra:

[...] lo primero es aceptarte, o sea, no quiere decir que sea aceptarte a ti misma de "autoamor radical" [...]. Que tú tengas autoestima no te está solucionando las opresiones de los demás, eso es así. Sino, hacernos propia la palabra gorda, o sea identificarnos como lo que somos y ya está. (Emilia)

Finalmente, a la hora de combatir la gordofobia, ve necesario organizarse con otras personas gordas para poner en marcha herramientas de lucha contra las violencias recibidas.

### *1.5. Elisa: deseo y deseabilidad*

Elisa tiene 45 años, está en una relación heterosexual y es madre de un niño. Tiene una dilatada experiencia dentro del sistema biomédico, pues nació con una displasia de cadera congénita: «[...] mi primera intervención médica fue a los 18 meses. Entonces, entre los 18 meses y los 13 años me intervinieron 9 veces».

En el discurso de Elisa en relación a la gordura observamos 3 etapas diferenciadas. Hasta la adolescencia no tiene recuerdos de comentarios acerca de su peso, fue con 16 años cuando unas compañeras de clase le hacen notar que es gorda. En relación a ello, cuenta: «[...] hago dieta aproximadamente desde los 18 años y he tenido un TCA de bulimia con atracones aproximadamente durante 15 años». Una vez que nace su hijo, su relación con el peso y con su cuerpo cambia: «Yo hace aproximadamente 6 años que no me peso».

No podemos olvidar que en el caso de Elisa interseca otra condición derivada de su displasia de cadera: «[...] es que a mí me han llamado gorda y coja». Y a ello le atribuye la presión estética y física que ha sufrido en la infancia y adolescencia, que terminó derivando en el TCA mencionado. «[...] el primer diagnóstico que tengo que se hace en relación a mi peso es con 20 años», lo que contribuyó a la culpa que sentía acerca del tamaño de su cuerpo, ya que el peso se presenta como causa, y/o la pérdida del mismo como remedio de sus dolencias: «[...] a mí con 13 años me dijeron que con 50 probablemente me tuviera que poner una prótesis. Me lo dijeron con 13 años y con 13 años no pesaba lo que peso ahora». Tampoco su asma se libró de ser

relacionada con el tamaño de su cuerpo, siendo asmática desde los 6 años y conviviendo con madre y padre fumadores.

Elisa relata también que, cuando quiso quedarse embarazada, lo primero que le dijeron fue: «Bueno, es que tú con tu edad y con tu peso, te va a costar mucho quedarte embarazada», y le recetaron una dieta. Al mes estaba embarazada. Durante el embarazo le hicieron la curva del azúcar 2 veces, y le pusieron problemas para parir vaginalmente, pero finalmente consiguió hacerlo como ella quiso. Aparte de esto, se sintió muy respetada en todo el proceso.

En un momento de la entrevista, Elisa menciona el término «la buena gorda» y lo define como la persona gorda que da imagen de arrepentirse de su tamaño corporal y de estar haciendo algo para cambiarlo. Refiere que cuando ha acudido a consulta médica con una actitud así ha recibido menos violencia, aunque el trato fuera paternalista, que cuando ha acudido segura de sí misma, manifestado estar a gusto en su cuerpo y no tener intención de cambiarlo. Tanto en un caso como en el otro, las visitas médicas pasan factura y tienen unas consecuencias:

[...] evitas el médico, al final lo que haces es que evitas el médico. Yo esta semana tengo varias citas y... varios días las he cambiado para el mes que viene porque no puedo psicológicamente soportar eso. (Elisa)

Las experiencias de violencia gordofóbica que ha vivido Elisa no se limitan al espacio médico. La familia, las amistades y el entorno laboral también han ejercido esta presión sobre ella. Relata, por ejemplo, que 20 días después de dar a luz su familia fue a visitarla desde su localidad natal. El primer comentario que le realizaron al verla fue: «Estás un poco *gorduca*. Lo que tienes que hacer es adelgazar». El hecho de vivir en localidades diferentes ha evitado, según cuenta, que haya roto relación con parte de su familia, ya que no ha tenido que lidiar con ellos a menudo. Fue más dura la relación con su familia política, aunque ahora parecen haber llegado a un punto de entendimiento.

Sus amistades de su localidad natal le han señalado constantemente lo evidente, con la excusa de que «[...] es que lo que estamos es preocupados [...] porque es que creemos que si te pasa esto es porque estás en depresión [...]». A causa de ello, ha dilatado sus viajes a dicha localidad para no exponerse a los comentarios que sabía que le realizarían, e incluso ha cortado relación con varias personas:

[...] he roto amistades que no quería romper pero que por vergüenza he dejado de tener y que de un tiempo a esta parte estoy recuperando, ¿eh? Estoy haciendo ese ejercicio también, que creo que es necesario. (Elisa)

Elisa cambió su elección de estudios por encontrarse completamente desubicada en el primer entorno. A pesar de sentirse entonces más cómoda a todos los niveles,

reconoce ahora que sufrió gordofobia laboral al tener dificultades para encontrar trabajos considerados masculinos o en los que buscaban perfiles femeninos atractivos. Y, de contratarla, recibía acoso laboral por parte de la plantilla. En su último empleo ha recibido comentarios de compañeras y compañeros por no cumplir el canon: «[...] porque ahí, aparte de ser una trabajadora, eras un poco de adorno para los chavales [...]».

Un área poco mencionada en otras entrevistas es la de la deseabilidad y la atracción por parte de los hombres. Elisa aborda este tema en varias ocasiones. Por un lado, analiza su propio deseo, ya que observa:

A mí nunca me ha gustado el guapo de mi instituto. ¿No me gusta el guapo del instituto porque realmente no me gusta ese prototipo de hombre o porque yo me he educado en que ese tipo de hombre nunca se va a fijar en mí? (Elisa)

En general, piensa que ella siempre ha ligado mucho, independientemente del tamaño de su cuerpo, y se ha sentido cómoda en las relaciones que ha mantenido. Pero analiza también el deseo de los hombres:

[...] ellos tienen un constructo de hacia qué mujeres se tienen que sentir atraídos, pero cuando se sienten atraídos hacia otras, que les pasa muy a menudo, luchan contra su propia naturaleza mediante la violencia verbal. (Elisa)

En general, tiene claro que los gustos se construyen socialmente y por eso ella hace también un ejercicio de consumir imágenes de cuerpos no normativos para acostumbrar la mirada, ya que en el día a día consumimos solo un tipo de cuerpo, el que se nos sirve masivamente en medios de comunicación. Gracias, en parte, a ello «[...] yo ahora me miro en el espejo y digo: "Joder, estoy muy buena"».

El cambio de la relación de Elisa con el tamaño de su cuerpo se produjo con el nacimiento de su hijo. A causa de las mediciones constantes que se realizaban del bebé en el sistema biomédico, así como de los hitos marcados que se supone que debería ir alcanzando en el crecimiento, fue consciente de la unificación de estos criterios y de la insatisfacción que estos crean en las madres y/o padres cuyas criaturas llevan otro ritmo. Ella adoptó un estilo de crianza respetuoso y deja espacio a su hijo para desarrollarse cómo y cuando necesite, lo que poco a poco le llevó a adoptar el mismo método con ella misma. Eso y haberse educado a través de la lectura en la antigordofobia, la teoría *queer*, etc.

Hoy su relación con la comida y con el movimiento es sana: come de manera intuitiva, y practica ejercicio a su ritmo, como una forma de buscar bienestar en su displasia. Ha vuelto a hacer cosas que había dejado de hacer, como ir a la playa y ponerse en bañador, o fotografiar su cuerpo. También aprovecha todo el conocimiento de sí misma y del activismo antigordofobia que ha ido adquiriendo para transmitirlo a otras

personas de su entorno: «[...] yo creo que no hay nada más subversivo que la propia existencia. Entonces, simplemente, estoy». Ahora no se calla y se enfrenta a profesionales de la salud, amistades, familia... y responde con pedagogía a su violencia. Elisa además ha creado un blog de estudios culturales en el que habla, entre otras, de estas cuestiones, y ha publicado un relato junto a otras personas gordas en un libro que aborda amor y gordura<sup>5</sup>.

Elisa considera que la gordofobia médica se combate exponiéndola, respondiendo, rellenando reclamaciones, avergonzando comentarios y actitudes. Y cambiando el currículo de los itinerarios formativos del área de salud.

### *1.6. Marcela: #yanomecallo*

Marcela vive en pareja y no tiene descendencia. Ha preferido no decir su edad porque considera que no es relevante para hablar de la violencia que sufren las personas gordas. Esto ya nos da una pista de su carácter reivindicativo y activista. De hecho, ya al comienzo de la entrevista revela que para ella hubo un antes y un después en su actitud ante la gordofobia a causa de la violencia desmesurada que recibió por parte de un médico bariatra. Ese hecho fue el que le abrió los ojos a pensar que ella no se merecía ese trato, llevándola a investigar al respecto y a descubrir el movimiento HAES<sup>6</sup> y, finalmente, a comenzar su propio activismo centrado en la gordofobia médica.

El primer contacto de Marcela con la idea de que su cuerpo era gordo fue de mano de su madre, a pesar de que considera que en aquel momento tenía un cuerpo normativo. A raíz de esto, Marcela realizó su primera dieta con 17 años, tras lo que comenzó una sucesión de pérdidas y recuperaciones de peso hasta alcanzar el actual, que considera el mayor desde entonces. Ahora ya sabe que las dietas no funcionan y no está dispuesta a realizar ni una más.

Como consecuencia de la violencia recibida por parte de su madre —«Si mi madre, que es la persona que supuestamente más me quiere, me da este feedback, pues ¿cómo me van a ver los demás?»— aceptó los comentarios que le fueron haciendo las sucesivas profesionales de la salud a las que iba acudiendo:

Si me lo está diciendo ya mi madre. Pues el médico, pues que tiene más... no sé, más autoridad en la materia, pues ¿cómo no me lo voy a creer? [...] Yo, ante el poder de la bata blanca, me callaba, me achicaba, pensaba que era Santa Palabra lo que me decían, y ya está. (Marcela)

---

<sup>5</sup> Se omite el título del libro para preservar el derecho a la intimidad de Elisa.

<sup>6</sup> Health At Every Size: Salud en todas las tallas.

Marcela es muy clara a la hora de expresar la violencia médica que ha sufrido a lo largo de su vida: hoy la reconoce sin ambages y manifiesta, tras el relato de cada experiencia, que ninguna persona gorda merece ese trato, y que ya no se calla frente a los comentarios hirientes y el maltrato. El centro de su activismo gira en torno a informar a otras personas gordas de sus derechos y de las estrategias de resistencia que ella ha ido generando para evitar, en la medida de lo posible, que nadie más pase por lo que ha pasado ella: «[...] si mi activismo [...] puede ayudar a otra persona a no pasar por lo mismo, me doy ya por satisfecha».

El caso más grave de gordofobia que ha sufrido Marcela la ha llevado al borde de la muerte. Tras manifestar en diversas ocasiones a su médica de cabecera una insuficiencia respiratoria, primero fue diagnosticada con un resfriado, para pasar en la siguiente cita a recibir una dieta, y seguir en las posteriores siendo acusada de no llevar correctamente a cabo la misma: «[...] a los 3 meses entré por urgencias, me quedaban 2 horas de vida: lo que tenía era un tromboembolismo pulmonar».

Dicho tromboembolismo, según refiere Marcela, puede provenir de otra negligencia que cometieron con ella a causa de la gordofobia médica. Acudió a consulta debido a un lipoma que le salió en la ingle: «[...] me dijeron que eso con dieta se me quitaba solo. Y yo empecé a hacer dieta y eso no se quitaba». El bulto fue creciendo y, cuando acudió de nuevo a consulta tiempo después, le dijeron que para ser operada de ese bulto primero habría de pasar por cirugía bariátrica<sup>7</sup>. Hasta 3 médicos diferentes le proporcionaron la misma información por lo que, finalmente, acudió al médico bariatra, quien le dispensó un trato vejatorio e insultante, adoptando un discurso destinado a asustarla, amenazándola con posibles tipos de cáncer que la gordura podría causar, con el fin de coaccionarla para que se sometiese a la cirugía. Marcela cuenta:

[...] lo único que me salió es: «¿Por qué me dice estas lindezas?». Me acuerdo perfectamente y me dijo: «Porque son verdad». Entonces, cogí todas mis cosas y me fui. Y dije: «Pues no me van a operar de bariátrica y mucho menos este hombre».  
(Marcela)

Finalmente, fue operada del lipoma —que había alcanzado un tamaño que no le permitía caminar— 8 años después de la primera consulta. Tras ese tiempo, el bulto había malignizado, por lo que tuvieron que extraer también un ganglio linfático de la

---

<sup>7</sup> La raíz *barýs* proviene del griego y significa «peso que abrumba». Bajo la denominación de cirugía bariátrica encontramos diferentes técnicas, unas más invasivas que otras, destinadas a la pérdida de peso, bien reduciendo la capacidad del estómago, sin modificar el apetito —con lo que tendremos a personas con hambre que no tendrán capacidad en el estómago para ingerir lo que necesitan, con la consiguiente negación de confort y disfrute—, bien limitando la absorción de nutrientes para disminuir la ingesta de calorías, teniendo en cuenta que con esta limitación también empeora la absorción de vitaminas y demás elementos necesarios para una buena salud.

pierna, lo que le causó un linfedema<sup>8</sup>, una condición sin cura que le ha cambiado la vida, pues ha de someterse a drenajes manuales diarios y llevar una media comprensiva todo el día.

En otra ocasión, Marcela acudió en muletas a la que era su médica de cabecera en ese momento para solicitar una baja debido a una lesión causada por una caída. Dicha doctora le negó la solicitud y le tiró los papeles al suelo de malos modos, no estando Marcela en condiciones de agacharse a recogerlos.

Otra de las experiencias que para Marcela resultaron revulsivas para su trabajo como activista se dio tras padecer ya el linfedema, sin haber sido diagnosticada todavía. Acudió, pues, al cirujano vascular para averiguar qué le ocurría y, de nuevo, fue instada a realizarse la cirugía bariátrica, de malos modos y sin dejarle hablar. Marcela por entonces ya no se callaba y rebatió al médico con toda la información de la que disponía, aunque este no dio su brazo a torcer y le dio cita para un año después. Marcela presentó una reclamación, tras informarse de sus derechos, consignando en la misma la ley que la ampara —Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres— y el tiempo de respuesta del que disponen para responderla. Gracias a la misma se pusieron en contacto con ella a los 7 días para darle la razón y asignarle otra médica, que trató su patología sin centrarse en el peso. Marcela ha puesto esta reclamación-tipo al alcance de todas las personas que pasen por su perfil de Instagram (ANEXO 2).

Al ser preguntada por la percepción que tiene sobre su propia salud, Marcela relata que ahora su salud es mala, y desde luego peor que la que tenía antes de ingresar en el sistema médico. Las constantes dietas que le han recetado, así como los tratamientos insuficientes respecto a patologías que ella sufría, la han llevado a tener que tomar medicación de por vida y sufrir una condición crónica. «Eso en cuanto físicamente. Pero en cuanto a la salud mental, muy tocada por todo eso, muy muy tocada». La misma Seguridad Social que la ha llevado a esta situación, pone a su disposición una atención a la salud mental deficiente, con citas telefónicas de 10 minutos de duración cada 2 o 3 meses, en las que la psicóloga «[...] me dice: "Es que lo estás haciendo perfecto, es que ya no sé que decirte. Es que con lo que tienes encima, bastante"», y con un tratamiento psiquiátrico con fármacos sin seguimiento porque el médico no cumple las citas telefónicas programadas.

Marcela afirma tener otras estrategias para trabajar en su bienestar. Le gusta salir al campo, adaptando la actividad a las limitaciones de su cuerpo, pero sin por ello dejar de realizarla. Disfruta de la fotografía, que utiliza para realizar composiciones que publica en su cuenta de activismo antigordofobia. Y, en general, procura no dejar de

---

<sup>8</sup> Acumulación de líquido debido a un incorrecto drenaje por parte de los ganglios linfáticos.

hacer todo lo que le apetece —acudir a conciertos, ir a la playa, etc.—, después de haber dejado de hacerlo durante años. Podemos observar en su discurso, por tanto, un claro antes y después de haber plantado cara a la violencia, de haberse informado y de haber comenzado su activismo, aplicando ahora estrategias de resistencia a la violencia que sigue recibiendo y a la que le ha dejado secuelas en su vida. En este momento, su activismo es una de las cuestiones más importantes de su vida y tiene planes de seguir haciendo cosas en este sentido, como crear un espacio para que las personas gordas puedan hablar de la violencia médica, encontrar refugio en otras personas gordas, y adquirir herramientas para luchar contra la gordofobia.

Marcela considera que esta lucha pasa, de manera individual y dentro de lo posible, por no callarse, por plantar cara, poner límites, pedir ayuda al entorno, presentar reclamaciones y exigir el buen trato que se merece cada individuo en cuanto persona. Y, de manera colectiva, habla de apoyarnos en las demás, compartir experiencias y herramientas y de crear redes y espacios para facilitarlos.

Quisiera terminar este análisis de la entrevista de Marcela con una frase que ella dice, muy ilustrativa de su proceso y del que anima a emprender a todas las personas gordas: «[...] yo no soy de sacar las garras, [...] me hacen sacarlas porque me tengo que defender».

## 2. GORDOFOBIA FAMILIAR

Uno de los primeros temas comunes que emerge del análisis del trabajo de campo es el papel que la familia ha desempeñado en el primer episodio de gordofobia en la vida de las mujeres entrevistadas. Es este núcleo el principal eje transmisor del sistema social que construye un canon y conmina a conseguirlo, lo que probablemente lleva a las familias —con toda la buena intención del mundo, como refieren las entrevistadas— a ejercer esta violencia sobre las adultas en formación, con la idea de que no sufran las consecuencias de no tener el cuerpo normativo exigido socialmente. Esta presión nace, en su mayoría, de las madres, por el doble motivo de haberla sufrido a su vez a lo largo de sus vidas —«[...] [mi madre] la verdad que también lleva a dieta como toda la vida [...]» (Concepción)—, y por ser las principales encargadas de la crianza.

Es habitual que el primer comentario referido al cuerpo sea escuchado en el seno familiar:

A lo mejor el primer [recuerdo]... fue [...] cuando iba a hacer la comunión, que tendría unos 9 años, y mi madre diciendo: «No, si mi hija está... está muy delgadita, pero es que es muy barrigona porque las niñas aquí son muy barrigonas». Entonces «Eres muy barrigona» fue lo primero. Y luego de toda la vida: «Nena, mete la barriguita pa dentro». (Concepción)

Hay un antes y un después de recibir esa información: se produce una toma de conciencia de la propia corporalidad y de la posibilidad de que existan cuerpos válidos y cuerpos inválidos. Las niñas, que no cuestionaban su cuerpo, que disfrutaban del mismo porque les permitía transitar por la vida, jugar y descubrir el mundo, pasan a poner en entredicho la viabilidad de aquel y a buscar estrategias para cambiarlo u ocultarlo. Comienza la comparación con otros cuerpos y nacen emociones que no deberían estar en el repertorio infantil:

A los 8 años yo lloraba mucho porque quería ser normal como las otras niñas. Entonces, a mi madre no se le ocurrió otra cosa que... ponerme a dieta. En vez de... «Si quieres ser normal, esto es lo que hay». Mi primera dieta fue con 8 años [...]. (Emilia)

La idea de la reversibilidad de la gordura, fomentada por la cultura de dieta que habitamos, es inoculada a las niñas a través de las madres, lo que puede transmitirles «malestar corporal, comportamientos para perder peso y ansiedad» (Navajas-Pertegás 2021, 6). Las primeras dietas realizadas por las hoy mujeres adultas han estado íntimamente relacionadas con la dinámica madre-hija pues, si no han sido promovidas directamente por ellas, han sido proporcionadas en la consulta médica a la que ellas han llevado a sus hijas, para finalmente ser realizadas en el hogar bajo la estricta vigilancia materna:

[...] estaba yo en... no me acuerdo si era 3º de BUP o COU. O sea, estamos hablando de o 16 o 17 años. Y es una visita acompañada de mi madre pues a un... alguien que era médico o nutricionista, o algo, que me pone una dieta. Esa es la primera vez. [...] mi madre la hizo conmigo en plan solidaridad porque estábamos todos gordos y a todos nos venía muy bien hacer la dieta de la niña [...]. (Luz)

[...] hago dieta aproximadamente desde los 18 años [...]. (Elisa)

Hice mi primera dieta con 17 años [...]. (Marcela)

La paz no llega con la realización de esa primera dieta, porque si algo hemos aprendido ya es que las dietas no funcionan y se produce una recuperación del peso, en muchos casos por encima del peso anterior, por lo que la presión hacia esas niñas y/o adolescentes gordas se enquistaba, produciendo un ambiente opresivo para ellas y deteriorando la relación no solo con su cuerpo, sino con su familia. Una idea extendida entre la población es la necesidad de espolear a las personas gordas a adelgazar, utilizando los medios necesarios para ello, frecuentemente, medios violentos considerados «de impacto» (Navajas-Pertegás 2021).

[...] mi madre fue la primera que me dio ese feedback, que... eran palabras muy malsonantes. (Marcela)

[...] su frase estrella era: «Concepción, estás como una foca». Y [mi madre] me lo decía con toda su buena intención, porque pensaba que así a mí me estimulaba a



que yo comiera mejor y adelgazara. Y yo me lo tomaba así. Y fíjate que ni siquiera me lo tomaba como un ataque. (Concepción)

Estas mujeres gordas crecieron rodeadas de mensajes negativos en torno a su cuerpo y su validez, soportando grandes cantidades de violencia a causa de una equivocación frecuente alrededor de la gordura: si la sociedad no acepta a los cuerpos gordos, lo que tenemos que cambiar son las mentes, no los cuerpos; pero la idea aquí transmitida es exactamente la contraria: la solución dada es la de cambiar el cuerpo mediante dieta. Por tanto, la familia se erige en la vía de entrada a la normalización de las dietas, lo que llevará a las niñas, luego mujeres gordas, a recurrir una y otra vez a aquellas para dar solución a sus problemas que, según se les repite, tienen su origen en el tamaño de su cuerpo. Son las madres las que inician la dinámica de llevar las niñas a consulta para comenzar la dieta, lo que posteriormente facilitará la normalización de las clínicas de adelgazamiento y de la relación entre salud y dietas, así como la invisibilización de la violencia que recibirán en consulta:

Supongo que a lo mejor no me he sentido tan atacada [en el entorno médico] porque he tenido el ataque en casa, ¿sabes? Mi madre me decía.... mi madre me atacaba mucho con eso, con que me sobraba peso, con que dejara de comer. (Concepción)

[...] yo siempre me decía: «Si mi madre, que es la persona que supuestamente más me quiere, me da este feedback, pues ¿cómo me van a ver los demás?». Entonces, claro, iba al médico, me decían esto, me decían lo otro y yo decía: «Pues claro, si es que me lo merezco. Si me lo está diciendo ya mi madre. Pues el médico, pues que tiene más... no sé, más autoridad en la materia, pues ¿cómo no me lo voy a creer?». Claro, si me lo están diciendo por todos sitios, desde mi familia. (Marcela)

La consecuencia directa de esas dietas tempranas en la salud física de las mujeres muy habitualmente pasa por el desequilibrio metabólico y por la mala relación con la comida e, incluso, TCA:

Adelgacé igual 15 o 20 kilos en... 1 año o 2, no más. Pero, claro, empecé a cogerle asco a la comida porque era todo un año comiendo la comida de dieta de... pescado hervido, verdura hervida y todo tal... Le coges un asco terrible. Y, como a los 15 más o menos, la misma dietista dijo: «Hasta aquí hemos llegado». Porque ella veía que no comía, que no tal. [...] que era eso, al borde del TCA ya. (Emilia)

[...] he tenido un TCA de bulimia con atracones aproximadamente durante 15 años [...] (Elisa)

Pero cabe también valorar el impacto que tiene en las niñas, adolescentes y jóvenes, y en su futura vida adulta, esta situación de desaprobación constante acerca del cuerpo habitado, que no ha sido elegido. Esta desaprobación no se limita al cuerpo, sino que lleva implícita la desautorización de la persona, de la criatura que no puede articular su cuerpo separado de su propia identidad. Por tanto, la que está incorrecta, bajo estas

argumentaciones, es la persona, no únicamente el cuerpo. En conclusión, estas niñas han crecido recibiendo de sus familias, el núcleo que debería protegerlas y construir las, el mensaje de que son erróneas, equivocadas, abyectas. Incluso la infantilización que se hace de las personas gordas puede llegar a producirse bien entrada la edad adulta. Las personas delgadas del entorno de una persona gorda asumen la falta de responsabilidad de la misma y la capacidad de cuidar de sí misma:

[...] [mi prima] me empezó a decir que yo lo que tenía que hacer era irme a mi casa con mi madre —yo llevo aquí en Madrid 13 años—, que tenía que irme a mi casa con mi madre, a cuidarme, porque estaba claro que yo sola no podía cuidarme, por estar gorda. (Emilia)

Pero no se pretende aquí, como no lo han querido las mujeres entrevistadas, colocar responsabilidades en personas concretas, sino simplemente enunciar hechos ocurridos, conscientes de que «[...] [mi madre] lo hizo lo mejor que pudo con la herramienta que tenía en ese momento [...]» (Marcela). «[...] mi madre muchas cosas de las que hizo —mis padres— fueron como para evitarme dolor, supuestamente» (Elisa). Estas familias son un producto de la sociedad que habitan y reproducen las conductas que les han sido transmitidas, utilizando la argumentación de «por tu bien» para controlar los cuerpos de las individuos en desarrollo. Las mujeres justifican este comportamiento tras realizar, en muchos casos, un intenso trabajo en terapia. Existe una necesidad individual de hallar paz en la relación con la familia pues, al fin y al cabo, son el primer referente en la vida de una persona, el amor primigenio, y la violencia se minimiza. Pero la realidad es que estas familias, como tantas familias de mujeres gordas, ponen a estas niñas en la tesitura de tener que trabajar en el perdón a una madre, a un padre, a un entorno familiar que las violentó y cambió para siempre su relación con sus cuerpos, y de estos con el mundo: «[...] ya eso está superado, perdonada, con terapia» (Marcela).

Aunque las madres aparecen como el principal agente familiar del ejercicio de la gordofobia, esta proviene de diferentes agentes familiares en los que destaca la prominencia femenina. Son las mujeres las principales transmisoras de la gordofobia:

[...] mi abuela llamó a mi madre para decirle que me había visto demasiado gorda [...] que por qué no me hacía una cirugía bariátrica, que ella me dejaba el dinero [...] con mi prima tuve una pelotera [...] lo primero que me dice de conversación es: «Pues Fulanita ha adelgazado un montón, ¿eh? ¿Ves como si quieres, puedes?» (Emilia)

Resulta especialmente llamativo que la percepción de la naturalización del control sobre los cuerpos en los contextos familiares contrasta con la percepción que actualmente tienen de sus cuerpos, algo que ya han referido también otras autoras, como Nina Navajas-Pertegás en su autoetnografía (2021):

Yo no estaba gorda, Elena. Eso es lo mejor. (Luz)

[...] tengo fotos de esa época, tía, es que yo no estaba ni mijita de gorda. Estaba... es que yo no sé de dónde se sacaban lo de gorda. Yo me veía gordísima y yo me veo en la foto, y es que yo no diría ni que tenía sobrepeso, fíjate. Bueno, sobrepeso según los estándares (Concepción)

[...] yo de niña era una niña normal, no era una niña flaca porque no he sido nunca una niña flaca, pero no era una niña... la típica niña que la ves y dices: «¡Ay! ¡Qué gordita!». No era... según mi familia sí era gordita. (Elisa)

[...] yo no era consciente de que tenía un cuerpo gordo porque para mí era normativo. De hecho, es que veo las fotografías y digo: «No, es que yo no era gorda. Porque si entonces era gorda, ¿ahora qué soy?». (Marcela)

En conclusión, en el trabajo de campo nos encontramos con que es habitual que las entrevistadas observen una gran diferencia entre la percepción que tenían sobre su cuerpo en la infancia o adolescencia y la que tienen hoy en día al recordarse o visualizar imágenes de sí mismas en aquel momento. También suele ir parejo al inicio de los comentarios violentos por parte de las familias, sobre todo las madres, por lo que parece lógico pensar que ambos hechos están estrechamente relacionados. La presión del entorno, especialmente familiar, llevó a las entonces niñas y adolescentes a tener una percepción distorsionada de su cuerpo, a verlo gordo, grande, con la consecuente connotación social negativa de esos adjetivos. La tiranía estética presente en la sociedad ha logrado exitosamente distorsionar la imagen propia de las mujeres, que han sido convencidas de la invalidez de su cuerpo. Pero la presión directa, en última instancia, era infringida por el entorno que debería haberlas protegido. Poco ayuda, evidentemente, la idea imbuida en el imaginario colectivo por parte de la industria de la belleza y del sistema biomédico de que la gordura es temporal y optativa, y la ocultación de evidencia sobre la trampa que constituyen las dietas. Las mujeres entrevistadas disculpan a sus familias, aún identificando la violencia sufrida, conscientes del cambio generacional y de la influencia social. Pero también es relevante conocer de dónde vienen las creencias inoculadas en sus mentes acerca de sus cuerpos para proceder con su sanción y deconstrucción. Identificar que esos pensamientos no eran los propios, sino que habían sido inducidos por el entorno, abre la vía a reconocer los propios que llevan, en última instancia, a encontrar paz con el cuerpo y a dejar de maltratarlo con métodos que no funcionan para solucionar algo que en realidad no está estropeado.

La familia es el principal elemento que conecta a las personas gordas con el sistema médico en sus múltiples facetas: son las madres las que llevan a las hijas a las consultas de medicina familiar para solicitar dietas que habrán de seguir, estrechando la relación entre salud y delgadez. Pero también son ellas las que normalizan recurrir a las dietas y a profesionales del adelgazamiento una y otra vez en caso de considerar necesitarlo, caso que se produce continuamente a causa de la presión estética social.

En todos los casos, esta violencia gordofóbica familiar condujo a una percepción negativa del propio cuerpo y a la normalización y realización de dietas consecutivas que iniciaron procesos de pérdida y aumento de peso, lo que deteriora el metabolismo y conduce a la recuperación de peso por encima del peso anterior. Esto nos lleva a formular algunas cuestiones: De no haber sufrido esta violencia desde la infancia y adolescencia, ¿habrían estas mujeres llegado a desarrollar una mala percepción de su cuerpo? ¿Habrían continuado teniendo una visión normalizada del tamaño del mismo, independientemente de su clasificación como gordo o delgado?

Me gustaría ir más allá y plantear si esta presión social que encuentra una representación tan eficaz en las familias es la causante de la mal denominada por la OMS «pandemia de obesidad», al crear una necesidad irreal en personas —sobre todo mujeres— que no tienen ningún problema, llevándolas a concatenar dietas que terminan aumentando el peso que su cuerpo había adoptado de manera natural. Este podría ser un buen punto de partida para futuros estudios.

### 3. GORDOFOBIA SOCIAL Y LABORAL

Antes de abordar la gordofobia médica es pertinente analizar la gordofobia social y laboral, con intención de indagar en las dimensiones social y mental de la salud, dado que una persona que acude a una consulta médica no es solo un cuerpo con una patología, sino una individuo multidimensional que requiere bienestar en todos los ámbitos de su vida.

Hemos visto el papel crucial que la familia desempeña en la infancia y adolescencia en la vida de las mujeres gordas, donde se producen las primeras experiencias de violencia gordofóbica y se ejerce la presión más directa sobre sus cuerpos. Pero este discurso no nace en la familia, sino que se alimenta de la construcción social: es el aprendizaje tácito y silencioso que se produce en todos los escenarios sociales el que sustenta la violencia que se ejerce en el seno familiar.

Cuando decimos que la gordofobia es una opresión sistemática nos referimos a que todos los agentes sociales e instituciones participan de esta realidad, poniendo en marcha mecanismos más o menos evidentes que construyen y refuerzan la idea de que lo gordo está mal y, por contra, lo delgado es lo deseable. Las personas que experimentan violencia gordofóbica siempre han sido conscientes de la violencia que sufren, aunque identificar la trama sistémica y ponerle nombre es algo que llega más tarde:

[...] todo el tema social te está diciendo desde la estética, desde la salud, desde todo... te está diciendo gordo mal, gorda mal, gorda mal, gorda mal, gorda fea, gorda mal, gorda fea. Y a la vez te está diciendo que lo ideal es guapo, guapo, guapo,

guapo, guapo. O sea, tú tienes que ser... tú tienes que ser guapa, tienes que ser guapa y entonces, claro, guapa-gorda, esto no hay posibilidad de unirlo. (Rosalía)

La gordofobia está en todas partes. En todas partes. Está internalizada. En el trato, en el trabajo, en todo, en la tele, en todo. En la cultura que habitamos, que respiramos. Es gordofobia. (Luz)

Cada agente social e institución transmite una idea concreta, pero negativa, de lo que son los cuerpos gordos y las personas que los habitan, cada una desde su perspectiva y su área de actuación. Así, en el colegio y/o instituto —instituciones de socialización primaria, junto con la familia—, a la par que se van desarrollando las experiencias familiares que hemos visto, se producen las primeras evidencias de gordofobia social. Estas pueden consistir en comentarios teñidos de insulto que ya informan, por un lado, de que un cuerpo es gordo y, por otro lado, de la implicación peyorativa que dicho apelativo implica: «[...] en el cole me llamaban gorda [...]». (Concepción). De hecho, en los casos en los que las personas gordas no son informadas de lo incorrecto de su cuerpo en el seno familiar, lo son en el entorno escolar.

Otra experiencia repetida por las mujeres entrevistadas se sitúa en torno a la asignatura de Educación Física y la estandarización de actividades y expectativas de resultados que, de no ser cumplidas, en el caso de las personas gordas se traduce en una estigmatización de los cuerpos gordos y su incapacidad por ser «normales». Varias de las entrevistadas refieren ser torpes y no asociar hoy en día esa torpeza al tamaño y forma de su cuerpo, pero la realidad es que, en la mayoría de casos, la relación con el movimiento ha atravesado dificultades en un momento u otro de sus vidas. No se puede subestimar la repercusión de las violencias recibidas a edades tempranas porque, como vemos, tienen consecuencias en la existencia de las personas que las sufren.

Insultos, estigmatización a la hora de practicar ejercicio, segregación del resto de compañeras y compañeros a la hora de realizar determinadas actividades físicas: «[...] había ciertos juegos en los que no me dejaban participar» (Marcela). Experiencias que, unidas, nos sitúan en un escenario del acoso escolar. Esto es, discriminación por parte de sus iguales por habitar un cuerpo gordo aunque, recordemos, la mayoría hoy en día miran sus fotografías de la infancia y adolescencia sin comprender que hubieran sido calificadas como gordas.

El problema con el acoso y experiencias de violencia similares durante estos primeros años de vida ya no es solo la gestión emocional y psicológica que las personas supervivientes han de realizar tras la vivencia de un trauma, sino también la autopercepción con la que estas personas crecen y se desarrollan y la falta de seguridad y autoestima con la que se enfrentan con posterioridad a las relaciones sociales, afectivas, sexuales, laborales, etc.

Es frecuente las personas gordas normalicen este tipo de violencia, en parte por recibirla de tantos frentes, en parte por la negación que experimentan cuando deciden denunciar un maltrato en su entorno: «No, no, eso está todo en tu cabeza». (Emilia). La normalización de la violencia lleva a la dificultad de identificarla, motivo por el cual estas seis mujeres no fueron conscientes de la opresión que sufren hasta la adultez:

[...] yo no... no sabía la palabra gordofobia, la verdad. Ni la había escuchado ni sabía que podía... o sea, que ahí había una opresión, simplemente sabía que yo no quería ser así como era. (Emilia)

[...] lo que pasa es que en ese momento yo tampoco estaba tan concienciada de lo que suponía una gordofobia estructural. Entonces tú te sientes culpable, fomentas los trastornos alimenticios, haces dietas extremas, o te escondes. (Elisa)

En la adolescencia comienza a tomar protagonismo el círculo de amistades, en el que se ponen a prueba la integración y el reconocimiento social. En esta área, podemos encontrarnos desde los mismos mensajes «con todo el cariño del mundo» que ya se reproducían en el entorno familiar —«No, es que lo que estamos es preocupados, es que, claro, porque es que creemos que si te pasa esto es porque estás en depresión [...]» (Elisa)— a comentarios sobre la propia percepción del cuerpo que denotan gordofobia y disgusto por correr el riesgo de habitar un cuerpo gordo —«Te da miedo [ser yo] porque sabes que yo tengo unas opresiones que tú no tienes y que tú tienes unos privilegios que yo no tengo y te da miedo perder esos privilegios» (Emilia).

También nos encontramos con que la posición de «la amiga gorda» está delimitada dentro del círculo social:

[...] tengo amigas de toda la vida, del colegio y de todo. Y, como siempre he sido unas castañuelas, siempre me querían para salir, para... el alma de la fiesta... también es verdad que, eso, las gordas se presupone que somos las simpáticas, las amigas de las otras... (Marcela)

Esta idea ha sido largamente sustentada en el cine, la literatura y la televisión, donde el papel protagonista suele estar desempeñado por mujeres bellas y normativas y los personajes gordos, de haberlos, se dedican a facilitar la vida de aquellas, sirviendo a sus necesidades, mientras olvidan las propias, retratando una idea romántica de la amistad que eleva los estándares para las personas gordas en la realidad. Porque ellas siempre han de demostrar más que las demás, han de esforzarse más para suplir la carencia de esfuerzo atribuida al tamaño del cuerpo, sobre todo en el terreno laboral.

En los contextos de selección de personal, a las personas gordas se las ve como personas vagas. Parte de su esfuerzo a la hora de ser seleccionadas para un trabajo consiste en desmontar esa idea, y otra parte en alcanzar la demandada «buena presencia»:

«Requisitos: buena presencia». ¿Qué es buena presencia? Entonces, buena presencia suele ser ni gorda, ni pobre, ni negra. (Emilia)

[...] siempre que he ido a entrevistas de trabajo he ido con el miedo de que no me cogieran por el sobrepeso. Porque dicen, y seguro que es verdad, que... como que es un punto negativo. Normalmente... si tienen dos candidatas iguales y una tiene mucho mejor físico que la otra, se la coge a la primera. (Concepción)

El principal problema de este tipo de discriminación es que, al no haber conciencia antigordofobia, debido a que la conversación está solo recientemente abierta, muchas de las personas que la ejercen, incluso personas gordas —violencia simbólica— no saben que lo están haciendo. Se ha demostrado en abundantes ocasiones que los seres humanos favorecen, de manera inconsciente, a las personas bellas, sobre todo si se trata de mujeres y, dado que la gordura no se ve nunca como bella, las personas gordas juegan con esta doble desventaja de la falta de belleza y la estigmatización de las personas gordas como vagas. El efecto Pigmalión, muy presente en nuestra sociedad, otorga de manera inconsciente capacidades a las personas normativas, mientras se las arrebatata a las personas no normativas.

La precariedad laboral afecta a las personas gordas que se encuentran con una barrera de acceso al mercado laboral. Es habitual que se vean obligadas a aceptar empleos por debajo de su preparación, dificultando incluso la adquisición de arrojo para postular a puestos superiores: «[...] mi percepción de mí misma en el trabajo también era muy baja, es muy baja» (Elisa). No solo eso, una vez dentro de la empresa, corren el riesgo de sufrir otras consecuencias:

[...] me hicieron *mobbing* por gorda. O sea, así de sencillo, y de cruel. [...] lo denuncié por medio de los sindicatos y entonces, tardó un tiempo, estuve de baja, tardó un tiempo y me... me sacaron de ahí. De donde... de donde estaba. [...] eran todo mujeres. Y las... y mis jefas también mujeres. Y además miraban hacia otro lado. (Marcela)

Cuando el acoso escolar parecía quedar atrás, de nuevo se encuentran con experiencias de acoso laboral, por el único motivo de poseer un cuerpo grande. ¿Es esto causa del constante bombardeo que produce la sociedad en contra de la gordura? ¿Estas personas encontrarían una excusa para odiar de cualquier otra manera, o el pánico moral en torno al peso ha hecho mella en ellas?

Por otro lado, ¿qué ocurre con la vida sexual de las personas gordas en un mundo que no encuentra la gordura ni bella ni deseable? Las personas gordas jamás son retratadas como personas deseadas ni deseantes, como si la sexualidad se hubiera diluido en sus cuerpos. La elección de pareja sexual en base a la belleza, sobre todo en el caso de las mujeres heterosexuales, limita sus opciones sexuales:

Siento que quizás no decidí no salir de noche porque yo sea una persona de poca broma, ¿sabes? O de poco... No, no. Sino... Quizá pensaba: «Probablemente yo no vaya a tener la vida que tienen mis amigas», es decir: «Probablemente yo vaya a esta discoteca y no ligue con nadie por mi gordura». (Rosalía)

En esta área es muy evidente la autolimitación en que incurren las mujeres gordas, conocedoras del funcionamiento de los mecanismos sexo-relacionales, a consecuencia de las vivencias previas. Es decir, ellas mismas actúan como técnicas de mantenimiento del sistema opresor, como censoras, evitando exponerse a situaciones que puedan ser violentas o humillantes:

A mí me costó mucho y me cuesta mucho hoy en día abrirme a ligar, por ejemplo. Es una cosa que, claro, yo me... me construí en la adolescencia y tal, porque te construyes cuando eres gorda sabiendo que tu cuerpo no es deseable, que tu cuerpo... tú no puedes tampoco desear. Te quitan, te anulan la sexualidad completamente [...] (Emilia)

Las personas gordas ocultan su deseo porque no saben cómo manifestarlo, no tienen referentes de personas gordas deseando o siendo deseadas, así que se centran en otras áreas de su vida. Pero también es interesante analizar por un momento el tipo de hombres que atrae a las mujeres gordas heterosexuales:

A mí nunca me ha gustado el guapo de mi instituto. ¿No me gusta el guapo del instituto porque realmente no me gusta ese prototipo de hombre o porque yo me he educado en que ese tipo de hombre nunca se va a fijar en mí? (Elisa)

La vida, los referentes culturales, las experiencias propias y de las amistades, muestran a diario que las mujeres que viven vidas apasionantes, llenas de emociones y sensaciones, son las mujeres delgadas, las normativas. Hemos aprendido de manera silenciosa, por omisión, que las mujeres gordas solo pueden desear la vida de las delgadas, que a ellas les ha sido negada. A la hora de las relaciones heterosexuales, la idea imperante en el imaginario social es que los hombres, en general, solo se fijan en las mujeres guapas y delgadas. ¿Puede ser este el motivo por el que ellos también creen que solo pueden fijarse en ese tipo de mujeres?

¿Por qué a los hombres hetero les gustan más las mujeres delgadas? Esto no es real luego en la vida, o sea, yo he ligado siempre la hostia. [...] Realmente no es cierto, pero les enseñan a que tienen que... o sea, que las mujeres tienen que cumplir unos estándares para complementar su deseo. (Elisa)

Otra de esas ideas deterministas que ha calado en nuestra sociedad es que el gusto es innato y no se puede luchar contra él, pero lo cierto es que cuando se habla de belleza observamos que el canon ha ido cambiando del mismo modo que ha cambiado el gusto de las personas en cada época. La construcción social del deseo segrega y jerarquiza corporalidades. De nuevo, la falta de referentes nos niega la



posibilidad de encontrar belleza o atracción sexual en otras formas, en otros cuerpos. Es importante no limitar la mirada a aquello que nos brindan los medios y las redes sociales, porque nos construyen una idea única que, en definitiva, responde a un interés, que es el de crearnos la necesidad de cambiar nuestro cuerpo para que invirtamos dinero en ello. Pero, si abrimos el espectro, recuperaremos la idea de que todos los cuerpos y las personas que los habitan son bellas, que por supuesto que un cuerpo gordo puede despertar deseo sexual, y que la belleza en realidad no es tan importante para relacionarse sexual y/o afectivamente con otras personas y sus cuerpos. Este ejercicio, el de consumir imágenes de cuerpos diversos, es también muy útil para mirar el cuerpo propio con amor y aceptación.

Los cuerpos gordos soportan también varios mitos, en cuanto al sexo. Por un lado, está la creencia masculina generalizada de que las mujeres gordas son más complacientes en la cama para compensar el tamaño de su cuerpo, o para agradecer el haber sido escogidas. Por otro, son fetichizadas, reducidas a objeto sexual exótico, objetivo a alcanzar y rellenar en una especie de apuesta patriarcal, al igual que lo son, por ejemplo, las mujeres no blancas.

¿Responden las relaciones lésbicas a los mismos patrones que las heterosexuales, o el hecho de ser disidencia coloca el deseo en otro punto desde el primer momento? Luz considera que «[...] hay muchísima más laxitud y relajación entre las parejas lésbicas que en las parejas heterosexuales» (Luz). La gordofobia se nutre de todos los demás sistemas de opresión, donde la heterosexualidad, el binarismo y lo cis están en el centro, donde hombres y mujeres tienen sus roles perfectamente delimitados y, el mismo mecanismo que los privilegia, es el que los encorseta y conmina a cumplir con la norma. En el momento en que se rompe uno de esos corsés y las personas se reconocen como gordas, como queer, como lesbianas, etc., pueden comenzar a trabajar en su identidad más libremente, huir de los designios maniqueos de una sociedad que no les acepta. ¿Puede eso explicar la afirmación de Luz?

Pero no es únicamente en el entorno sexual que las personas gordas se autolimitan a causa de la violencia recibida. A lo largo del análisis del material etnográfico hemos podido detectar situaciones en las que las mujeres entrevistadas se han puesto frenos antes incluso de haber vivido una situación violenta: «[...] aunque no te lo digan, aunque no te digan nada, hay un punto en el que, ¿sabes? Notas cosas [...]» (Rosalía). Sin embargo, muchos de esos límites externos —que ellas hacen propios— son más evidentes de lo que podamos pensar: los ha invisibilizado la reiteración y la cotidianidad. Hablamos, por ejemplo, del caso de los asientos, de la ropa, y de todos esos pequeños detalles que utiliza la sociedad para decir a las personas gordas que no caben. El problema reside ahí, precisamente, en que los espacios pequeños van acompañados del discurso de que lo «normal» es caber en ellos, y que lo que se sale

de esa norma es lo incorrecto. Lo que dificulta llegar a la conclusión real: los cuerpos gordos existen, por tanto, tienen derecho a ocupar el espacio que ocupan y a disponer de asientos que los alberguen. Por contra, los puestos asignados a las personas son cada vez más pequeños porque el sistema busca aglutinar cada vez más gente en la menor cantidad de espacio posible para obtener mayores rendimientos económicos, por lo que la lucha va a ser complicada en esta área.

La consecuencia que están sufriendo las personas gordas en este momento es el tener que renunciar a acudir a espectáculos de ocio porque las butacas no son lo suficientemente anchas, tener dificultades a la hora de volar, comprobar por adelantado el tipo de sillas de los locales a los que asistirán, y un largo etcétera. Comprar mobiliario para el hogar, asistir de visita a casa de amistades, practicar actividades como tirolina o escalada, adquirir máquinas caseras para ejercitar el movimiento o simplemente querer vestirse o disfrazarse se convierten en una yincana para las personas gordas, que han de dedicar más horas a la búsqueda y hacer mayor inversión para la adquisición, si es que llegan a poder acceder a ello:

[...] ya no voy al Parque... al Parque Warner, por ejemplo, que me chifla. Me encanta. No, porque... porque el culo se me encaja en las montañas rusas, que son las que a mí me gustan. Y cuando bajan la barra... Y... pues mira, eso es una cosa que he dejado de hacer. (Concepción)

[...] era una silla de esas de tijera, de esas de madera. Sentía que aquello iba hacia abajo. Ya no me apoyé, no llegué a reposar el culo, como te imaginas. Yo tuve agujetas en lo que es así la parte desde la ingle hasta la rodilla igual 4 días [...]. (Rosalía)

En conclusión, la presión ejercida por la sociedad lleva a que nosotras mismas seamos nuestras mejores opresoras en el día a día, limitándonos y dejando de hacer cosas que sabemos de manera táctica que van a suponer un motivo de burla o de lástima, un exponerse al mundo, un mundo que no nos quiere y al que le damos razones para no querernos, por el mero hecho de ser. No es lo mismo para una persona delgada que para una persona gorda sudar, ser torpe, gustarle la pizza o no tener demasiado interés en el deporte. Es difícil identificar los momentos concretos en los que hemos recibido esos mensajes porque la gordofobia es un sistema muy engrasado socialmente, y recibimos *inputs* de todo tipo constantemente, de la publicidad, de las series y películas que vemos, las canciones, los libros y, más recientemente, de las redes sociales. De nuestro entorno cercano, amistades, personas conocidas, familia que nos dicen que vamos a sufrir una serie de consecuencias en nuestra vida por ser gordas, tratando de argumentarnos que lo mejor que podemos hacer es perder peso. Con toda esta información, nosotras dejamos de salir de noche, de bailar, dejamos de creer que podamos desear y ser

deseadas, de postular nuestra candidatura a ese puesto de trabajo, etc., en espera de adelgazar y entrar en el canon, que será cuando por fin podamos llevar la vida que lleva todo el mundo. Pero no es la gordura la que nos limita: es la gordofobia.

#### 4. GORDOFOBIA MÉDICA

Como ya vimos, la familia ejerce de vía de entrada al sistema médico para las personas gordas, cuyas primeras visitas a la consulta de medicina familiar consisten en una evaluación de la idoneidad de sus cuerpos, y culminan con una dieta. Esta relación entre dieta y salud se normaliza hasta el punto de que no se cuestiona en ningún momento la conveniencia del método para perder peso, ni la necesidad de perderlo para mejorar la salud, más allá de la demanda estética imperante. En muchos casos se deja de consultar a profesionales de cabecera para buscar la experiencia de clínicas centradas en la pérdida de peso. Clínicas estéticas que cuentan con profesionales en medicina, física o mental, para reforzar dicha relación ilusoria entre dieta y salud, aprovechando el denominado poder de la bata blanca.

Lo que pasa es que en mi cabeza sí que es cierto que todo el tema de dieta y nutrición no cuento con la pública. Es como si me dijeras el dentista. ¿Sabes? Tú tienes un problema en la boca y no te planteas, yo por lo menos no me planteo ir al médico de cabecera y decirle que me duele la boca, porque sé que lo máximo que van a hacer va a ser sacarme la muela. Entonces, me voy a un dentista. Pues un poco mi mentalidad con las dietas es esa. ¿Sabes? Es que no van a hacer nada y que directamente me tengo que buscar la vida por ahí. Eso quería decirte. Lo trato como el dentista. O sea, en mi cabeza dentista, médico y te diría el psicólogo están a la misma altura [...] (Luz)

Si partimos de la premisa de que las dietas no funcionan y de que ponen en riesgo la salud de las personas que las llevan a cabo, es fácil concluir que estas clínicas son una importante fuente de gordofobia, y una de las patas que sostienen la tiranía estética en nuestra sociedad. Teniendo en cuenta, en este caso, el material etnográfico recopilado, nos encontramos con que 3 de las mujeres entrevistadas han acudido a clínicas de adelgazamiento, 2 de ellas exactamente a la misma: la desaparecida Clínica Ravenna.

La clínica ofrecía una característica forma de afrontar la pérdida de peso —lo que le dio fama al sistema y a su fundador—, simulando el funcionamiento de centros de desintoxicación, al tratar la gordura como el resultado de la adicción a la comida. Además de la dieta hipocalórica y el equipo multidisciplinar formado por profesionales

de psicología, nutrición y medicina, durante todo el día se ponían a disposición de la clientela<sup>9</sup> grupos de apoyo de hora y media de duración.

[...] la idea era durante un tiempo tomártelo como si fuera un tratamiento médico y restringir la comida, pero sabiendo que era temporal [...] Esto se reforzaba... se reforzaba en modo secta. Que yo misma lo decía desde el primer día que llegué. O sea, se hacían reuniones diarias a las que tú podías acudir o no, y en esas, pues cada una contaba cómo se encontraba, si había podido llevar bien el día o no, qué tentaciones... si había tenido alguna tentación o no, aunque de comida... la comida no debíamos nombrarla porque decía que podía abrir apetitos. Y entonces era un ambiente muy... una secta, ¿sabes? [...] Y... ¿La idea? Nunca dijeron esto, ¿vale? Nunca dijeron esto. Pero a mí lo que me... lo que en mi cabeza, con terapia y tal, luego me di cuenta de que lo que en mi cabeza sonaba era: «No puedes ser feliz de ninguna manera si no estás en tu peso. O sea, tienes que aspirar a eso como sea, no es opcional». Y en las charlas pues hablábamos de una serie de ventajas y desventajas, de alegrías por el descenso y de cosas que ya no nos iban a pasar y de inconvenientes, y de por qué podíamos adelgazar y todo el rollo. O sea, era un ambiente muy envolvente que te ayudaba mucho a mantener la dieta. (Concepción)

Estas prácticas son una perfecta representación de la gordofobia que se respira socialmente, donde se señalan las dificultades que se encuentran las personas gordas, obviando que la mayoría son causadas por la gordofobia, no por la gordura. Las citas médicas refuerzan la idea de que la gordura no es sana, cuando el control médico que se ejerce en realidad es necesario para evitar posibles consecuencias de una dieta tan restrictiva. Paradójicamente, se desaconseja el ejercicio intenso, ya que los cuerpos no están consumiendo suficientes recursos para enfrentarse al mismo y, tras un tiempo, es necesario acompañar el proceso con suplementos debido a las carencias de la ingesta.

Esta clínica en concreto ha desaparecido, pero el mismo modelo o similar puede ser encontrado abundantemente a nuestro alrededor. Los mensajes publicitarios que se encargan de captar clientes están cargados de gordofobia, y no dudan en utilizar cuestiones de salud que poco o nada tienen que ver con la gordura para atraer otro tipo de clientes:

[...] empecé a tener muchos problemas de piel, de dermatitis [...] mis padres me llevaron a una clínica privada que te hacían unas pruebas de intolerancia, para ver si era algo alimentario [...]. Yo lo llamaba la clínica de desintoxicación. O sea, el trasfondo era: «Vas a adelgazar». Porque esa clínica la conocimos porque un compañero de mi padre fue a adelgazar. Entonces, el trasfondo era: «Vamos a este

---

<sup>9</sup> Estos establecimientos denominan «pacientes» a las personas que acuden a los mismos, pero aquí vamos a evitar esta palabra por imprecisa, al reforzar la relación —que precisamente se pretende romper— entre dieta y salud.

sitio a que te digan qué intolerancia tienes, porque eso es lo que te hace estar gorda». (Emilia)

Asistir a consulta médica por una dolencia y salir de la misma con una dieta — hipocalórica y fotocopiada— en la mano es un escenario muy habitual también en el sistema biomédico. No importa si la dolencia referida pueda llegar a tener relación alguna con el peso o no, porque no va acompañada de pruebas que avalen el diagnóstico visual realizado por el o la profesional de la salud. Y, en caso de no señalarse la gordura como causante de la dolencia referida por la paciente, tampoco se deja pasar la oportunidad de destacar la cuestión añadida a la que se debería atender: en esa faceta normalizadora de la salud que ya abordamos, se presupone falta de salud en la gordura y el deseo de la paciente por solucionarlo.

Él me dijo que «Bueno, también tienes un poco de sobrepeso». Yo estaba hablando en la garganta. Entonces yo le dije «sí». Y claro, él hizo un gesto con la cabeza como (gesto de disgusto). (Rosalía)

A pesar del carácter científico de la alopátia, acudir a consulta médica no deja de ser un ritual que contribuye en cierta medida al confort de las pacientes (Ehrenreich 2018). Informar de una dolencia o preocupación a una persona profesional y experta en la salud, obtener una hipótesis, someterse a una prueba y obtener un diagnóstico, es un proceso al que las individuos se someten repetidamente a lo largo de su vida, sobre todo si el resultado final es la aprobación, la confirmación de la «normalidad» recuperada. Este es un ritual que se ha negado a las personas gordas de múltiples formas, bien porque las hipótesis siempre están relacionadas con el tamaño de su cuerpo, bien porque no son sometidas a las pruebas pertinentes, bien porque nunca obtienen el sello de «normalidad», única y exclusivamente debido al tamaño de sus cuerpos. En cambio, lo que sí experimentan, en mayor medida, son los denominados por Barbara Ehrenreich (2018) «rituales de humillación», en forma de la eterna dieta, o de otros mecanismos a disposiciones de las y los profesionales médicos para forzar la pérdida de peso en las pacientes.

El primer encuentro con dicho ritual se produce a tierna edad. Las familias, en concreto las madres, acompañan a las hijas en la infancia y/o adolescencia a la consulta de medicina de cabecera con la petición directa de una dieta, sin que medie justificación alguna más allá de la tiranía estética imperante. Las y los profesionales consultados en estas situaciones, lejos de sorprenderse por dicha petición, conducen un ritual destinado a avalar la necesidad de responder a la misma. Pesar y medir a la menor corrobora la decisión que, de igual modo, ya había sido tomada mediante diagnóstico visual. Pero esas dos sencillas acciones soportan la objetualización que la paciente ya estaba sufriendo en su entorno al reducir su valía al tamaño y forma de su cuerpo.

Mi primera dieta fue con 8 años, que yo me acuerdo de... eso... ir a un endocrino privado, además, me llevó y me tumbaron en una camilla, me pusieron un montón de electrodos y tal... —que yo decía qué me está contando esta gente—, la dieta fotocopiada y ya está. (Emilia)

Recuerdo perfectamente, tengo como una imagen de una consulta, ¿no? De unas gráficas. De repente unos índices que se disparaban. Fíjese, su hija está, no sé, me lo voy a inventar, ¿no?, en el 3, en el 4. Y supuestamente tendría que estar en el 1, ¿no? Imagínate. O en el 0. No sé, no sé exactamente de qué iba aquella movida, yo era muy pequeña. (Rosalía)

A partir de este primer diagnóstico no solicitado, en el que las pacientes son informadas de la desviación de su cuerpo de la normalidad, respecto de tablas estadísticas despersonalizadas en su poder, las situaciones de violencia se reproducirán en diferentes modalidades y grados de agresión. Las dietas no funcionan, por lo que a la pérdida inicial de peso seguirá una recuperación del mismo, concluyendo con la culpabilización de la paciente por parte del o la profesional. Además de servirle un método despersonalizado que no funciona, pone en marcha en la persona gorda un mecanismo de normalización de las dietas constantes, donde cada vez tratará de probar que es capaz de hacerlo bien. La agresión de este sencillo acto de tender una dieta es doble: física y mental.

Al ser la gordura considerada un factor de riesgo en la salud de las personas por parte de organismos como la OMS (2021), es fácil relacionarla con prácticamente cualquier dolencia. El peligro que entraña esto es, de nuevo, la prognosis visual, que impide la realización de las pruebas pertinentes, evitando el diagnóstico y tratamiento correcto. En muchas ocasiones, el retraso en el diagnóstico culmina en iatrogenesis: ocasionar un problema, incluso crónico, a la paciente:

[...] desde el 2013 me salió como un lipoma, un bultito de grasa pequeño en la ingle. Entonces, yo fui al médico, me dijeron que eso con dieta se me quitaba solo. Y yo empecé a hacer dieta y eso no se quitaba. Y ya sabemos qué pasa con las dietas, que volví a subir de peso. Cuando el bulto se hacía más grande [...] volví a ir y el médico me dijo que para operarme y quitarme ese bulto [...] tenía que pasar por la bariátrica. [...] Entonces en el 2021 me operaron [...] si eso se hubiera quitado cuando era un lipoma pequeño, no hubiera malignizado, al... no hubiera llegado al ganglio linfático, no me lo habrían tenido que quitar y, evidentemente, el linfedema no lo tendría. (Marcela)

De igual modo que en el entorno laboral se tiene a las personas gordas por vagas, en el entorno de la salud se realiza una asunción de sus hábitos, se concluye que comen en exceso y se mueven poco, lo que contradice dos de los principales mantras médicos: dieta y ejercicio. Esta asunción se acompaña de otras como falta de voluntad, dejadez, baja autoestima, que obstaculizan las recomendaciones de

tratamiento, al creer que no van a ser realizadas por personas con esas características, e incluso ponen en tela de juicio la credibilidad de la paciente.

Barbara Ehrenreich (2018) señala que la relación entre profesional médico y paciente es desigual porque, a pesar del camino hacia realidades más diversas de las últimas décadas, hay una diferencia de clase social y poder adquisitivo que, sumada al conocimiento del área de dominio de aquellos, ejercen un poder sobre estas.

Pues el médico, pues que tiene más... no sé, más autoridad en la materia, pues ¿cómo no me lo voy a creer? (Marcela)

Esta situación de poder de las y los profesionales de la salud, sumada a la asunción mencionada en el párrafo anterior, impide que se ponga en marcha un mecanismo básico para la curación de las pacientes. Si esta debería producirse con la combinación del conocimiento experto de la materia por parte del médico o médica, y el conocimiento del propio cuerpo de la paciente y su derecho a decidir, en este escenario la persona gorda es despojada de su agencia, tratada de manera paternalista y obligada a acatar las decisiones tomadas en exclusiva por el personal médico.

Y le pedí que me derivara a la psicóloga y me dijo que no, que no, que no, que adelgazase y que ya se me iba a quitar todo y que tranquilamente. Que adelgazara, que adelgazara y punto. (Emilia)

A medida que pasan los años y se concatenan las dietas, sin alcanzar los resultados buscados por el sistema médico, es frecuente que el discurso cambie y, de recomendar como tratamiento una dieta, se pase a recomendar la cirugía bariátrica. Recomendación que, en ocasiones, se vuelve presión ejercida desde varios profesionales:

Fui a 3 [médicos] diferentes y todos me dijeron que tenía que pasar por la bariátrica porque tenía que perder peso para que me pudieran quitar ese bulto [...] en el informe de después de la operación [...] me pone: «La solución es la bariátrica, pero sigue sin querer». (Marcela)

La recomendación de una cirugía de este calibre debería ir precedida de pruebas y de una situación en la que la paciente esté refiriendo dolencias que justifiquen la entrada a quirófano, al menos más graves que las posibles consecuencias de la propia cirugía. La recomendación de esta intervención con la sola visualización del cuerpo gordo no está relacionada con la salud, sino con el pánico moral desatado en torno a la gordura y las connotaciones peyorativas que se atribuyen a las personas gordas. Es posible que aquí también esté la causa de violencias más explícitas que se producen en consulta:

[...] me preguntó si hacía algo de ejercicio y tal. [...] Entonces le dije: «Sí, voy al gimnasio», entonces me dice «Pero, ¿vas al gimnasio a leer el periódico o a hacer lo que tienes que hacer [...]?»». (Rosalía)

[...] le pedí la baja unos días porque ya llevaba esperando 20 días para verla y me tiró los papeles al suelo. O sea, la documentación me la tiró al suelo. Yo iba con muletas y entonces en ese momento no me podía agachar, y entré sola a la consulta. Entonces, con las muletas le di a los papeles para afuera y la gente que estaba afuera me recogió los papeles. (Marcela)

Igual que ocurre en la familia, que ejerce presión sobre las personas gordas para espolearlas a perder peso, en el entorno médico es habitual el uso de medidas violentas en un intento, desde su punto de vista, de abrir los ojos de la paciente a la realidad que está viviendo. Enumeración de las posibles consecuencias de la gordura, utilización de palabras como *obesidad mórbida*, o pesar a las pacientes a la vista de otras personas, son algunas de las prácticas «de choque» que algunos y algunas profesionales llevan a cabo en un intento de que la paciente tome conciencia de su situación. Como veremos en el siguiente capítulo, estas estrategias no solo no obtienen el resultado pretendido, sino que además ponen en riesgo la salud mental y física de las personas, que no dudan en ningún momento que la información propiciada por su profesional de la salud es cierta.

Prueba de que en la gordura el problema es más un pánico moral que un real riesgo para la salud, es que todas estas violencias que estamos refiriendo no ocurren en el caso del tabaquismo, por ejemplo. Nadie pondría en duda los riesgos que dicho hábito tiene para la salud de la persona fumadora y para su entorno. En cambio, ante una persona gorda con tabaquismo, este último apenas es abordado, encontrando incluso situaciones como la siguiente:

Fuimos a mi médica de cabecera, que la verdad que esa señora majísima, buenísima... eh... pero me dijo: «Toma la dieta». [...] Además le dije: «Fumo, tal, cual». Y me dijo: «Buah, me da igual que fumes porque te va a controlar la ansiedad de la dieta también». (Emilia)

Por otro lado, hemos hablado de violencias en las que las pacientes no eran sometidas a determinadas pruebas al atribuirse su dolencia directamente a la gordura, con la única herramienta de la diagnosis visual. Pero, en ocasiones, es posible encontrarse también con la situación contraria, en la que se realizan pruebas a la paciente con el fin de encontrar dolencias asumidas por el o la profesional a tenor del tamaño del cuerpo, o con la sobremedicalización, sobre todo en salud mental, de situaciones que para personas delgadas tendrían tratamientos más conservadores:

Cuando fui al psicotécnico para renovar el carné de conducir [...] me dijo «bueno, vamos a mirar la tensión». ¿Mirar la tensión? [...] Yo no conozco a nadie al que le



hayan... porque de hecho después yo lo pregunté en plan «Pero ¿os medían la tensión y no sé qué?», a mi padre, a mis amigas, a... nadie [...]. (Rosalía)

Y cuando estaba embarazada me hicieron la curva de la azúcar 2 veces. Que yo nunca he tenido problemas de azúcar. O sea, no... ningún problema, y me la hicieron 2 veces. También por mi peso. (Elisa)

Conviene reseñar esta violencia también en entornos obstétricos, dado que la gordofobia intersecta con la violencia obstétrica y resulta difícil identificar ambas y situar dónde termina una y comienza la otra. Esa violencia recibida solo por ser una mujer en proceso de embarazo y parto puede verse agravada por las percepciones generalizadas que ya hemos ido abordando: aquellas que definen a las personas gordas como vagas, y con falta de autocontrol. A lo que se suma la información que existe en los entornos médicos acerca de los riesgos que se supone produce la gordura en el embarazo. Es posible que en este período de la vida de una mujer las exhortaciones a adelgazar se multipliquen, la exposición de riesgos se magnifique, con la consiguiente intranquilidad de la futura madre, que se ve privada del disfrute del proceso y de la relajación que siempre se recomienda a las mujeres embarazadas. La obsesión durante estos meses será la de no subir de peso más de lo estipulado, de nuevo, por «las tablas» y, posteriormente al parto, la de recuperar el peso de 9 meses antes.

Y me viene una enfermera enjuta y con muy mala hostia y me dice [...]: «Bueno, es que tú con tu edad y con tu peso, te va a costar mucho quedarte embarazada». [...] Y, entonces, me puso a dieta, una dieta espantosa. Pero bueno, pues por la llamada de la maternidad dije: «Venga, la hago». Y me dieron el ácido fólico y al mes estaba preñada ya, después de eso, entonces la llevé el *Predictor* así y la dije: «Mira: la gorda vieja se preñó». (Elisa)

La violencia que encuentran las personas gordas en el entorno médico no se limita al mal trato y a las consecuencias del mismo por parte del personal médico, sino que también abarca el instrumental médico, los posibles tratamientos o la falta de estudios que incluyan rangos más amplios de diversidad corporal. No se trata de crear dos tipos de maquinaria —aparatos de TAC, ecógrafos, etc.—, una para personas normativas y otra para personas gordas, sino de que la maquinaria sea única, con la capacidad de albergar más tipos de cuerpos. Cuando hablamos, según algunas estadísticas, de que las personas por encima del peso estipulado como ideal por el IMC suponen más del 33%, hablamos de un número considerable de personas que tienen el derecho ser atendidas, tratadas y diagnosticadas como los dos tercios restantes de la población.

En conclusión, a las personas gordas se les ha negado la posibilidad de beneficiarse de los rituales de salud que están al alcance de las personas delgadas, al tener que

enfrentarse recurrentemente a violencias gordofóbicas, que van desde la no tan inocente recomendación de hacer dieta, sin ser informadas para ello más allá de lo que indica una hoja fotocopiada, hasta la presión para someterse a cirugía bariátrica o ser negadas las pruebas o el tratamiento para su dolencia, pasando por otros escenarios como los comentarios insultantes o irrespetuosos. Las consecuencias de toda esta violencia las vamos a conocer en el siguiente capítulo.

## 5. CONSECUENCIAS DE LA GORDOFOBIA MÉDICA DESDE EL CORPUS ETNOGRÁFICO

A la hora de analizar las consecuencias de la gordofobia médica encontramos consecuencias estrechamente vinculadas con sus posicionamientos sobre las prácticas relacionadas con el trato médico, la asistencia a las consultas, etc., y otras cuya relación se diluye pero, tras abundar en ella, se puede llegar a identificar la implicación que la sustentación de la gordofobia médica produce en determinadas violencias sociales y, por tanto, en las consecuencias de las mismas. Sin el pánico moral creado desde las instituciones sanitarias y los gobiernos que las apoyan, sin el argumentario que lleva a relacionar salud y delgadez, muchas otras violencias en ámbitos diferentes al médico no se producirían. Es por ello que, tras plasmar las consecuencias directas de la gordofobia médica, veremos también las consecuencias indirectas.

La gordofobia médica enferma y genera malestares a las personas gordas. Marcela ha relatado, durante su entrevista, impactos directos de la gordofobia en su salud que la han acercado peligrosamente a la muerte:

[...] hace unos años yo estaba con un resfriado así... o yo pensaba que era resfriado, que no respiraba bien. Y fui a mi doctora de cabecera, me dijo que... me mandó unas pastillas pues para abrir el pulmón, que si era un resfriado, que tal. Volví al mes cuando se me terminaron porque sigo sin respirar y cada vez menos. «¡Ah! Entonces —me dijo—, entonces eso es porque tienes que bajar de peso. Eso es porque eres gorda y entonces te da ansiedad y te voy a mandar unas pastillas para la ansiedad y una dieta». Y yo cada vez sin poder respirar. Y hubo un momento en que no podía ni ducharme. Y me faltaba la respiración. Fui y me dijo: «Ahora eso es porque no estás haciendo bien la dieta y te voy a mandar vahos de eucalipto». Yo, de verdad, lo cuento y es una cosa... Y siempre «¿Has bajado de peso? Eso es porque no has bajado de peso. Eso es porque no bajas de peso». Bueno, pues a los 3 meses entré por urgencias, me quedaban 2 horas de vida: lo que tenía era un tromboembolismo pulmonar. Y entré en UCI. (Marcela)

El corpus de conocimiento médico creado alrededor de la gordura como factor de riesgo en la salud de las personas, sumado a creencias sociales acerca de la personalidad y capacidades de las personas gordas, atraviesan los procesos de

escucha en las consultas. En algunos casos, como este, se traduce en que el personal médico no toma en serio las dolencias referidas por pacientes gordas, que son conminadas a adelgazar constantemente, o diagnosticadas con patologías mentales que asocian a la infelicidad que, como no puede ser de otro modo, causa el tener un cuerpo gordo.

El caso de Marcela puede parecer extremo y poco frecuente, pero el sistema gordofóbico que habitamos ha creado las condiciones para que esto suceda reiteradamente. Cabe, pues, preguntarse: ¿la gordofobia médica es un factor de riesgo mayor que la propia gordura?

No todas las consecuencias directas son tan graves, pero no por ello afectan menos a las vidas de quienes las sufren. El material etnográfico también contiene casos de iatrogenia: dolencias secundarias, incluso crónicas, causadas por un retraso en el diagnóstico e intervención en la dolencia primaria, ya que en primera instancia se recomendó adelgazar a la paciente para ser merecedora de tratamiento: «[...] a mí se me ha quedado un linfedema en la pierna de por vida» (Marcela). Adelgazar —en el caso de que la paciente consienta someterse a ese proceso, siendo la vía la dieta, que produce un rebote tarde o temprano— es un proceso que requiere de un tiempo para llevarse a cabo. De manera constante se está demorando un diagnóstico y un tratamiento a personas gordas, en espera de que dejen de serlo, lo que se puede traducir en la negación de la asistencia universal. Mientras se espera que esa delgadez llegue, las personas gordas no solo están privadas de asistencia, sino que además están dañando su cuerpo y su mente si están tratando de seguir la dieta restrictiva fotocopiada de turno.

[...] yo he llegado a oscilar en un año 135 kilos. O sea, entre lo que he perdido, que yo empezaba con 80 y me quedaba en 70 y subí a 90 y me quedaba... Si tomas lo que he subido, lo que he bajado, yo he oscilado 130 kilos en un año. (Luz)

La violencia recibida constantemente en consulta lleva a estas personas a retrasar reiteradamente las citas médicas para evitarla, con el consiguiente riesgo de no ser diagnosticadas o tratadas a tiempo, o de mantener un sufrimiento innecesario, a la par que se produce una situación mental de estrés ante la próxima cita.

[...] yo llevo retrasando una cita, pues eso, para la ansiedad, la llevo retrasando 2 meses. Casi. Y cuando la tengo, el día de antes digo: «Cambiar por otra más... dentro de 2 semanas». Porque sé que en cuanto entre por la puerta me va a decir: «Es que estás gorda». Para que me diga eso, me lo digo yo. (Emilia)

[...] no me gusta mucho ir al médico, pues lo retraso todo lo posible, salvo el dentista, lo retraso todo lo posible [...] (Rosalía)

[...] es verdad que tengo resistencia a ir a algunos especialistas porque me temo que me van a decir, eso, lo de: «Tú lo que tienes que hacer es adelgazar». (Concepción)

Yo esta semana tengo varias citas y... varios días las he cambiado para el mes que viene porque no puedo psicológicamente soportar eso. O sea, voy fuerte, pero no salgo siempre fuerte. (Elisa)

Existe, por un lado, una grave pérdida de confianza por parte de estas mujeres en el sistema médico, algo que para el resto de la población supone una tranquilidad, un amparo en el caso de perder la salud, un rito de paso en el que se chequea que todo está bien (Ehrenreich 2018). Por otro lado, las personas gordas comienzan a tener dificultades para identificar la conveniencia de asistir a consulta. ¿Es su dolencia lo suficientemente grave como para exponerse a la violencia médica? ¿Es lo suficientemente importante como para que el o la profesional sanitaria la aborde directamente, sin reparar en la cuestión del peso?

El discurso hegemónico de la gordura como factor de riesgo impacta en la manera en que las personas gordas perciben su salud y manejan los riesgos. Son tantas las dolencias que se advierte a las personas gordas que pueden sufrir, y tantas las veces que se mencionan, que un dolor en un brazo, o un pulso acelerado, pueden ser interpretados como el ataque al corazón con el que tantas veces se las ha amenazado —más que advertido—:

[...] se me aceleraba mucho el pulso, bueno, ese tipo de cosas, entonces mi primer pensamiento era que me estaba pasando algo, que tenía un ataque al corazón, que me estaba dando el ataque al corazón más largo de la historia, y por fases, pero, sí, sí, eso sí, sí me ha... sí me ha, me ha pasado, ahora intento que no me pase, pero eso sí me ha pasado un montón. (Rosalía)

Esta mezcla de emociones y pensamientos en torno al riesgo que viven las personas gordas afecta severamente a la salud mental —además de a la salud física, si no se llega a una conclusión correcta acerca de la actuación pertinente, dados los síntomas. Sin duda, afecta a la percepción del propio cuerpo, del propio bienestar y de la propia valía: se autoperciben como personas más vulnerables, en riesgo constante por un motivo que se supone que es responsabilidad suya. En algunos casos hay pruebas objetivas que reflejan realmente una mala salud, con dolencias con nombre y apellidos, previas o causadas por malas praxis derivadas de la gordofobia médica. Pero, en otros casos, las personas entrevistadas señalan mala salud referida a cuestiones subjetivas, que podrían estar relacionadas con el convencimiento de que los cuerpos gordos no pueden tener salud, de tan repetido que ha sido ese mensaje en sus vidas. Para emprender un camino de recuperación, las personas han de tener fe en el funcionamiento y la finalidad del mismo: es difícil emprender prácticas o hábitos en lo que no se cree de antemano, ante el convencimiento de que el cuerpo gordo nunca podrá alcanzar la salud sin adelgazar. Se produce aquí un proceso de indefensión aprendida (Seligman 1975).

El mensaje social acerca de los cuerpos gordos se ve reforzado por las instituciones sanitarias, con respaldo científico, con un cuerpo de conocimiento que las avala, con autoridad. Es difícil escapar de las consecuencias de ese *feedback* constante, que deriva muchas veces en ansiedad o depresión, llegando a entrar en la espiral de considerar el propio cuerpo o la propia existencia indigna de recibir atención sanitaria:

[...] te dicen... «Es que tienes depresión», por no decir algo... «No, tienes depresión porque eres gorda». ¡Pues no! A mí me han machacado toda la vida, la comunidad médica es la peor que me ha tratado. Entonces son ellos los que me lo han provocado. [...] que no nos digan que por gordas tenemos depresión porque no es verdad. No es por gordas, es por gordofobia. (Marcela)

Hoy día comienza a darse tímidamente más valor a la salud mental, pero sigue siendo la gran desatendida en los sistemas sanitarios, donde el abordaje recibido desde la Seguridad Social dista de cubrir las necesidades de las y los pacientes. Citas de 10-15 minutos cada 2-3 meses no son suficientes para facilitar herramientas ni para hacer seguimiento por lo que, aquellas personas en disponibilidad de hacerlo, terminan recurriendo a las consultas privadas, siendo evidente el peso de la posición social en el acceso a los servicios de salud. Todas estas presiones de las que hemos estado hablando derivan, en determinados casos, en afecciones de salud mental, por lo que las pacientes que han sido violentadas por gordas ahora se ven obligadas a invertir un tiempo y un dinero en revertir las consecuencias de aquellas violencias, teniendo que abordar de manera individual lo que es en realidad un problema colectivo. Nadie compensa a estas personas la pérdida de salud ni las medidas alternativas que se han visto obligadas a tomar para la recuperación de la misma.

Se me queda corta [la terapeuta de la Seguridad Social] totalmente, totalmente. Porque 10 minutos para decirme: «Lo estás haciendo bien, lo estás haciendo bien. No sé qué decirte y no sé qué decirte». (Marcela)

¿Soportarían las personas gordas determinadas situaciones que, si bien no son violentas, sí son insuficientes, en el caso de no haber recibido el constante mensaje de ser inválidas por el cuerpo que habitan? Resulta llamativo que las mujeres entrevistadas estén realizando renunciaciones que para ellas pasan desapercibidas:

Ahora mismo tengo un médico de cabecera que es súper seco. Y estuve un tiempo pensando en cambiarme porque el tío es bastante seco. Pero cuando voy a verlo voy súper tranquila porque ni una sola vez, pero ni una sola vez, de todas las dolencias que he ido en estos años, me ha dicho nunca nada del peso. (Concepción)

Esto tiene que ver con la violencia simbólica, de la que ya hemos hablado. Las personas gordas terminan por interiorizar el mensaje gordofóbico que reciben de manera constante, normalizando así la violencia que reciben (Bourdieu 2000, como se citó en Navajas-Pertegás 2021), con todo lo que eso supone: no solo no plantan cara

a la misma, sino que la continúan en forma de dietas, de posponer la vida en espera de adelgazar, normalizando a su vez la violencia recibida en otros entornos, etc.

Yo no veo la belleza en los cuerpos gordos. No la veo, no la puedo ver. Entonces yo no quiero eso para mí. Yo quiero sentirme atractiva. Quiero sentirme más joven, quiero sentirme más activa. Quiero sentirme bien. Y para mí, sentirme bien es estar en normopeso. Y cuando estoy fuera de ahí, estoy mal. Entonces soy gordófoba conmigo misma. (Luz)

[...] como lo doy por supuesto, de sí, claro, estoy gorda, vale, pues sí. «¡Adelgaza!». Sí, sí. «¡Tú lo que tienes que hacer es caminar!». Sí, sí, sí. Es que verás, me es mucho menos esfuerzo emocional y me resulta menos conflicto y más fácil salir de la situación decir: «Ajá. Ajá, ajá» que ponerme a decir: «Pues es que usted no sabe mi historial» o «No quiero adelgazar» o no sé qué. (Concepción)

El cuerpo, esa herramienta que nos permite movernos, sentir, vivir en definitiva, se convierte para las personas gordas en un enemigo, el factor que les impide realizarse plenamente como personas, ese defecto evidente para ser criticado, abiertamente o no, por toda persona que lo contemple. Las personas gordas, como consecuencia de la violencia sufrida en entornos sociales y reforzada por las instituciones sanitarias, castigan su cuerpo, lo someten a restricción alimentaria y a ejercicio excesivo por prescripción médica, evitan mirarlo en el espejo, entablan un diálogo negativo consigo mismas en el que repiten lo que se les ha dicho: que son vagas, que no tienen fuerza de voluntad, que no van a poder disfrutar de la vida que las demás personas sí. La distorsión puede llegar a la disforia corporal:

Yo tenía un recorrido... varios recorridos perfectamente trazados en mi cabeza para, durante mi jornada laboral, no pasar por delante de un espejo. Porque si estaba el día OK, bueno, no me importaba pero, si el día lo tenía torcido por lo que fuera, pasar por delante de un espejo me jodía viva. O sea, me... me destrozaba. [...] de repente me vi en el escaparate. Y no me reconocí. Digo: «Ay, esa soy yo». [...] Y de mirarte y no reconocerte es muy... brutal. Mirarte y decir: «¡Huy! No... no puedo ser yo esa que estoy viendo ahí, que tiene la cara más redonda, que tiene más barriga, que tiene más tal... que hace 1 año». (Emilia)

En segunda instancia, al desarrollo de una mala relación con la comida, que puede llegar a desembocar en TCA. Desoír constantemente las señales de hambre del cuerpo tiene como consecuencia dejar de ser conscientes de la necesidad de alimentarse y tener dificultades para identificar qué ingesta se necesita en cada momento, o a abusar de la sensación de placer que produce comer para compensar otras carencias. Varias de las mujeres entrevistadas refieren haber padecido un TCA o haber estado al borde del mismo, incluso continuar ahí. Las constantes restricciones que provocan las dietas producen también períodos de atracones y, todo ello en conjunto, un deterioro del sistema metabólico. Con todo esto conviven las personas gordas a lo largo de su

vida, así como con la búsqueda de formas de combatirlo: desde la dedicación de tiempo y dinero en terapia hasta la toma de consciencia de los engranajes gordofóbicos y el desarrollo de mecanismos de resistencia.

En el trabajo de campo emerge también la reacción bajo la forma de rechazo al movimiento, ya que «hacer ejercicio» es la recomendación reiterada que acompaña a la obligación de hacer dieta para perder peso. El movimiento que se requiere a una persona gorda que busca salud es diferente al que se requiere a una persona delgada que busca salud, puesto que en aquella se presupone que la salud pasa por adelgazar y, por tanto, el ejercicio ha de estar encaminado a «quemar grasa» y «reducir volumen». Se aboca a las personas gordas a asistir al gimnasio, donde serán asesoradas por profesionales del deporte. Pero la realidad es que ni un gimnasio es un lugar *fat-friendly*, ni el ejercicio se ajusta a sus preferencias, sino a las de las y los profesionales que deciden por ellas qué tamaño de cuerpo deberían ocupar. Ese nivel de exigencia en una actividad que no interesa realmente solo se puede mantener un tiempo, como ocurre con las dietas, rebotando en una situación de sedentarismo posterior, como ocurre con los atracones. Es decir, la exigencia constante que se realiza a las personas gordas de ocupar un cuerpo que no es el suyo las priva de tener una relación sana, adecuada, con la comida y el movimiento, tal como la llevan el resto de la población.

ya sabemos lo que es un gimnasio. Que no es sitio para hacer ejercicio, es un sitio para socializar y para que ciertos cuerpos y ciertos patrones de personalidades socialicen. [...] digo: «No me extraña que te dé pereza el gimnasio. Es que es un sitio súper perezoso y súper hostil, y cada vez más además, porque ahora los discursos de gimnasio son terribles». (Elisa)

Para una persona gorda asistir a un gimnasio no tiene las mismas connotaciones que puede tener para una persona delgada, aunque ambas acudan en busca de mejorar su salud y bienestar. Los gimnasios son lugares donde tienen cabida sobre todo corporalidades normativas, y donde parece que, pasado un tiempo, si una persona gorda no ha bajado de peso es porque algo está haciendo mal. No se contempla que una persona gorda quiera hacer deporte solo por mejorar su fuerza o la relación con su cuerpo. Si no adelgaza se considera que está haciendo apología de la obesidad, aunque esté manteniendo buenos hábitos de una manera obvia. No hay lugar para las personas gordas en los gimnasios, ni para sus ridículos intentos de perder peso y ocupar la la norma (Gay 2018). Pero es necesario repetir aquí que las personas gordas no le deben salud ni buenos hábitos a nadie.

Por otro lado, retrasar la visita al médico, en ocasiones, se traduce en retrasar muchas otras experiencias, en no vivir vidas plenas porque no hay espacio o lugar para las personas gordas.

Sí, ya no voy al Parque... al Parque Warner, por ejemplo, que me chifla. Me encanta. No porque... porque el culo se me encaja en las montañas rusas que son las que a mí me gustan. Y cuando bajan la barra... Y... pues mira, eso es una cosa que he dejado de hacer. (Concepción)

Yo durante 15 años estuve sin ir a la playa. [...] Yo me inventé que no me gustaba la playa, para no ir a la playa, para no ponerme el bañador en la playa, estando mucho más delgada. (Elisa)

A la par que no hay comprensión por parte del entorno pues, a menudo, se considera que las limitaciones están en la cabeza de quienes las sufren o, en todo caso, la solución pasa por adelgazar y dejar, entonces, de sufrirlas. Estas creencias pueden incluso evolucionar a violencia, una violencia que se siente legitimada por los discursos del pánico moral iniciado por la biomedicina. Por ello, no es infrecuente que las personas gordas sufran acoso escolar e, incluso, acoso laboral. Aunque en el trasfondo de esta violencia se encuentre el odio a los cuerpos gordos, a la diferencia, a todo aquello que se salga de la norma, los argumentarios médicos dan soporte y autoridad a esas creencias, facilitando razones a las personas que practican dicha violencia para no ver solo legitimadas sus acciones, sino también como necesarias.

Yo durante muchos años he dejado de ver a gente en Santander, he dejado de quedar con gente por vergüenza a que me vieran, habiendo cogido peso. ¿Sabes? De no... de decir no quiero que me vean porque sé que el primer comentario va a ser «¡Cuánto has engordado!». Y he roto amistades que no quería romper pero que por vergüenza he dejado de tener [...] (Elisa)

Las personas gordas que sufren esta violencia llegan a desarrollar una vergüenza que les impide hablar de ello con familiares o amistades. Incluso con otras personas gordas, lo que sería ideal para comenzar a construir su defensa, gracias a la identificación de los lugares comunes. La bien organizada individualización de la gordofobia, la idea transmitida de que la salvaguarda de las personas gordas frente a esa violencia pasa por la gestión individual, el trabajo en sí mismas —dieta y ejercicio— también devuelve la idea de que solo las personas gordas son culpables de la violencia recibida, por el único delito de habitar el cuerpo que habitan. Establecer vínculos con otras personas gordas podría —como de hecho ha ocurrido en los activismos— romper el argumentario de la culpa individual y comenzar a construir la defensa colectiva. Pero eso tarda en llegar debido a lo bien organizado que se encuentra el sistema gordofóbico, como todo sistema de opresión, que divide a las personas oprimidas para que no puedan unirse contra aquel.

A las dificultades que se encuentra cualquier persona en su día a día, las personas gordas han de sumar la anticipación a la posible violencia que puedan recibir en cada contexto, analizando para ello situaciones nuevas a la luz de los datos de los que



disponen según situaciones similares vividas con anterioridad. Este «estigma por anticipación» (Navajas-Pertegás 2021), de tan repetido, acaba derivando en autolimitaciones y miedos sobre el propio cuerpo y sus capacidades, tan automatizadas que ya es difícil identificar el origen. Incluso, una vez descubierto el activismo antigordofobia e identificado dicho origen, el trabajo que se requiere para deconstruir tales ideas es largo y costoso a todos los niveles. ¿Dónde terminan las limitaciones reales de una persona, si las hay, y comienzan las impuestas por la gordofobia?

No menos importantes son las situaciones médicas que se viven en entornos no médicos, que pueden poner en riesgo la obtención, por ejemplo, de un carné de conducir o de un trabajo, debido a las exigencias médicas que se producen en esos entornos. De nuevo, el cuerpo de conocimiento de la disciplina biomédica alrededor de la gordura, sumado a las creencias que han calado en el imaginario social, pueden jugar una mala pasada a una persona gorda en la realización del psicotécnico para la obtención o renovación del carné.

Quando fui al psicotécnico para renovar el carné de conducir [...] en principio las preguntas que me hizo y todo esto que te voy a decir ahora creo que no tenían mucho sentido. Porque de hecho mi padre se fue a renovar el carné hace poco y no le hicieron ninguna de estas preguntas y tiene 75-74 años. [...] me preguntó la edad, la profesión, que esto tampoco lo entiendo para sacar el carné de conducir, cuánto medía y cuánto pesaba [...] me puso también tan nerviosa que ya no recordaba cuánto podía haber medido la última vez [...] y luego me dijo «bueno, vamos a mirar la tensión». ¿Mirar la tensión? [...] Yo no conozco a nadie al que le hayan... porque de hecho lo después yo lo pregunté en plan «Pero ¿os medían la tensión y no sé qué?», a mi padre, a mis amigas, a... nadie, ¿no? [...] Tenía la tensión máxima en 180, una cosa así. Cuando yo, en aquel momento, era muy de tensión baja [...] (Rosalía)

En conclusión, la gordofobia médica se convierte en un factor de riesgo mayor que la propia gordura, exponiendo a las personas gordas directamente a situaciones que enferman y generan malestares a causa de la demora en la realización de pruebas, diagnósticos erróneos, priorización de la gordura por delante de otras patologías, etc. Y, de manera indirecta, contribuyendo a crear un imaginario alrededor de las personas gordas que redobla y legitima la violencia que estas sufren en otros ámbitos de la vida, repercutiendo de manera negativa en la salud tanto mental como física de quienes la sufren.

Si realmente es la salud de las personas gordas lo que preocupa, quizá habría que proporcionarle mayor atención a este factor de riesgo que es la gordofobia y frenar esta obsesión con la «erradicación» de los cuerpos gordos.

## 6. RESISTENCIAS

Como hemos ido viendo, las mujeres entrevistadas están en diferentes puntos en cuanto a la identificación de la opresión gordofóbica que sufren, lo que resulta en la práctica de modalidades diferentes de resistencias: desde las más iniciales, que consisten en los primeros análisis de las situaciones de violencia y construcción del discurso, a la organización de acciones políticas y colectivas.

En algunos casos nos encontramos con que es difícil discernir entre consecuencias negativas y resistencias, pues una de las prácticas más habituales en el inicio de la defensa frente a la violencia gordofóbica es la búsqueda de alternativas a la sanidad pública: «[...] yo he optado por irme a un *fisio* y tratarme la espalda con un fisioterapeuta de forma totalmente privada». (Luz) En algunos casos, con un grave coste económico y moral:

Me operaron 5 meses después. Pero yo ya me lo había quitado. 1.428 € pagué a una privada. [...] Y luego me llamaron y cuando me llamaron, a quitarme el resto, porque me quitaron sólo ese, o sea, fue abrir, o sea, 1.428 € fue abrir, sacar el clavo y cerrar. Y luego ya me llamaron 5 meses después de la pública y me dijeron que me lo quitaban, yo me callé, no le dije que me lo había quitado yo ya por mi cuenta, me callé y cuando llegué al quirófano iba con el... desnuda, ya sabes cómo vas, que vas totalmente desnuda y con el papel del otro médico, del privado, en la frente, aquí puesto «Ya me lo han quitado» [...]. (Luz)

La forma escogida, en este caso en el que se está negando una asistencia médica adecuada, ha sido buscar activamente una alternativa, una respuesta que funciona a nivel individual y al alcance solo de algunas posiciones sociales. Es frecuente encontrar respuestas de este cariz en aquellas mujeres que están en estadios tempranos de su trabajo alrededor de la gordofobia. Como reacción natural a la violencia sufrida en consulta médica, aunque esta todavía no se identifique como sistémica, se produce una huida de esos contextos hostiles, que en algunos casos se traduce en la solicitud de cambio de profesional y, en otros, como el anterior, en la búsqueda de profesionales del ámbito privado, pues se perciben como menos violentos: al haber un intercambio económico directo se presupone que no existirán comentarios que puedan comprometer la relación profesional-paciente/cliente. También la pandemia ha normalizado la cita médica telefónica, de modo que las personas gordas pueden acceder a la consulta sin arriesgarse a sufrir las consecuencias del ocularcentrismo y ser, por tanto, atendidas en base a sus dolencias, y no a las interpretaciones subjetivas en torno al tamaño del cuerpo.

Existe otra resistencia individual, en el área de búsqueda de alternativas profesionales, que escapa a los sistemas oficiales, tanto públicos como privados:

[...] tengo suerte porque tengo a mi enfermera de confianza, que digo yo, que es una amiga que es enfermera y que es gorda también y yo, a lo que me pasa: «[...] , que me ha pasado esto, qué hago». Y ella me dice «Pues esto, lo otro, tal». (Emilia)

[...] ya desde hace bastantes años cuento con una de mis mejores amigas que es médica [...] (Rosalía)

De nuevo, dicha alternativa está solo al alcance de unas pocas personas, y no provoca mayores cambios en el tejido sanitario al respecto de la gordofobia. Pero, claramente, para estas personas son resistencias que funcionan, que facilitan una huida de los entornos violentos y que contribuyen, de alguna manera, a seguir elaborando el discurso de resistencia alrededor de la gordofobia.

Tampoco es infrecuente que las pacientes gordas retrasen de manera reiterada las citas médicas, como vimos en anteriores apartados, hasta un momento en el que perciban encontrarse más fuertes para enfrentarse a la situación.

Son varias las ocasiones en las que las mujeres entrevistadas manifiestan haberse sentido incómodas con las situaciones que estaban viviendo, pero sin terminar de identificar cuál es el factor de tal incomodidad. Ante el discurso asentado social y médicamente que expone a los cuerpos gordos como incorrectos afirman haber asentido ante las presiones por adelgazar y hacer dieta, creyendo que se les está recomendando lo mejor para ellas, sintiendo al mismo tiempo desagrado, que se acrecienta con cada nueva visita. Particularmente reseñable es el caso de Concepción que, tras 7 años vinculada a la clínica de adelgazamiento Ravenna, comenzó a sentir la necesidad de romper la relación con la misma:

[...] dije que me estaba empezando a plantear dudas sobre si verdaderamente la clínica era buena para mí. [...] Y entonces pensé para mí: «Esta gente no es buena para mí y esta clínica no es buena para mí». [...] cuando fui a la otra clínica [...] fue cuando me empecé a identificar... O sea, yo sabía que algo no funcionaba. Y que eso no podía ser bueno para mí. Y entonces... y cuando ya empecé a hacer otro tipo de terapia fue cuando verdaderamente identifiqué todo lo que te estoy diciendo. (Concepción)

Tanto Concepción como Luz, las mujeres entrevistadas que acudieron a la misma clínica de adelgazamiento, manifiestan que, incluso habiendo estado absorbidas por la necesidad de adelgazar, se sentían rebeldes en el grupo al no avenirse a todas las mecánicas puestas en marcha, llegando a calificar al lugar como secta. El ruido gordofóbico imperante ha impedido a estas mujeres escucharse porque, de haber podido hacerlo, quizá habrían abandonado el entorno de Ravenna antes.

La constante exposición a esta violencia ha culminado, en la mayoría de los casos investigados, en la ruptura de relaciones médicas y en el comienzo de la búsqueda de alternativas y formas de resistencia. Concepción cambió la clínica de adelgazamiento

por la terapia, y no ha sido el único caso. Es habitual buscar estas estrategias individuales frente a un problema que también se ha instaurado y vivido como individual. Es posible que la decisión de acudir a terapia, en un primer momento, esté relacionada con la búsqueda de la responsabilidad personal en el problema, pero poco a poco, como en el caso de Rosalía, puede ir abriendo una vía a identificar la violencia y los límites impuestos por la misma:

[La terapia] te ayuda a entenderte un poco más, a... sí, a entenderte, porque entenderte no es entender que tú eres así porque eres así y ya está, sino como... qué cosas haces que te hacen daño. Efectivamente te hacen daño aunque tú no te des cuenta, aunque tú las estés disfrazando de que es lo que tienes que hacer en ese momento. (Rosalía)

De nuevo, la terapia, siendo muy necesaria y una vía para hallar paz y equilibrio con respecto a las violencias recibidas, no es la solución a un problema colectivo y sistematizado. Puede ser un interesante punto en el camino hacia la resistencia colectiva, sobre todo cuando se elige a una profesional conocedora de la gordofobia y de las herramientas para combatirla. Pero, como decíamos, la salud mental todavía está en proceso de visibilización e, incluso entre las mujeres entrevistadas con los perfiles más activistas, no hay un conocimiento de la utilidad de una buena terapia de las características mencionadas.

Como vemos, tras años de sufrir incontables violencias gordofóbicas, las personas gordas comienzan a rebelarse a las mismas. ¿Qué las lleva a ello, qué cambia después de tantos años de violencia simbólica? En la mayoría de casos no parece que haya un punto de inflexión concreto, se observa más bien un proceso gradual, facilitado por la apertura de la conversación antigordofóbica en los medios de comunicación, sobre todo en las redes sociales. Pero sí es reseñable el caso de Marcela, que identifica claramente un antes y después en su vida:

[...] lo que pensé es «Si este hombre está acostumbrado a operar cuerpos grandes por qué me tiene que hablar así». Pero, vamos. Lo que pasa es que no podía articular palabra. Y lo único que me salió es: «¿Por qué me dice estas lindezas?». Me acuerdo perfectamente y me dijo «Porque son verdad». Entonces, cogí todas mis cosas y me fui. Y dije: «Pues no me van a operar de bariátrica y mucho menos este hombre». Y ahí fue el antes y el después que empecé en el activismo también, cuando me di cuenta de que toda esa violencia yo no me la merecía. (Marcela)

O el de Elisa, para quien la maternidad supuso también un punto de inflexión en su percepción sobre las violencias gordofóbicas:

En mi caso fue la maternidad, porque ves cómo todas esas presiones caen en un... en un bebé. En mi caso tengo un niño, que lo tiene más fácil en ese sentido porque los varones bueno, ya se sabe. Pero... pero bueno, yo tengo un niño que le gusta el

rosa, que le gusta vestirse de Frozen, que le gusta bailar Rosalía y bueno, pues estoy educándole en eso también, y educando a su entorno, en que le dejen ser como es.  
(Elisa)

Cuando las mentes despiertan, cuando comienza la resistencia a la violencia, el siguiente paso lógico es obtener información. Este es un buen momento para ello, pues los medios de comunicación alternativos, sobre todo las redes sociales, ofrecen un foro para que las personas gordas comiencen a abrir la conversación en torno a la gordofobia. Dichas redes han facilitado un lugar para exponer esta y otras violencias y los medios para llegar a cada vez más personas gordas que necesitan sentirse identificadas y acompañadas.

Otras mujeres refieren haber recurrido a literatura pertinente:

No me perdía nada de Salud en todas las tallas [HAES], he leído sobre... esos libros. De hecho, ese fue mi colchón para informarme. Para pensar que... o sea, estudiar que eso no era... lo que me estaba sucediendo no era lo lógico. [...] me estudié todo. Tengo el libro de alimentación intuitiva de Salud en todas las tallas. Ahí fue donde yo me armé de las herramientas para contestar [...] (Marcela)

Yo empecé a leer teoría *queer* cuando me quedé embarazada, ¿vale? Porque yo no entendía la relación con mi cuerpo. Esa... es que es, o sea, para mí fue un hostión y yo no entendía nada. Y entonces empecé a buscar respuestas y las respuestas en los modelos hegemónicos de maternidad yo no las tenía. [...] Entonces empecé a leer muchas cosas y di con esta autora, la de Maternidades subversivas [...] [María Llopis]. Pues ahí es un libro pues que va registrando otro tipo de modelos de maternidad, pues eso, de gente *queer*, maternidades trans, construcciones desde el poliamor, etcétera. Y yo me veía más ahí. O sea, aún siendo mujer blanca, cis, hetero, que vive en una relación monógama, o sea, todos los *handicaps* (risas). Pero yo me veía menos... me sentía mucho más explorada desde ahí. (Elisa)

Por tanto, hoy las personas gordas disponen de referentes, de medios para comunicarse, de la posibilidad de seguir generando contenido de todo tipo, incluso científico, para evidenciar la opresión sistémica sufrida, para articular un argumentario alrededor de la misma que desmonte el creado por la gordofobia, que priorice la recuperación de los derechos arrebatados y siembre las semillas de las herramientas necesarias para luchar contra el pánico moral y el consiguiente odio contra los cuerpos gordos.

Un lugar común entre las personas gordas es la reapropiación de la palabra gorda. Después de haber sido patologizadas desde el sistema biomédico con palabras como *sobrepeso*, *obesidad* o *mórbida*, tras la avalancha de eufemismos utilizados por el entorno para definir a las personas gordas, ocultando el hecho de que lo son — rellenita, redonda, rechoncha, grande, corpulenta y un largo etcétera—, las personas

gordas encuentran paz en desvestir del significado peyorativo a la palabra gorda y revivirla como lo que en realidad es: un adjetivo que define una característica física:

Lo primero es aceptarse. Lo primero es aceptarlo, ¿no? Como dicen en procesos de duelos y tal. La primera fase es aceptarlo. Pues sí. Una es gorda, ya está, ¿qué pasa porque sea gorda? (Emilia)

También es habitual una fase de rabia tras la identificación del sistema que sustenta la violencia recibida por las personas gordas. Dicha fase suele ir acompañada de la construcción del argumentario propio que se irá utilizando posteriormente para plantar cara a las futuras situaciones de violencia. De esta fase, el mejor ejemplo es Emilia, que articula con vehemencia las resistencias verbales que ha ido poniendo en marcha, o que prepara para futuras ocasiones:

Es que estaba en la puerta del médico y pensaba: «Como me diga que es porque estoy gorda, se la lío. Pero se la lío de una manera impresionante». [...] Que digo: «Pero cállate, si no te estoy pidiendo tu opinión para absolutamente nada, por qué me la estás dando». [...] ¿Como que «para ser gorda trabajas bien»? (risas). Te ahorco con la tira del sujetador ahora mismo fijate lo que te digo. [...] me he propuesto a mí misma no callarme. Y así, cuando veo algo que me está chirriando, decirlo y no hacer como hacía antes, sonreír y «Sí, sí, claro, lo que tú digas». Pues ya igual no me da la gana. (Emilia)

Puede que tomar la decisión de no callarse sea la primera de las acciones encaminadas a lo colectivo que encontramos dentro de las resistencias de estas mujeres a la violencia recibida. Tras la fase de terapia, identificación y/o información, tras el trabajo individual, llega el paso más difícil de todos: comenzar a plantar cara a los discursos hegemónicos sobre el cuerpo. En primer lugar, entre la familia y las amistades. Comenzar a desmontar las ideas instauradas socialmente acerca de la salud y los cuerpos gordos desde el hogar, desde el entorno social cercano, es necesario, pero más difícil de lo que pueda parecer en un primer momento. Esas personas son las que más nos deberían querer y entender, pero rebelarse ante una situación normalizada durante años es conflictivo. Desafiar los discursos de la «preocupación» y los conocimientos gordofóbicos arraigados en esas personas no es tarea fácil para las personas gordas. Dichas resistencias pueden tener como resultado dos vías diferentes. Por un lado:

[...] he de decir que con mi familia, en el ámbito familiar, es uno de los que más cuesta, yo creo porque bueno, al final, de los primeros actos de gordofobia contra una persona creo que vienen de la familia muchas veces y me ha costado mucho, mucho, mucho, muchísimo, una barbaridad hablarles de esto, pero poco a poco voy metiéndolo. Y yo voy sembrando ahí, voy sembrando y luego ya... tardo mucho en recogerlo, pero al final recoges un poquito. (Emilia)

Por otro:

Yo durante muchos años he dejado de ver a gente en Santander, he dejado de quedar con gente por vergüenza a que me vieran, habiendo cogido peso. ¿Sabes? De no... de decir no quiero que me vean porque sé que el primer comentario va a ser «¡Cuánto has engordado!». Y he roto amistades que no quería romper pero que por vergüenza he dejado de tener [...] (Elisa)

Educar o romper, ambas vías válidas de resistencia, necesarias en diferentes momentos. Protegerse frente a las personas que, aún amando a quien posee el cuerpo gordo, siguen dañándola por no respetar su derecho a ser y estar sin deber explicaciones de su cuerpo ni de su salud a nadie, es una alternativa a la confrontación, bien porque no se está preparada para la misma, bien porque no ha funcionado en el pasado.

Creo que es relevante analizar cómo a veces un acto y el contrario pueden erigirse ambos como resistencia. Ya vimos, hablando de las violencias, las dificultades que las personas gordas encuentran con las sillas en restaurantes, centros de estudios, hogares de familiares y amistades, y con los asientos en transportes públicos. Emilia relata:

Yo, por ejemplo, hasta este año, este verano, ya he dicho: «No quiero ir a este sitio porque no tienen sillas donde me quepa el culo». Es algo súper importante, o sea, nadie le da importancia porque a todo el mundo le cabe el culo en las sillas. No, no quiero ir allí porque no me entra el culo, no estoy cómoda. (Emilia)

Y, al mismo tiempo, tenemos el relato de Rosalía, levemente opuesto:

[...] últimamente me estoy forzando... me estoy esforzando en no decir que no, sino en bueno, pues a ver. Primer paso: no digas que no. Ya llegarás a un momento en el que no busques las sillas que hay, pero sí. [...] bueno, pues, en unas sillas cabré, en otras no. Y que esa anticipación no me lleve a tener una ansiedad previa. [...] desbloqueé el decir que no automáticamente a determinados planes [...] (Rosalía)

Ambas son historias de resistencia, los primeros pasos encaminados a plantar cara a una violencia sistemática que las ha acompañado durante gran parte de su vida, que llega hasta los espacios cotidianos que habitamos en público que, por su reducido tamaño, lanzan el mensaje «no cabes». Emilia considera una resistencia el poder decir abiertamente que no quiere acudir al lugar donde sabe que no habrá elementos del tamaño adecuado para ella, con lo que supone abrir la conversación en su círculo y tratar de educar a sus amistades y/o familiares. En cambio, para Rosalía la resistencia está en no anticiparse, en no buscar de antemano información en internet acerca del lugar y sus sillas, en rebajar los niveles de ansiedad antes esas situaciones con herramientas proporcionadas por su terapeuta. Ambas viven un gesto y el contrario como su resistencia. ¿Cuál es realmente la resistencia? ¿Acudir igualmente

a lugares, sin anticipar? ¿Anticipar y resistirse a ir en caso de que las sillas no vayan a ser cómodas para ello? ¿Con quién elegimos hacer activismo? ¿Con las compañeras, a las que se informa de que existen sillas demasiado pequeñas o poco resistentes para los cuerpos gordos? ¿Al establecimiento, acudiendo y pidiendo otra silla, o informando de que no se permanecerá en el local porque no hay sillas del tamaño adecuado? ¿Poniendo una reseña en Google? ¿Sabemos si se podría poner una hoja de reclamaciones sobre el tamaño de las sillas?

Otro lugar que durante años ha transmitido a las mujeres entrevistadas que su cuerpo no era adecuado es la playa. En este escenario el límite no es físico, sino que está creado por la narrativa del «cuerpo de bikini» promovida por la cultura de dieta. Son varias las que relatan haber dejado de ir durante una parte importante de su vida. Identificar los mecanismos de la gordofobia y haber construido un argumentario alrededor de la misma les ha ayudado a vencer esa limitación y volver a acudir a la playa como una forma de resistencia:

[...] empecé a ir a la playa a raíz de ser madre. Porque dije: «Voy a empe..., o sea, mi hijo... o sea, le voy a dar... ¿Cómo lo hago? ¿No va a ir conmigo? ¿Voy a prescindir de todas estas experiencias, con lo guay que es estar con los niños en la playa?» [...] Y ahora todo. Todo, todo. O sea... Todo el día allí metidos en las playas, piscinas. El año pasado me fui de crucero y ahí me iba yo... Mi bañador para arriba y para abajo. Me sudaba el coño... (Elisa)

Pero sí que te puedo decir que hace unos años que no me ponía bañador ni nada y ahora, con el peso más elevado, con mi pierna de aquella manera, es que me la refanfinfla. Me da exactamente igual. Me da exactamente... Ya me da exactamente igual. [...] yo voy con mi media, me baño. Me da igual si... Es que además es que ni me entero si la gente está mirando, no está mirando, no me entero, yo voy a lo mío. (Marcela)

Lo personal es político: un acto individual, como vencer el miedo a ir a la playa, es un acto político al llevar al exterior el cuerpo gordo que la sociedad gordofóbica preferiría que fuese ocultado en la privacidad de los hogares. Como bien dice Elisa: «[...] yo creo que no hay nada más subversivo que la propia existencia». Habitar un cuerpo gordo y simplemente existir molesta, porque escapa a las narrativas construidas alrededor de los mismos: la vergüenza, la ocultación, el trabajo en el propio ser, el posponer la vida hasta ser delgada. Molesta por poco habitual: es necesario convertirlo en normalidad, acostumar las retinas de otros ojos a convivir con la visión de todo tipo de cuerpos. Este acto individual encierra, por tanto, reivindicación, activismo.

Todos estos actos individuales de resistencia favorecen la construcción de una seguridad en torno al nuevo argumentario antigordofóbico, a la par que se



deconstruyen las narrativas de odio al cuerpo gordo. Esta seguridad termina llevando, en algunos de los casos analizados, a actos más colectivos, algunos casi inconscientes, como acudir a la playa, otros más cargados de intención, como puedan ser la realización de fanzines, la elaboración de un blog, la apertura de cuentas en redes sociales para difundir el activismo, la realización de un TFM sobre gordofobia médica, etc.:

[...] yo tengo un blog de estudios culturales en el que evidentemente pues... hablo de... todas... bueno, de todo, cuestiones literarias y de activismo que pues que yo no... no estoy de acuerdo. (Elisa)

Empecé señalando dónde había gordofobia, como tú bien has dicho, en varios estamentos de la sociedad, porque está en todos los sitios. Pero, sobre todo, es crear conciencia de que no tenemos que aguantar esto. No tenemos que aguantar la violencia. No tenemos que cambiar el cuerpo. Que tenemos que cuestionar lo que nos digan los médicos. (Marcela)

Marcela ha puesto en sus redes a disposición de toda persona que lo pueda necesitar una reclamación-tipo que ella elaboró (ANEXO 2) y utilizó con buenos resultados, pues dispone de conocimientos para apelar directamente a la ley y artículo que se vulnera al no tratar convenientemente a las personas gordas en el sistema biomédico. También cuenta que participará próximamente en unas Jornadas Gordas que se están organizando en Murcia. Estas Jornadas no son las primeras que se realizan, pues en Madrid ya se han celebrado dos ediciones anteriormente. Y, donde son pioneras y mantienen una celebración anual de las mismas es en Tenerife, gracias a la iniciativa de Magdalena Piñeyro, respaldada por Kika Fumero y el Instituto Canario de Igualdad que dirige. Varias de las mujeres entrevistadas señalan la importancia de abrir este tipo de espacios en los que compartir conocimiento sobre los cuerpos gordos, la violencia que sufren y modos de combatirla.

El activismo antigordofobia, a pesar de sus 60 años de existencia, se percibe todavía como reciente y joven, pues ha alcanzado una visibilidad renovada en los últimos tiempos. Tiempos de aceleración social vertiginosa que exigen de este y otros activismos reciclaje y actualización constantes. En muchas áreas la conversación solo está comenzando a nacer, y quizá es por eso que, a la hora de preguntar a estas mujeres qué se puede hacer contra la gordofobia en el sistema biomédico, las respuestas han sido dubitativas y todavía por terminar de elaborar. Hay consenso alrededor de la necesidad de cambiar el paradigma médico, construir nuevos y actualizados conocimientos alrededor de los cuerpos gordos:

Y luego, de ver la formación de los médicos. Que también haya un poco de renovación, ¿no? ahí, no vamos a seguir considerando el IMC que se inventó hace 200 años para una población muy concreta y lo hemos extendido y es válido para

todos. Vamos a explorar un poquito también por ahí, ¿no? Explorar por ahí. Explorar, pues eso, que igual la dieta fotocopiada no es válida para todo el mundo. ¿Por qué yo, que tengo unas necesidades quizá específicas, me vas a dar lo mismo que le das a otra persona que no tiene esas, y tiene otras? Es que no tiene por qué ser válido para todos lo mismo. Atender la diversidad médica. O sea, corporal y por lo tanto diversidad médica. (Emilia)

[...] obviamente ya una cosa que se debería un poquito revisar son los temarios en las escuelas de medicina, y que quizás esa persona que ha aprendido el cuerpo humano con esa imagen de hombre abierto y que se ven todas las venas así, todo sistema límbico, así de señor de 80 kilos... pues que lo mismo eso no es verdad. Ese no es el cuerpo típico, ¿sabes? Que es que igual se han acostumbrado a ver eso y ya no ven más allá, ¿sabes? Porque es que no nos están diagnosticando bien, problemas gastrointestinales, problemas, cánceres... En fin. Bueno, cuestiones ya ginecológicas. (Elisa)

En conclusión, hemos tenido la oportunidad de conocer las historias de seis mujeres diversas, aunque con muchos lugares comunes, y con un diferente grado de deconstrucción y de conocimiento de la opresión, lo que también nos ha permitido observar distintas formas de resistencia. Es reseñable la evolución de las mismas, desde las más individuales e inconscientes, a las más colectivas e intencionadas, que acompañan el proceso de construcción de un nuevo argumentario alrededor de los cuerpos gordos y la violencia que sufren. Sería interesante continuar investigando y analizando la evolución de estas resistencias, averiguar si todas las personas gordas que ejercen activismo activo han pasado por estos estadios, o si las personas que encontramos en fases más tempranas de la deconstrucción seguirán transitando por las demás fases o, por contra, permanecerán en la actual indefinidamente, y qué motiva una cosa u otra.

## **V. CONCLUSIONES**

Es innegable, a la luz de este informe, la existencia de un sistema de opresión organizado y sistemático que violenta y vulnera los derechos de las personas gordas, por el único hecho de serlo, llamado gordofobia. Dicho sistema está sustentado en tres gruesos pilares: la tiranía estética, la moral y la salud. Sobre estos tres pilares hemos caminado a lo largo de todo el documento para tratar de explicar el porqué de dicha opresión y, sobre todo, para aportar un argumentario que ayude a deconstruir las narrativas de tales pilares, centrándonos sobre todo en la salud.

Frente a un corpus médico que ha elaborado un discurso de pánico moral alrededor de la gordura —calificándola como factor de riesgo, pero tratándola como una enfermedad—, más que tratar de desmontar la base científica en la que se sustenta, lo

que hemos tratado es de evidenciar que la gordofobia, por un lado, enferma más que la propia gordura y, por otro, que contraviene derechos fundamentales de todas las personas sustentándose en dicho discurso. Resulta, por tanto, relevante y necesario exponer la violencia gordofóbica en el sistema biomédico, sin dejar por ello de abordar otras áreas como la social, la familiar, o la laboral porque, como hemos visto, todas ellas influyen en la salud de las personas.

Para ello, hemos tenido la oportunidad de entrevistar a seis mujeres con esquemas de percepciones, apreciación y acción diversas que se materializan en estilos discursivos diferentes. Es evidente la relación entre los dos ejes utilizados para la selección de las sujetas: a mayor experiencia en el sistema biomédico, mayor exposición a la violencia y, por tanto, mayor nivel de concienciación y resistencia en torno a la gordofobia.

Hemos situado el inicio de dicha violencia en el entorno familiar durante la infancia y/o adolescencia. Son las familias las que inician a nuestras mujeres gordas en el odio al propio cuerpo al ser señalado como gordo, y son también las familias las que favorecen la primera aproximación de las entonces niñas y/o adolescentes al sistema biomédico, abriendo así la puerta de entrada a la relación entre delgadez y la búsqueda de la misma con la salud. Sociedad, familia e institución sanitaria se articulan en un engranaje perfecto que arrastra a las personas gordas a una espiral de dietas y odio al propio cuerpo proporcionando, cada una desde su área, el caldo de cultivo perfecto para que dichas mujeres tarden en ser capaces de identificar y problematizar la violencia que están sufriendo.

Uno de los descubrimientos más relevantes que hemos realizado, conectado con el entorno familiar, es el hecho de que todas las personas entrevistadas manifiestan no percibir su cuerpo como gordo en el momento en el que la presión familiar en torno al mismo comenzó. Sí recuerdan haberlo percibido entonces, siendo innegable la influencia de la violencia gordofóbica en este hecho. Todas manifiestan, a la vista de las imágenes del pasado, perplejidad por haber sido calificadas de gordas y por haberlo llegado a creer ellas mismas, lo que evidencia no solo el grado de violencia recibida, sino también las consecuencias de la misma en la mente de estas personas.

También se señala la concatenación de dietas, situando la primera en el momento en el que comienza la presión en el seno familiar, y no dejando de hacerlas durante años, experimentando constantes bajadas y subidas de peso que ralentizan su metabolismo y dificultan cada vez más la pérdida con cada una. La mayoría refiere haber decidido dejar de hacer dietas, por la evidencia de que no solo no funcionan, sino que les han llevado a alcanzar su tamaño máximo a base de recuperar el peso por encima del de partida con cada nueva dieta.

Este hecho nos lleva a pensar que la «pandemia de obesidad» de la que habla la OMS puede venir perfectamente provocada por los propios métodos que la sanidad, junto con las demás instituciones sociales, proponen para perder el demonizado peso. Creo que este sería uno de los puntos más interesantes a desarrollar en futuras investigaciones porque, a riesgo de caer en la patologización de la gordura, no parece descabellado deducir que el mismo mecanismo que la institución de la salud pone en marcha para buscar salud en la delgadez de los cuerpos es el que ha llevado, al menos en el caso de estas seis niñas perfectamente sanas, a alcanzar un peso que la OMS, en base al IMC, califica como *obesidad mórbida*, que era precisamente lo que manifestaba querer evitar. Está claro que hay un fallo en el sistema pero, en lugar de identificarlo y corregirlo, se sigue colocando la responsabilidad y culpabilidad en las personas gordas.

Hemos explorado las diferentes formas que toma la gordofobia médica: diagnósticos erróneos que sitúan a la gordura como causante, o a la pérdida de peso como solución de otra dolencia, falta de pruebas, asunción del estado de salud de la paciente en base únicamente al diagnóstico visual, desconfianza en la narrativa y percepción de la propia salud referida por la paciente y, en casos más graves, faltas de respeto, presión para adelgazar y para someterse a procedimientos invasivos como cirugía bariátrica, y amenazas acerca de las posibles consecuencias de la gordura para la salud.

Tan variadas como las violencias sufridas son sus consecuencias, que pueden encontrar ramificaciones no solo en el ámbito físico y mental de las personas gordas, sino también en el social. Hemos visto una pérdida de confianza en el sistema sanitario, que desemboca en la postergación recurrente de futuras citas médicas, retrasando con ello la oportunidad de recibir un diagnóstico y tratamiento. Esto va de la mano de una mala percepción del propio cuerpo y de su salud y, en algunos casos, indefensión aprendida que lleva a creer no solo en dicha mala salud, sino también en no ser merecedora de recibir la atención necesaria. En los casos más flagrantes la mala salud no solo es real, sino que ha sido causada por el propio sistema biomédico debido a la gordofobia, que ha impedido un diagnóstico correcto o una intervención a tiempo.

Hemos visto cómo los riesgos que se atribuían hasta hace poco a la gordura tienen cada vez más sustentación en la gordofobia, debido a las situaciones de estrés y presión social, mental y física a las que las personas gordas son sometidas. Y también ha quedado en evidencia que el mantra más repetido por la sanidad, dieta equilibrada y ejercicio habitual, toma otro cariz en las personas gordas, convirtiéndose en restricción de alimento y exceso de ejercicio, lo que desemboca en una mala relación con ambos. Las personas gordas son privadas de la posibilidad de alimentarse

adecuadamente y disfrutar con ello, así como de tener una relación placentera con el movimiento, como lo fueron de los rituales de tranquilidad a los que la población delgada puede acudir cuando asiste a consulta médica.

A todo esto se suma la dificultad para encontrar ropa de tallas grandes, la estrechez de los asientos de lugares de ocio y transporte público y todas aquellas cosas que se les ha dicho a las personas gordas que no pueden hacer porque no caben o no son estéticamente aceptables: usar prendas cortas, bañador o bikini, ir a la playa, ligar, etc.

El paradigma médico ha contribuido a la creación del pánico moral alrededor de la gordura que ha expuesto a los cuerpos gordos al dominio público y proporciona argumentos a todos los agentes sociales para legitimar la violencia contra las personas gordas en un intento de espolearlas para que se autocontrolen y vuelvan a ocupar la norma establecida. En base a esto, el acoso escolar o laboral están a la orden del día en la vida de estas mujeres, sin que se esté haciendo un esfuerzo desde las instituciones por frenarlo.

Las estrategias de resistencia adoptadas por las personas entrevistadas nos arrojan un poco de esperanza en el panorama de la gordofobia al observar que, incluso sin información previa con respecto al movimiento antigordofobia, las mujeres despiertan y paran la violencia de una manera u otra. Comienzan tímidamente, con pequeñas rebeliones, con huida de los entornos médicos en los que se produce violencia, buscando alternativas en profesionales de la sanidad privada, o recurren a personas de su entorno vinculadas con las profesiones sanitarias. Las estrategias individuales son habituales en los momentos iniciales del proceso de concienciación, y abarcan otras prácticas como acudir a terapia, leer e informarse sobre el tema. A medida que el reconocimiento de la opresión sistémica se va haciendo más evidente para ellas, también se comienzan a abrir las estrategias de resistencia: de las soluciones individuales —huida, trabajo personal, información— se va pasando poco a poco a las públicas, como acudir a la playa y ponerse en bañador, plantando cara al sistema que le dijo que no podría hacerlo sin un cuerpo bikini; o plantando cara a las violencias, respondiendo, haciendo pedagogía, defendiéndose.

En los perfiles más activistas de las entrevistadas, además de tener un discurso más articulado y una mirada de estrategias de resistencia en la manga, estas son más colectivas y políticas, y piensan en educar y en ayudar a las mujeres, niñas y jóvenes que vengan después, para que tengan no solo referentes, sino también herramientas para defenderse de las violencias y de sus consecuencias. Algunas de estas mujeres realizan fanzines, escriben en blogs, publican en libros, se comunican a través de cuentas activistas en redes sociales, participan en Jornadas Gordas, abren espacios para otras mujeres gordas, crean herramientas que ponen al alcance de las demás compañeras gordas, etc.

No querría finalizar estas conclusiones sin dejar de señalar las limitaciones que este estudio tiene, con la finalidad de mejorar en futuras investigaciones:

- Debido a la limitación de tiempo y espacio, solo se han podido entrevistar a seis mujeres, pero habría sido muy interesante haber podido aproximarnos a un mayor número de experiencias y realidades.
- Al hilo de lo anterior, es pertinente señalar que la posibilidad de entrevistar a más mujeres nos habría permitido también ampliar los criterios de selección y analizar la gordofobia médica atendiendo a más intersecciones, especialmente clase, raza, condición migrante, etc.
- Los cuerpos gordos son solo una de las disidencias corporales existentes en este momento. De haber dispuesto de más tiempo y recursos, habría sido interesante indagar en las violencias que sufren, por ejemplo, los cuerpos *disca* y trans en el sistema biomédico, y explorar cuestiones como la intención normalizadora de la sanidad, la moral o la estética en estas realidades.
- Es necesario continuar realizando trabajos en esta línea para avanzar en procesos de sistematización del análisis del discurso, ya que en este informe se ha visto la relevancia del mismo a la hora de extraer toda la información del corpus etnográfico.

Me gustaría culminar con las siguientes ideas:

- Todas las personas, independientemente de nuestra corporalidad —entre otras— tenemos derecho a vivir una vida plena y tranquila, sin ser señaladas como un riesgo para la seguridad pública. En concreto, las personas gordas no le debemos salud ni delgadez a nadie, ni siquiera la demostración de llevar buenos hábitos ni una justificación para estar gordas.
- La gordofobia violenta y vulnera a las personas en cualquier entorno. Pero las ramificaciones de dicha violencia en el sistema biomédico han demostrado llegar más lejos del propio ámbito sanitario y poner en riesgo la integridad física, mental y social de las personas gordas, causando enfermedades y malestares y llevando, incluso, a las puertas de la muerte en los casos más graves. Ninguna persona merece ser excluida del sistema médico y de los rituales de tranquilidad asociados con ellos ni, por supuesto, de la realización de pruebas diagnósticas, más allá de la gordura, ni de los tratamientos consecuentes.
- Es preciso un cambio en el paradigma médico que, además de eliminar las dietas de su vademécum, incluya la diversidad de cuerpos y realidades, sin caer en crear una vía «normal» y una «otredad». Los cuerpos humanos son diversos y todos merecen una atención a la altura de la definición de salud que hace la OMS: «La

salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Alejo Ramos, Mirian. 2020. *Evolución del metabolismo óseo en los pacientes con obesidad mórbida tras la realización de cirugía bariátrica*. Universidad de León.
- Barrera-Carranza, Yamile Zureyma, 2021. «Ideal de cuerpo femenino y cultura la dieta: retos y recomendaciones para la mujer de hoy». *Apuntes de bioética*, Vol. 4. Nº 2 (2021). Pp 56-72. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/682> el 2 de marzo de 2023.
- Berger, John. 2016-1972. *Modos de ver*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, SL,
- Bourdieu, Pierre. 2000. *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, SA.
- Campos, Paul, Abigail Saguy, Paul Ernsberger, Eric Oliver y Glenn Gaesser. 2005. «The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic?». *International Journal of Epidemiology* (2206) 35:55-60. Oxford University Press: International Epidemiology Association. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/ije/dyi254> el 9 de marzo de 2023.
- Conde Gutiérrez del Álamo, Fernando. 2009. *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Col. Cuadernos Metodológicos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946. BOE Nº 116 de 15 de mayo de 1973. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-682> el 8 de marzo de 2023.
- Contrera, Laura. 2014. «El cuidado de los cuerpos impropios: gordura, revueltas y dietas en las sociedades de control/ seguridad». En García, Esteban Andrés y Andrés Fortunato (ed.). 2014. *Actas de las I Jornadas internacionales Filosofías del cuerpo/ Cuerpo de la Filosofía*. Buenos Aires.
- Contrera, Laura. 2019. «De la patología y el pánico moral a la autonomía corporal: gordura y acceso a la salud bajo el neoliberalismo magro». En Balaña, Sabrina, Agustina Finielli, Carla Giuliano, Andrea Paz y Carlota Ramírez. 2019. *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- Denzin, Norman K. 1970. *Sociological Methods. A Sourcebook*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Erenreich, Barbara. 2018. *Causas naturales. Cómo nos matamos para vivir más*. Madrid: Turner Publicaciones.



- Ernsberger, Paul. 2012. «BMI, Body Build, Body Fatness, and Health Risks». En *Fat Studies: An Interdisciplinary Journal of Body Weight and Society* 1:1, pp. 6-12. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21604851.2012.627788> el 10 de marzo de 2023.
- Friedan, Betty. 2016-1963. *La mística de la feminidad*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Foucault, Michel. 2008-1981. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós.
- Gay, Roxane. 2018. *Hambre: Memorias de mi cuerpo*. Madrid: Capitan Swing.
- Goffman, Erving. 2006-1963. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores.
- Grau Muñoz, Arantxa y Emma Gómez Nicolau. 2022. «Trayectorias corporales y lecturas contrahegemónicas del cuerpo». *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*, 27 (1), pp. 1-16. Recuperado de <https://doi.org/10.6035/recerca.6508> el 10 de marzo de 2023.
- Hakim, Catherine. 2014. *Capital erótico. El poder de fascinar a los demás* [EPub]. Barcelona: Debate Editorial.
- Littler, Jo. 2018. *Against meritocracy: culture, power and myths of mobility*. Abingdon: Editorial Routledge.
- Mann, Traci, Janet A. Tomiyama, Erika Westling, Ann-Marie Lew, Barbara Samuels y Jason Chatman. 2007. «Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer». *American Psychologist* (2007). Vol. 62, N°3, pp 220-233. American Psychological Association. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17469900/> el 3 de marzo de 2023.
- Moreno, Graciela. 07 de junio de 2022. «Cierra la clínica de Máximo Ravenna, revolucionó la forma de bajar de peso». *BAENegocios.com*. Recuperado de <https://www.baenegocios.com/negocios/Cierra-la-clinica-de-Maximo-Ravenna-revoluciono-la-forma-de-bajar-de-peso-20220607-0062.html> el 17 de abril de 2023.
- Navajas-Pertegás, Nina. 2017. «La gordofobia es un problema del trabajo social». *Azarbe Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. 2017. N° 6, pp. 37-45. Universidad de Murcia.
- Navajas-Pertegás, Nina. 2021. «Deberías adelgazar, te lo digo porque te quiero: reflexiones autoetnográficas sobre la gordura». *Athenea Digital*, 21(1), e2434. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/view/v21-1-navajas> el 24 de abril de 2023.

- Novo Nordisk. 2023. *¿Qué es Ozempic?* Recuperado de <https://espanol.ozempic.com/que-es-ozempic.html> el 5 de abril de 2023.
- Orgad, Shani y Rosalind Gill. 2022. *Confidence culture*. Carolina del Norte: Duke University Press.
- Organización Mundial de la Salud. 9 de junio de 2021. *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> el 9 de marzo de 2023.
- Pérez, Moira. 2019. «Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer». En Balaña, Sabrina, Agostina Finielli, Carla Giuliano, Andrea Paz y Carlota Ramírez. 2019. *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- Phelan, Sean M., Diane J. Burgess, Mark V. Yeazel, Wendy Lynn Hellerstedt, J. M. Griffin y Michelle van Ryn. 2015. «Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity». En *Obesity reviews* 16, p. 319-326. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/obr.12266> el 11 de marzo de 2023.
- Pichel-Vázquez, Alexandre. 2019. *Cuerpos digitales, imagen y subjetividades. La virtualidad y la performatividad del género, la sexualidad y la corporalidad en la era de Instagram*. Trabajo de Fin de Máster en Estudios de Dones Gènere i Ciutadania. 2019. Valencia: Institut Interuniversitari d'estudia de Dones i Gènere.
- Pineda G., Esther. 2020. *Bellas para morir. Estereotipos de género y violencia estética contra la mujer*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Piñeyro, Magdalena. 2016. *Stop gordofobia y las panzas subversas*. Valencia: Ed. Baladre, Málaga: Ed. Zambra.
- Romero Sánchez, Amparo. 2014. «La utopía posfeminista: del ciberfeminismo al tecnofeminismo». *Cuadernos del Ateneo*, N° 32, pp. 156-169. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5241123> el 6 de marzo de 2023.
- Rosas Fernández, Mariana, Carlos Concha Vilca, Leandro Oliveira Bastida y Kelse Tibau de Albuquerque. 2018. «Restricción alimentaria intermitente: repercusiones en la regulación de la homeostasis energética hipotalámica y tejido adiposo». *An Fac med* (2018). 79 (4): 331-7. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/15640> el 3 de marzo de 2023.

- Rubino, Francesco, Rebecca M. Puhl, David E. Cummings, Robert H. Eckel, Donna H. Ryan, Jeffrey I. Mechanick, Joe Nadglowski, Ximena Ramos Salas, Phillip R. Schauer, Douglas Twenefour, Caroline M. Apovian, Louis J. Aronne, Rachel L. Batterham, Hans-Rudolph Berthoud, Camilo Boza, Luca Busetto, Dror Dicker, Mary De Groot, Daniel Eisenberg, Stuart W. Flint, Terry T. Huang, Lee M. Kaplan, John P. Kirwan, Judith Korner, Ted K. Kyle, Blandine Laferrère, Carel W. le Roux, LaShawn McIver, Geltrude Mingrone, Patricia Nece, Tirissa J. Reid, Ann M. Rogers, Michael Rosenbaum, Randy J. Seeley, Antonio J. Torres y John B. Dixon. 2020. «Joint international consensus statement for ending stigma of obesity». En *Nature medicine* Vol. 26, abril 2020, 485-497.
- Samper, Esther. 13 de diciembre de 2022. «El desabastecimiento de Ozempic: el afán desmedido por adelgazar deja a los diabéticos sin un medicamento esencial». *e/Diario.es*. Recuperado de [https://www.eldiario.es/sociedad/desabastecimiento-ozempic-afan-desmedido-adelgazar-deja-diabeticos-medicamento-esencial\\_1\\_9789178.html](https://www.eldiario.es/sociedad/desabastecimiento-ozempic-afan-desmedido-adelgazar-deja-diabeticos-medicamento-esencial_1_9789178.html) el 11 de marzo de 2023.
- Seligman, Martin E. 1975. *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman. Recuperado de <https://archive.org/details/helplessnessonde00seli/page/n275/mode/2up> el 26 de abril de 2023.
- Taylor, Sonya Renee. 2018. *El cuerpo no es una disculpa. El poder del autoamor radical*. Tenerife: Editorial Melusina.
- Wolf, Naomi. 2020-1990. *El mito de la belleza*. Madrid: Editorial Continta Me Tienes.
- Young, Iris Marion. 2000. *La justicia y la política de la diferencia*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Zafra, Remedios. 2018. *Ojos y capital*. Bilbao: Editorial Consonni.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1. IMPULSO INICIAL DE LAS ENTREVISTAS**

Hola, buenos días/tardes. Mi nombre es Elena Castro, soy estudiante del Máster de género e igualdad en el ámbito público y privado por la Universidad Jaime I de Castellón y en estos momentos estoy realizando un Trabajo de Final de Máster sobre gordofobia médica.

Como parte del mismo, estoy realizando entrevistas a mujeres que se reconocen como gordas para indagar en sus experiencias dentro del sistema biomédico.

No tengo unas preguntas cerradas, sino que se trata de una conversación. Tú cuéntame lo que quieras y yo te iré guiando a las áreas de interés. No hay respuestas buenas o malas. Para mí es importante conocer tu experiencia, tal como ha sido.

Quiero hacer hincapié en que no se compartirán tus datos ni la grabación de esta entrevista, únicamente la transcripción de la misma.

Dicho todo esto, ¿podrías contarme cómo ha sido tu experiencia en el sistema biomédico?

**A LA DIRECTIVA DEL CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO/ CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....**  
**DE.....**

Yo, D./Dña. ...., mayor de edad, con domicilio en ....., de la localidad de ....., con DNI/NIE nº ....., teléfono de contacto ....., y dirección de correo electrónico ..... con afiliación a la Seguridad Social con el nº ....., comparezco y

### EXPONGO

**PRIMERO.** Debido a mi estado de salud, asistí a cita médica con ..... del Centro de Atención Primaria/Centro ....., en fecha y hora .....quien me hizo objeto de trato discriminatorio por razón de mi peso o IMC, sin tener en cuenta mi estado de salud integral (incluida mi salud mental), y a consecuencia, no recibí el diagnóstico o tratamiento adecuado a mi dolencia/patología.

**SEGUNDO.** Tras dicha visita médica, considero que el trato discriminatorio que sufrí no solo empeora mi estado de salud, sino que dificulta mi acceso a una valoración médica sin estigma del peso. Este suceso además, vulnera mi derecho a una atención sanitaria digna y sin discriminación de ningún tipo, por lo que les hago responsables de aquellos daños y perjuicios que pueda sufrir por no haber recibido hasta el momento una atención de calidad.

**TERCERO.** Asimismo, quiero hacer constar que en la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, en el **Artículo 27 Integración del principio de igualdad en la política de salud**, donde dice “Las Administraciones públicas garantizarán un **igual derecho a la salud de las mujeres y hombres**, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, **del principio de igualdad de trato**, evitando que por sus **diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados**, se produzcan discriminaciones entre unas y otros”. Aquí se recoge que haya igualdad de trato, ya sea una persona gorda o no, (según sus circunstancias o estereotipos sociales).

Por todo ello, **SOLICITO** que se admita este escrito y se tenga por formulada dicha reclamación. Insisto en mi inclusión a una asistencia sanitaria correspondiente con mi dolencia o patología, sin tener discriminación por mi peso o IMC, y que se me derive a la consulta con la especialidad que corresponda, de la forma más rápida posible. **SOLICITO CAMBIO DE ESPECIALISTA LO ANTES POSIBLE** Espero que me comuniquen su decisión en el plazo más breve posible (en ningún caso debe exceder de 30 días).

En ....., a ..... de ..... del año .....

Firmado .....

PD.- En el supuesto de que el órgano al que me dirijo no sea el competente para resolver, ruego procedan a su remisión al órgano de destino, tal y como prevé la normativa vigente

#### RESTO DE ANEXOS: TRANSCRIPCIONES

Con el fin de preservar la intimidad de las seis mujeres entrevistadas, los seis anexos correspondientes a las entrevistas realizadas se servirán en documento aparte, solo para los ojos del comité evaluador del TFM del itinerario de Investigación del curso 2022/23 del Máster de Género e Igualdad en el Ámbito Público y Privado de la Universidad Jaime I de Castellón y de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

En dichos anexos, los nombres de las entrevistadas han sido cambiados, del mismo modo que en el presente documento. Pero las entrevistas contienen información confidencial referente a lugares, trabajos o estudios que hemos creído conveniente proteger.