



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Habitar la Gordura en un Mundo Gordofóbico: Una Perspectiva Crítica sobre la Salud Basada en las Experiencias de Mujeres Colombianas Gordas

Jessica Andrea Rodriguez Abril

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Maestría de Psicología
Plan de estudio de profundización en Psicología Clínica
Bogotá D.C - Colombia
2024

Habitar la Gordura en un Mundo Gordofóbico: Una Perspectiva Crítica sobre la Salud Basada en las Experiencias de Mujeres Colombianas Gordas

Jessica Andrea Rodriguez Abril

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Magister en Psicología

Director:
D., Franklin Gerly Gil Hernández

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología
Maestría de Psicología
Plan de estudio de profundización en Psicología Clínica
Bogotá D.C - Colombia
2024

Agradecimientos

Aunque sé que es inusual e incluso podría ser mal visto en algunos contextos, quiero iniciar agradeciéndome a mí misma por persistir. El camino que recorrí para llegar aquí fue uno de los más retadores que he atravesado en mi vida. Este proceso significó enfrentarme a mis temores, reafirmar mis avances, buscar a mi red de apoyo, desafiar mis límites y ser paciente, una habilidad que sigo trabajando.

También agradezco enormemente a Franklin, primero por creer en mí y en mi proyecto, por ayudarme a darle forma y acompañarme durante todo el proceso, siempre con empatía, crítica constructiva, conocimiento y una cuidadosa forma de comunicar mis equivocaciones y señalar mis aciertos. En ti encontré al docente e investigador que necesitaba para enfrentar este reto, y es lo que les deseo a todas las personas que estén en este proceso: una persona como tú, como director y guía de ese camino que están por emprender.

Además, debo reconocer lo afortunada y privilegiada que soy al estar rodeada de personas maravillosas que siempre están y estuvieron dispuestas a estar para mí; a veces conteniéndome, escuchándome, cuidándome, ayudándome, recordándome quién soy y, en ocasiones, tolerando mi silencio y mi distancia cuando necesitaba replegarme. Gracias a mis amigas Vanessa, Natalia, Juliana, Camila y a todxs lxs demás; a mi hermana, mi tía y mi familia; a mis gatxs y a Gabriel, mi pareja gracias infinitas por haber sido tan paciente, cuidadoso y sostenedor durante todo este tiempo.

Finalmente, agradezco enormemente una vez más a las mujeres que participaron en esta investigación. Gracias por darme su tiempo, por abrirse con tanta generosidad a compartir sus historias, por vulnerabilizarse en esa conversación que sostuvimos, por confiar en mí y compartirme sus saberes. Fue maravilloso sentir cómo, juntas, cada una desde sus posibilidades y desde sus contextos, estamos aportando a construir un mundo donde las personas, y especialmente las mujeres, nos sintamos seguras, respetadas, cuidadas y libres.

Resumen

Este trabajo de investigación examina el impacto de la gordofobia en la salud integral de mujeres colombianas, poniendo en primer plano sus experiencias de vida y cuestionando el concepto de "preocupación por la salud" que se ha construido en torno a las personas gordas. Se busca cuestionar las concepciones tradicionales de salud, reflexionar sobre la gordofobia y proponer acciones concretas para enfrentarla desde la psicoterapia.

Utilizando una metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico y feminista, se realizaron entrevistas a 17 mujeres gordas, a fin de explorar sus vivencias frente a la gordofobia y sus consecuencias en distintos aspectos de su vida. Los resultados evidencian que la gordofobia tiene un impacto negativo en la salud integral de estas mujeres, afectando su acceso a derechos y exponiéndolas a diversas formas de discriminación. A partir de esto, se concluye que es necesario adoptar una visión más amplia e inclusiva de la salud, reconociendo la gordofobia como un sistema de opresión y promoviendo acciones colectivas para combatirla.

Palabras Clave: Gordofobia, salud, discriminación, mujeres gordas, psicoterapia.

Abstract

Living Fat in a Fatphobic World: A Critical Perspective on Health Based on the Experiences of Fat Colombian Women.

This research examines the impact of fatphobia on the overall health of Colombian women, highlighting their life experiences and questioning the concept of "health concern" constructed around fat individuals. It aims to challenge traditional health conceptions, reflect on fatphobia, and propose concrete actions to address it through psychotherapy.

Using a qualitative methodology with a phenomenological and feminist approach, interviews were conducted with 17 fat women to explore their experiences with fatphobia and its consequences on various aspects of their lives. The results demonstrate that fatphobia negatively impacts these women's overall health, affecting their access to rights and exposing them to various forms of discrimination. Consequently, the study concludes that a broader and more inclusive view of health is necessary, recognizing fatphobia as a system of oppression and promoting collective actions to combat it.

Keywords: Fatphobia, health, discrimination, fat women, psychotherapy.

Contenido

Resumen	3
Introducción.....	5
1. Breve recorrido por el conocimiento actual.....	7
2. Metodología	9
2.1. Las voces por oír	12
2.2. El entretreído	14
3. Guía del lector: Un recorrido por el texto	17
Capítulo 1. ¿Gordo qué?.....	19
1.1. Gordura a lo largo de la historia de occidente	20
1.2. Discriminación normalizada: gordofobia	25
1.3. Activismos gordos	32
1.4. Las palabras sí importan	37
Capítulo 2. El peso de las estructuras	41
2.1. Cuerpos, subjetividad y control.....	41
2.2. Más allá de las personas: La gordofobia como sistema de opresión.	50
2.3. Ser mujer y ser gorda	60
Capítulo 3. ¿En realidad es sobre salud?	68
3.1. El reduccionismo de la salud al cuerpo y la delgadez.....	68
3.2. Ganar salud perdiendo salud.....	77
3.2.1. Gordo igual a enfermo: Gordofobia médica.....	77
3.2.2. El peso de la delgadez.....	82
Capítulo 4. La gordofobia un asunto de todas las personas	89
4.1. No solo es sobre salud, es sobre personas.....	89
4.1.1. Gordofobia en el ámbito laboral	90
4.1.2. Gordofobia y relaciones sociales	93
4.1.3. Gordofobia y acceso a servicios esenciales.....	101
4.2. “Yo no decidí odiarme”: De la individualización a la acción colectiva.....	105
4.3. Enfrentando la gordofobia desde la psicoterapia	112
Conclusiones	120
Referencias:.....	126
Anexos	143

Introducción

Crecer siendo una mujer delgada en una familia mayoritariamente gorda me hizo sentir en primera persona el privilegio que tenemos las personas delgadas, no solamente entre las personas con “normo” peso sino incluso también dentro de las personas gordas. Crecí viendo como mi cuerpo era aprobado, visto positivamente e incluso anhelado, especialmente por las mujeres de mi familia y quizás por ello y por los múltiples mensajes de la sociedad en la que crecí, me sentí en derecho por mucho tiempo de dictaminar lo que era apropiado para mis seres queridos.

Mi falsa creencia de estar me posicionando desde un interés mayor para ellos (salud) y hacerlo desde lo que consideraba era “empático y cuidadoso”, me permitía justificar comentarios, interpretaciones, recomendaciones no pedidas, que hacía sobre su cuerpo o sus hábitos además haciéndolo desde la comodidad de quien no está viviendo la experiencia dolorosa de ser gorda en una sociedad gordofóbica. Esto a su vez no me permitió ver lo que ahora para mí es obvio, por ejemplo, que mi familia y yo teníamos los mismos hábitos de alimentación y cambios en las vivencias cotidianas, y por eso creía que la diferencia entre el tamaño del cuerpo de ellos y el mío era su culpa, y por lo tanto ellos debían hacer cosas para cambiarlo.

Cuando tuve contacto por primera vez con el tema de la gordofobia fue en el año 2022, aunque previamente ya me venía cuestionando la forma en la que nos han hecho relacionarnos con nuestro cuerpo desde la cultura patriarcal, racista, colonialista y capitalista en la que vivimos y que especialmente oprime a las mujeres y a las minorías; no fue hasta ese año cuando pude empezar a estudiar más a fondo sobre el tema. Me uní a una certificación que abordaba la salud de una forma más integral, allí puede iniciar mi deconstrucción de forma más consciente, informada, acompañada, crítica y por supuesto muy movilizadora, pues a medida que fui entendiendo, aprendiendo y cuestionándome las dinámicas que hay alrededor de la gordofobia y evidenciando la interseccionalidad que hay

en esta práctica discriminatoria, me fui reconociendo como víctima y victimaria de la gordofobia.

De modo que este proceso de confrontación personal me llevó a replantear no solo mi mirada sobre el cuerpo, sino también el enfoque con el que quería abordar mi práctica profesional como psicoterapeuta. Pues la psicología, en ocasiones reproduce los mismos sistemas de opresión que, irónicamente, busca desafiar en otros ámbitos como el psicoterapéutico (Cruz, 2015). Por ello como psicóloga y psicoterapeuta, me enfrenté a la disyuntiva de continuar reproduciendo una visión que responsabiliza a las personas gordas de su bienestar o cuestionar las dinámicas que han generado la opresión sobre ellas. Entender mi privilegio como mujer delgada fue el primer paso para reconocer que muchas veces la salud ha sido instrumentalizada para justificar la violencia y exclusión hacia los cuerpos gordos (Bacon & Aphramor, 2011; Piñeyro, 2016) y por ende, comprender que mi posición frente a la gordura debía ser otra.

En ese sentido, aludiendo a lo expuesto por Magda Piñeyro (2024), licenciada en Filosofía, Máster en Estudios de Género y Políticas de Igualdad, así como escritora y activista gorda, en una publicación en su cuenta de Instagram, donde compartía dos acciones que las personas preocupadas por la salud de la gente gorda podían llevar a cabo: la primera, unirse a la lucha contra la gordofobia; y la segunda, callarse la boca. Yo decidí llevar a cabo la primera, ya que al comprender las consecuencias que la gordofobia causa en la vida de las personas gordas entendí que mi interés como persona y como terapeuta por el bienestar de las personas gordas no podía desconocer dichas consecuencias y debía dirigirse a contribuir a visibilizar, cuestionar y transformar las estructuras sociales que perpetúan la gordofobia. Lo que ha implicado no solo cuestionar mis propios prejuicios y creencias internalizadas, sino también involucrarme en la lucha por la igualdad y la justicia social con acciones desde mi cotidianidad y mi práctica profesional.

Considero que la lucha contra la gordofobia es un asunto colectivo y que todas las personas puedes contribuir desde su individualidad y desde sus diversos

contextos. En lo que corresponde a los profesionales de la salud, quienes han representado en muchas ocasiones un lugar reproductor y legitimador de la gordofobia, se requiere que cuestionen y transformen las prácticas que han llevado a cabo para abordar el malestar o la necesidad de las personas gordas que les consultan, revisar y deconstruir sus prejuicios y contemplar la salud desde una perspectiva más integral y contextual.

Por todo lo anterior, decidí enfocar mi trabajo de grado en la gordofobia con el objetivo de contribuir a visibilizar la experiencia de habitar un cuerpo gordo en una sociedad que ha normalizado esta forma de discriminación (Álvarez, 2014; Olea, 2017; Quirós, 2021). En particular, busco evidenciar la opresión sistemática que enfrentan las personas gordas y las consecuencias negativas que esto tiene para su salud integral, con especial énfasis en las mujeres, quienes constituyen el principal blanco de esta opresión corporal (García, 2017; Gómez, 2020). Además, mi investigación tiene como propósito proponer acciones concretas para enfrentar la gordofobia desde la psicoterapia, con el fin de mejorar el acompañamiento psicológico a las personas gordas que han sufrido esta forma de discriminación.

1. Breve recorrido por el conocimiento actual

La investigación sobre la gordofobia en Latinoamérica ha adquirido creciente relevancia en los últimos años, en línea con los movimientos internacionales que cuestionan las normativas de la delgadez y los ideales corporales hegemónicos pero en búsqueda de un conocimiento y entendimiento contextualizado a nuestra realidad, que además permitiera el acceso a la información de todas las personas sin la limitante del idioma (Piñeyro, 2016). Por ello, este fenómeno ha sido abordado desde diferentes disciplinas, como la sociología, la psicología, la antropología y los estudios de género.

De hecho uno de los enfoques más destacados en la investigación sobre gordofobia en Latinoamérica ha sido el análisis de la relación entre la discriminación basada en el peso y las construcciones sociales de la belleza. Así,

los estudios en esta área han profundizado en cómo la gordofobia no solo opera a nivel individual, sino también a nivel estructural, afectando el acceso a derechos fundamentales, como la salud, el empleo y la participación en la vida social (Piñeyro, 2020; Mancuso et al., 2021; Quiros, 2021). Por lo que en este sentido, la gordofobia no se limita al rechazo interpersonal, sino que está institucionalizada en diversas prácticas y discursos convirtiéndose en un problema estructural (Olea, 2017).

En ese sentido la relación entre la gordofobia y el género ha sido un tema central en las investigaciones sobre discriminación corporal, dado que las mujeres son, en su mayoría, quienes enfrentan las formas más severas de esta opresión. La intersección entre el género y la gordofobia revela una doble carga para las mujeres, quienes no solo enfrentan expectativas sociales relacionadas con la feminidad, sino que también son juzgadas con mayor rigor por su apariencia física. Así, varios estudios han destacado que la presión hacia la delgadez se manifiesta más intensamente en las mujeres debido a los estándares de belleza patriarcales que equiparan la feminidad con la juventud, la belleza y, sobre todo, la delgadez (Esteban, 2011; Contrera y Cuello; 2016; Garcia, 2017). Por ende, las mujeres gordas, en particular, se ven atrapadas en un ciclo de estigmatización que no solo castiga su cuerpo, sino que también pone barreras para acceder a sus derechos y tener una buena calidad de vida (Álvarez, 2014; Piñeyro, 2019)

De igual forma, los trabajos que exploran la relación entre la gordofobia y la salud mental han demostrado que la gordofobia tiene un impacto significativo en el bienestar psicológico de las personas ya que en muchos casos, se ha observado que la presión por perder peso y alcanzar el cuerpo ideal genera sentimientos de ansiedad, depresión, baja autoestima e, incluso, trastornos alimentarios (Gallardo, 2021; Gallardo & Franco, 2021).

En términos geográficos, Brasil y México han liderado la producción académica sobre este tema. En Brasil, investigadores como Seixa y Birman (2012) han realizado estudios valiosos sobre la discriminación por peso y los estándares de belleza contemporáneos, analizando cómo la gordofobia se manifiesta en el

acceso a servicios de salud y en la vida cotidiana de las personas gordas. Igualmente en México, la investigación sobre gordofobia ha abarcado una gama más amplia de temas, desde el impacto de la gordofobia la vida de las mujeres hasta formas de repensarse la gordura (Soto, 2021; Ramirez et al., 2022). Estos estudios han sido fundamentales para visibilizar cómo la cultura de la delgadez y la estigmatización de los cuerpos gordos se reproducen en diversas esferas sociales y políticas.

También en otros países, como Colombia, Chile y Argentina, la investigación sobre la gordofobia ha comenzado a ganar terreno importante. En Colombia, los estudios recientes han señalado cómo la gordofobia limita el acceso a derechos fundamentales, como la atención médica adecuada o el establecimiento de relaciones sociales, debido a la estigmatización que enfrentan las personas gordas al buscar atención sanitaria (Cruz, 2015; Salas, 2021; Diaz, 2022), así como la relación entre el género y la gordofobia.

No obstante, aunque hay buenos avances en la investigación sobre la gordofobia es importante seguir sumando esfuerzos que contribuyan no solo a la visibilización de esta problemática sino que también planteen cambios sociales que permitan desvincular la salud de la delgadez, promover una cultura que valore la diversidad corporal, que favorezcan el bienestar integral de todas las personas y así, tener sociedades más justas y equitativas, donde todas las personas tengan las mismas oportunidades y sean tratadas con respeto, independientemente de su tamaño.

2. Metodología

La presente investigación se enmarca en un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico y feminista, empleando un diseño descriptivo exploratorio. Esta elección metodológica responde a la necesidad de capturar la complejidad y subjetividad que caracterizan las experiencias de las mujeres que han enfrentado la gordofobia, un fenómeno poco explorado, particularmente en el contexto colombiano. El enfoque fenomenológico permite profundizar en la comprensión de

estas vivencias, reconociendo su riqueza y singularidad, dando valor a las perspectivas individuales de cada participante. Por otro lado, el enfoque feminista proporciona un marco teórico y metodológico que examina las relaciones de poder y las estructuras sociales que perpetúan la gordofobia, al mismo tiempo que subraya la importancia de la justicia social y la equidad de género en el ámbito investigativo y terapéutico.

Es fundamental que esta investigación adopte una perspectiva disidente al trabajar con mujeres, dado que abordar fenómenos que las afectan de manera particular no puede limitarse a una mirada tradicional que confine al investigador a un rol de observador objetivo. Ya que como sostiene Gil (2010), la inclusión de la experiencia personal del investigador no solo no entorpecer la investigación, sino que puede enriquecer la generación de conocimiento, permitiendo una comprensión más profunda y completa de la gordofobia y sus efectos en la salud mental.

Por lo que, surge una pregunta crucial: ¿cómo investigar las relaciones de poder que oprimen a las personas gordas utilizando metodologías científicas tradicionales que, en su origen, no contemplan preguntas de este tipo? Pues estas metodologías arrastran consigo creencias profundamente arraigadas sobre qué es conocimiento válido, quién puede producirlo y qué temas son dignos de estudio. Las metodologías tradicionales censuran la no racionalidad, es decir, aquello que tenga que ver con el sentir y con la emocionalidad, pues consideran que es subjetiva, no medible, no cuantificable, no científica y por ende lo opuesto a la racionalidad que es demostrable, verificable, organizada y está sujeta a hipótesis (Zuluaga y Insuasty, 2011). Es decir, se le da valor a aspectos que son considerados masculinos y se le quita valor a lo considerado femenino pues es sabido que a lo largo de la historia los hombres han sido asociados con lo racional y las mujeres con lo irracional (Fuentes, 2012).

Y no solo se trata de una cuestión de valores asociados a lo masculino y lo femenino, sino que, como menciona Harding (1998), la mayoría de los investigadores han sido históricamente hombres, quienes plantean preguntas,

investigan y analizan desde una mirada masculina. Esto ha llevado a que los fenómenos que experimentan las mujeres sean descritos desde una perspectiva que, con frecuencia, refuerza sistemas y dinámicas de opresión.

Esta visión jerarquiza el conocimiento y dificulta la visibilización de las experiencias y realidades de las personas históricamente oprimidas. Por ende, es necesario explorar enfoques metodológicos más inclusivos y críticos que desafíen los paradigmas tradicionales y permitan construir un conocimiento al servicio de las necesidades sociales. En este sentido, es crucial interrogar y desafiar las creencias arraigadas en el proceso de construcción del conocimiento, fomentando una ciencia que no solo sea diversa y consciente de las dinámicas sociales, sino que también sea consciente de su propio poder y sus limitaciones.

De modo que, en esta investigación ha sido fundamental adoptar una postura crítica y reflexiva que permita cuestionar las narrativas dominantes y centrar las voces de las mujeres gordas, quienes han sido tradicionalmente invisibilizadas o patologizadas en los estudios sobre salud y bienestar (Fachim, 2022). Por ello, el propósito de esta metodología no es solo obtener datos sobre la experiencia de la gordofobia, sino también reconocer a las participantes como agentes activas en la construcción del conocimiento, lo cual permite que sus experiencias y saberes sean validados y tenidos en cuenta como fuentes legítimas de conocimiento.

Al emplear un enfoque feminista y fenomenológico, se reconoce que las experiencias de las mujeres gordas no pueden ser entendidas sin tener en cuenta el contexto en el que se dan. En esta línea, la investigación no solo se interesa en describir las vivencias de gordofobia, sino también en analizar cómo las estructuras sociales y los discursos médicos, culturales y mediáticos contribuyen a su perpetuación, pues tal como lo indica Foucault (2002), el poder no solo reprime, sino que también produce saberes y subjetividades que crea y sostienen la opresión, en este caso la opresión a las personas gordas.

Por lo tanto, la presente investigación no se limita a recopilar datos sobre las consecuencias de la gordofobia, sino que busca situar estos efectos en un contexto sociopolítico más amplio. Así, al adoptar un enfoque crítico, se pretende

cuestionar las nociones convencionales de salud y bienestar, y proponer alternativas que no patologice a las personas gordas ni perpetúen la violencia hacia ellas desde la justificación de buscar su salud. De esta manera, la investigación aspira a contribuir al campo de la salud con una visión más inclusiva y justa, que reconozca la diversidad corporal y combata las formas de opresión estructural que afectan a las mujeres gordas limitando su bienestar y afectando su calidad de vida.

2.1. Las voces por oír

En esta investigación¹ desarrollé una entrevista semiestructurada con el propósito de comprender en profundidad las experiencias de las mujeres habitando sus cuerpos considerados gordos. Este instrumento abordó diversas dimensiones que podrían verse afectadas por estas vivencias, incluyendo lo personal, lo social, la salud física y la salud mental. Dichas dimensiones fueron consideradas, reconociendo la multifactorialidad de la salud, ya que el objetivo era describir y analizar la influencia de estas experiencias en la salud integral y el bienestar de las participantes. Adicionalmente también indagué por sus percepciones sobre la palabra gorda, los sesgos sobre la gordura, su conocimiento sobre la gordofobia y sus sugerencias de cómo abordar la gordofobia socialmente y en terapia.

En cuanto a la entrevista esta fue hecha de forma virtual a través de videollamada con las mujeres interesadas, en promedio la duración de la entrevista fue de 1.5 horas. Previamente las participantes habían recibido y firmado un consentimiento informado en donde se les explicaban los objetivos de la investigación, la importancia de su participación en ella, la libertad para participar y revocar su participación, así como los lineamientos éticos que se seguirían para cuidar de su identidad y de ellas, durante y después de la entrevista, debido a la sensibilidad que podía surgir a causa de los temas abordados en esta.

¹ Esta investigación fue llevada a comité de ética de la facultad de Ciencias Humanas donde fue avalada.

Por otro lado, los criterios de inclusión que se tuvieron para la investigación fueron ser mujer, mayor de edad, ser colombiana, ser o haber sido percibida como una mujer gorda y/o autoperibirse como lo que socialmente se considera es ser una mujer gorda. Así, las participantes fueron 17 mujeres Colombianas entre los 20 y los 42 años, quienes estuvieron interesadas en participar cuando realicé la convocatoria a través de mis redes sociales profesionales, por ello no es una muestra probabilística ni representativa, sin embargo, sí proporciona una valiosa perspectiva sobre las experiencias subjetivas y los desafíos a los que se enfrentan las mujeres gordas, particularmente en el contexto colombiano. Para cuidar su privacidad los nombres de las participantes fueron cambiados, se les asignó un nombre seudónimo para referirse a ellas.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes

SEUDÓNIMO	EDAD	OCUPACIÓN	LUGAR DE RESIDENCIA	ESCOLARIDAD	CARRERA
Sofía	20	Estudiante	Bogotá	Pregrado	Odontología
Valeri	34	Ama de casa	Tunja	Pregrado	Psicología
Liz	25	Ingeniera Ambiental, Modelo y Bailarina	Bogotá	Pregrado	Ingeniería Ambiental
Dana	27	Desarrolladora	Mosquera	Pregrado	Ingeniería de Sistemas
Ana	28	Diseñadora UX	Bogotá	Pregrado	Diseño Gráfico
Gaby	24	Estudiante y Profesora	Bogotá	Pregrado	Lingüística
Fany	32	Ingeniera Ambiental	Atlanta	Maestría	Ingeniería de Sistemas
Lucía	32	Orientadora	Soacha	Pregrado	Psicología
Aura	24	Estudiante	Bogotá	Pregrado	Psicología
Mara	26	Psicoterapeuta	Bogotá	Posgrado	Psicología
Nadia	34	Comerciante Independiente	Itagüí	Pregrado	Seguridad y Salud en el Trabajo
Mabel	42	Nutricionista y Epidemióloga	Bogotá	Especialización	Nutrición
Lina	33	Gestora Académica	Bogotá	Maestría	Politología

Julia	28	Estudiante y Empleada	Bogotá	Pregrado	Marketing y Publicidad
Yudy	27	Estudiante	Bogotá	Pregrado	Fonoaudiología
Juana	25	Nutricionista	Bogotá	Pregrado	Nutrición
Luna	24	Desempleada	Bogotá	Técnico	Salud Pública

2.2. El entretejido

En lo referente al análisis de la información obtenida a través de las entrevistas se realizó siguiendo una metodología fenomenológica y feminista. Por un lado, la fenomenología, como método de investigación, permite explorar en profundidad los significados, el sentido y la importancia de las experiencias vividas por las personas inmersas en los fenómenos estudiados (Ayala, 2008) y por el otro, el feminismo permite generar conocimiento crítico y transformador, que cuestione las estructuras de poder existentes y promueva la construcción de sociedades más justas y equitativas (Zuluaga y Insuasty, 2011). En este caso, el foco estuvo en reconocer que la gordofobia no es un fenómeno aislado, sino que se entrelazan con las estructuras sociales, culturales y políticas que las configuran.

Entonces, organicé los datos en categorías y subcategorías preestablecidas que estaban en coherencia con la guía de entrevista, este proceso inicial permitió estructurar la información en torno a los temas principales planteados desde el diseño de la investigación. Sin embargo, durante la lectura detallada de las entrevistas, surgieron nuevas subcategorías que no habían sido consideradas previamente, lo que enriqueció el análisis al reflejar aspectos emergentes desde las experiencias de las participantes (Lieblich et al., 1998). A continuación, describiré las siete categorías y las veinticuatro subcategorías de análisis.

1. Experiencias personales: Esta categoría recoge las vivencias individuales de las mujeres gordas en sus contextos familiares, privados y educativos, así como sus percepciones sobre la palabra "gorda" y los cambios que han hecho en respuesta a la gordofobia.
 - Experiencias en la familia: Explora cómo la gordofobia se manifiesta dentro del entorno familiar a través de comentarios y actitudes negativas.

-
- Experiencias privadas: Relata las emociones y pensamientos internos de las mujeres respecto a su peso y cuerpo.
 - Experiencias en el colegio: Describe el bullying y acoso escolar vinculado a la gordofobia.
 - Cambios por Gordofobia: Detalla cómo la percepción de su cuerpo influyó en el comportamiento de las entrevistadas.
 - Percepciones sobre la palabra "gorda": Investiga cómo las mujeres internalizan el uso de este término y su impacto en su identidad
2. Experiencias sociales: Se enfoca en cómo las relaciones sociales, ya sean de amistad, sexoafectivas o laborales, son afectadas por la gordofobia.
- Amistad: Analiza el impacto de la gordofobia en las relaciones con amigos, sean de apoyo o de rechazo.
 - Sexoafectiva: Aborda la discriminación, fetichización o aceptación en las relaciones románticas y sexuales.
 - Laboral: Examina la discriminación en el lugar de trabajo, desde la contratación hasta el trato entre colegas.
 - Otros contextos: Incluye experiencias de discriminación en espacios como gimnasios y tiendas de ropa.
3. Salud: Esta categoría investiga cómo la gordofobia afecta la salud de las mujeres gordas, particularmente en el contexto médico.
- Atención médica: Relata el trato discriminatorio que reciben las mujeres gordas en entornos médicos.
 - Impacto de los tratos médicos: Detalla las repercusiones de una atención inadecuada en la salud física y mental.
 - Afectación de la salud: Examina cómo la gordofobia impacta la salud integral de las mujeres gordas.
4. Salud mental Esta categoría explora el impacto de la gordofobia en la salud mental y emocional, así como las experiencias en la terapia.

-
- Relación consigo mismas: Examina la autoimagen de las mujeres gordas y cómo se ven afectadas por la gordofobia.
 - Afectación psicológica: Describe la ansiedad, depresión y otros efectos emocionales derivados de la gordofobia.
 - Experiencias en terapia: Analiza las vivencias de las mujeres con terapeutas y los desafíos que enfrentan en estos espacios.
5. Prejuicio y violencia: Aborda la discriminación y violencia basadas en el peso, y cómo estas difieren entre hombres y mujeres.
- Prejuicio: Examina los incidentes de discriminación y violencia por ser gordas.
 - Prejuicio de peso: Compara cómo el peso afecta el trato que reciben personas delgadas y gordas.
 - Prejuicio de género: Analiza cómo la gordofobia afecta de manera distinta a mujeres y hombres.
6. Gordofobia: Se enfoca en las percepciones de las participantes sobre la discriminación por peso, el movimiento antigordofobia y la necesidad de cambios sociales para abordar la gordofobia.
- Percepciones sobre gordofobia: Investiga el conocimiento y las opiniones sobre la lucha contra la gordofobia.
 - Antigordofobia: Relata las experiencias de las mujeres en el reconocimiento de la diversidad corporal y su lucha contra el estigma.
 - Cambios sociales: Exige la necesidad de reformas sociales que promuevan la equidad y reconocimiento de los derechos de las personas gordas.
7. Recomendaciones para la terapia: Esta categoría recoge sugerencias para mejorar la atención psicoterapéutica de las mujeres gordas.
- Del terapeuta: Sugiere cualidades y estrategias que los terapeutas deben adoptar para ofrecer una atención adecuada.

- De la terapia: Aborda las formas en que la terapia puede estructurarse para atender de manera efectiva las experiencias relacionadas con la gordofobia.
- Relación terapéutica: Destaca la importancia de una relación de confianza y respeto entre terapeuta y paciente.

Este enfoque metodológico permitió generar un mapa conceptual claro y estructurado que reflejaba la profundidad de las experiencias de las mujeres gordas y cómo la gordofobia atravesaba diferentes dimensiones de sus vidas. Así, cada categoría y subcategoría fue ideal para proporcionar una comprensión más clara de los impactos individuales y colectivos de la gordofobia, facilitando tanto la descripción como el análisis de las experiencias.

3. Guía del lector: Un recorrido por el texto

Este escrito explora de manera crítica la concepción de la salud, las creencias entorno a la gordura y expone las consecuencias y las dinámicas que sostienen la gordofobia. El texto ha sido elaborado a modo de libro, de manera que el texto está organizado en capítulos que buscan ofrecer una contextualización del fenómeno e ir creando reflexiones en torno a este, cada capítulo ha sido escrito para poder ser leído de forma independiente y obtener múltiples aprendizajes, sin embargo, en conjunto todos los capítulos brindan un entramado valioso que se interconecta y permite tener una mirada más amplia y clara de la gordofobia y sus implicaciones en el bienestar de las personas gordas. Así, en el Capítulo 1, se abordan los cambios históricos de la gordura y su significado en diferentes épocas, mostrando cómo las percepciones sobre el cuerpo han cambiado y, en muchos casos, han sido moldeadas por la cultura e intereses sociales y económicos. Este capítulo también introduce la idea de la gordofobia como una forma de discriminación normalizada en las sociedades occidentales, explicando sus orígenes, manifestaciones y cómo se perpetúa en el día a día. Además, se explora el papel de los activismos gordos y se reflexiona sobre la importancia del lenguaje en la perpetuación o resistencia a los estereotipos.

Por otro lado el Capítulo 2, se centra en el análisis de cómo las estructuras sociales y culturales moldean la subjetividad y el control sobre los cuerpos. Se argumenta que la gordofobia no se trata únicamente de prejuicios individuales, sino de una red compleja de normas sociales, económicas y políticas que condicionan las experiencias de las personas gordas. En este sentido, se explora la intersección entre género y gordura, mostrando cómo ser mujer y ser gorda agrava la discriminación debido a los rígidos estándares de belleza impuestos por la cultura patriarcal.

En cuanto al Capítulo 3, en este capítulo se analiza cómo la salud ha sido reducida al aspecto físico del cuerpo, equiparando delgadez con bienestar y gordura con enfermedad. También se explora cómo esta perspectiva reduccionista ha dado lugar a gordofobia médica, un fenómeno en el que el sistema de salud perpetúa la discriminación hacia las personas gordas al asociarlas automáticamente sus cuerpos con problemas de salud, limitando la comprensión integral de la salud e ignorando los determinantes sociales que influyen en el bienestar de las personas. Además, se analiza el peso emocional y psicológico que genera la presión social por alcanzar la delgadez, demostrando cómo, en muchos casos, las personas terminan intentando ganar salud a costa de cualquier cosa, lo que resulta paradójicamente, en muchas ocasiones en pérdida de salud.

Finalmente, en el Capítulo 4, se examinan los diversos ámbitos en los que la gordofobia afecta el acceso a derechos y oportunidades, desde el ámbito laboral hasta el social. Al igual, también se aborda la experiencia de vivir en una sociedad gordofóbica, reflexionando sobre los cambios sociales que son necesarios para enfrentar la gordofobia. Por último, se discuten propuestas para enfrentar la gordofobia desde la psicoterapia, reconociendo la importancia de una intervención psicológica que desafíe los prejuicios y brinde un espacio seguro que no reproduzca la gordofobia sino que sea aliado del cambio que busca un mundo que acepte la diversidad corporal, garantice el acceso a los derechos y contribuya al bienestar de todas las personas independientemente de su tamaño.

Capítulo 1. ¿Gordo qué?

Cuando estaba iniciando este camino para realizar mi tesis me encontré con varios obstáculos para desarrollarla, entre ellos la dificultad para que entendieran de qué estaba hablando. Llegar a mi facultad a hablar de gordofobia fue complejo pues fue difícil que comprendieran qué era la gordofobia sin pensar en el DSM-V y decir que esto no era algo que cumpliera con los criterios diagnósticos de una fobia o que este tema no le correspondía a la psicología o al menos no a la psicología clínica.

Estas respuestas, aunque me frustraban, me llevaban cada vez más a ratificar que debía permanecer en este camino, pues no podía dejar de pensar en que si psicólogos y docentes de psicología no comprendían de lo que estaba hablando y no veían la importancia de investigar y trabajar este tema entonces eso significaba que había mucho más trabajo por hacer del que me imaginaba.

Se que hablar de gordofobia moviliza muchas pasiones lo entendí desde el inicio, tanto por lo que sucedió en la universidad, como por lo que sucedía en mis entornos cercanos o en los talleres que daba, por eso a quien este leyendo esto le pido apertura si es una de sus primeras veces leyendo sobre el tema y a quien sea conocedor o experto en el tema empatía y retroalimentación constructiva pues este trabajo es el resultado de mi proceso de aprendizaje de los últimos 4 años y sé que me falta mucho por aprender.

Por eso quisiera empezar por lo que considero es un contexto, quizás general pero muy importante, para comprender este fenómeno. La gordofobia no se trata simplemente de un prejuicio individual, sino que está profundamente arraigada en nuestras estructuras sociales, culturales y económicas (Piñeyro, 2016). Esta aversión o discriminación hacia las personas con cuerpos más grandes se manifiesta en diversos aspectos de la vida cotidiana, desde la moda y los medios de comunicación hasta la atención médica y el empleo.

1.1. Gordura a lo largo de la historia de occidente

La gordura no siempre ha sido concebida como un problema. De hecho, la gordura lleva poco tiempo de ser concebida en la manera que lo es vista en el presente, como un problema a erradicar, asociada no solo con belleza sino también con enfermedad, conlleva prejuicios y discriminación para quienes habitan un cuerpo gordo (Paim & Kovalski, 2020).

A lo largo de la historia de la sociedad occidental la percepción del cuerpo y la gordura ha cambiado. En la antigüedad en civilizaciones como la griega, egipcia o maya los cuerpos simétricos y proporcionales eran bien vistos debido a que se consideraban un equilibrio entre la mente y el cuerpo, no obstante, los cuerpos robustos solían verse como la representación del poder, la prosperidad, la fertilidad e incluso la bendición de los dioses (Basante & Puerto, 2016). Un ejemplo representativo es la Venus de Willendorf (27.500-25.000 a.C.), una figura que algunos consideran una exaltación de la fertilidad y otros ven como evidencia de la existencia de cuerpos gordos en la prehistoria (García, 2020).

Durante la Edad Media en Europa, la percepción del cuerpo estaba fuertemente influenciada por la Iglesia y el cristianismo. El cuerpo era visto principalmente como un vehículo del alma, y había una tendencia a valorizar la espiritualidad sobre la apariencia física. Sin embargo, en términos de salud y estatus, la gordura podía aún ser vista positivamente, asociada con la abundancia y la capacidad de alimentar a una familia dadas las dificultades económicas por las que atravesaba la sociedad (Bravo, 1996).

Ya para el Renacimiento, la mejora en las condiciones económicas cambió la percepción de la gordura, comenzando a verse como un rasgo asociado con la falta de refinamiento y menor capacidad intelectual, aunque sin vincularse aún con la salud y siendo más tolerada en hombres que en mujeres (Vigarello, 2009).

Por lo que no es de extrañarse que a partir del siglo XVIII las exigencias para los cuerpos femeninos en occidente incrementaran. Cada vez más a las mujeres se les exigía entrar en tallas más pequeñas, mientras que los hombres podían seguir

habitando su cuerpo con mayor tranquilidad. Esto se debe en parte a que, en las sociedades occidentales, las mujeres han sido asociadas con el cuerpo, la naturaleza y la irracionalidad, mientras que los hombres han sido vinculados principalmente con la mente, elemento fundamental de la definición de humanidad y racionalidad (Fuentes, 2012).

Es así como cada vez van creándose y popularizándose cientos de dispositivos sociales encargados de ser recordatorio, y a la vez medio, para lograr el cuerpo "ideal". Por lo que durante esta época se popularizaron dispositivos como el corset, prenda que, aunque no proporcionaba delgadez, sí brindaba una apariencia más ajustada a la expectativa del cuerpo femenino (Chung, 2022). Fue así como para entonces las personas gordas cada vez más se volvieron objeto de burlas, menosprecio y ridiculización.

Más adelante con la industrialización y la urbanización durante el siglo XIX se impulsó aún más la preocupación por el cuerpo y la apariencia. La moda y la publicidad comenzaron a jugar un papel crucial en la difusión de los ideales de belleza, y la delgadez se consolidó como un valor deseable. Ya para el siglo XIX y especialmente para el siglo XX, la gordura se empezó a asociar con enfermedad y principalmente a partir de la década de 1950, los medios de comunicación y la cultura popular intensificaron la presión sobre las mujeres para que cumplieran con estándares de belleza cada vez más inalcanzables (Vigarello, 2011). Empezando a promocionar a través de propagandas, productos para adelgazar cuyo público objetivo eran mayoritariamente las mujeres, y asociando el consumo de ciertos alimentos y la gordura con enfermedades como la diabetes.

Es en estos siglos que la gordura deja de ser vista mayoritariamente desde un punto de vista estético y pasa a también a ser medicalizada, surgiendo términos médicos como sobrepeso y obesidad que traen consigo una carga, la enfermedad. Y aunque la obesidad hasta 1990 solo fue considerada como un factor de riesgo para la salud ya que las personas no morían a causa de la obesidad, sino a causa de enfermedades favorecidas por ella (Poulain, 2013). Luego de este año la obesidad ingresó a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y empezó a ser

denominada enfermedad tras la publicación de un informe de la OMS sobre el aumento de la obesidad en el mundo. Lo que conllevó a que cada vez se crearan más asociaciones que buscaban estudiar y enfrentar la obesidad, estableciendo la denominada “guerra contra la obesidad” (Paim & Kovaleski, 2020).

Es así como la medicina como institución empieza a dictaminar lo que es la normalidad y la anormalidad de los cuerpos, esto a través de la cuantificación de la obesidad por medio del Índice de Masa Corporal (IMC). A través del cual establecía el peso “ideal” de una persona con relación a su estatura, eso sí desconociendo la diversidad corporal que proviene de múltiples factores como el genético o el racial. Además, desconociendo que el IMC es una fórmula que había sido desarrollada por Adolphe Quetelet un estadístico belga que estaba interesado en probar si las leyes de la probabilidad podían ser aplicadas en seres humanos (Ortega, 2023) y para ello realizó un experimento con hombres miembros del ejército francés y escocés y a partir de allí estableció las características del hombre promedio.

Es decir, desconociendo que esta fórmula no se creó con fines de establecer el peso ideal de una persona, a la vez desconociendo que la población que usó Quetelet en su investigación era exclusivamente masculina, de un rango de edad no muy diverso, mayoritariamente blancos y europeos y que por lo tanto tenía y tiene problemas de variedad étnica, racial, genérica y de edad además de no ser un buen predictor, ni marcador de salud o enfermedad (Ramírez et al., 2022). Pues esta medición desconoce los cambios corporales que se viven con la edad, las diversidades corporales que provienen de la raza, la etnia o el género y que tampoco distingue como está constituido el IMC, o sea, no diferencia a qué porcentaje de músculo, hueso, grasa o agua corresponde la medición.

De manera que, la medicina al definir lo que es normal de lo que no lo es, fortalecen la concepción de la delgadez como lo esperado y lo normal y por consecuencia, instauran a la gordura como lo indeseado y lo anormal, es decir sobrepeso y obesidad, condiciones que provienen (al menos desde perspectivas médicas simplistas) del desequilibrio entre la ingesta calórica (alimentación) y el gasto calórico (actividad física) (OMS, 2024) y que se considera es un problema de salud

que debe ser evitado y erradicado. Entonces desde esta concepción es el individuo quien es responsable de mantener su delgadez y por ende su salud a través de sus acciones individuales como el ejercicio o la dieta (Navajas-Pertegás, 2017).

¿Pero por qué el recrudescimiento de la percepción que la sociedad tenía de la gordura? ¿Qué llevó a que la gordura pasara de ser una muestra de estatus a una preocupación estética y aún más a ser percibida como lo indeseado, como una enfermedad? Considero que no es gratuito que la gordura se haya empezado a castigar y patologizar cada vez más a partir del siglo XIX pues con el desarrollo industrial y las consecuencias que este produjo, se empezaron a dar cambios económicos y sociales que conllevaron al cambio de perspectiva sobre la gordura.

Uno de estos cambios fue el auge de la medicina proveniente de los avances científicos y tecnológicos de la época que contribuyeron al posicionamiento de la medicina como una disciplina científica basada en la observación rigurosa y el conocimiento empírico. Así, a medida que el conocimiento médico se estandarizaba y profesionalizaba, la medicina adquiría un rol cada vez más predominante en la sociedad moderna, no solo limitándose al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino también expandiendo su influencia hacia la definición de lo "normal" y lo "patológico" (Greene, 2006). Este proceso de medicalización permitió a la medicina intervenir en aspectos que antes eran considerados parte de la vida cotidiana, y otorgó a los médicos el poder de categorizar ciertos comportamientos y características físicas como desviaciones de lo normativo (Orueta et al., 2011).

A su vez, la industrialización trajo consigo cambios significativos en los hábitos de consumo y vida de las personas, como la producción en masa, que aumentó la disponibilidad de bienes y redujo costos, haciendo los productos más accesibles. Además, incrementó la oferta de alimentos procesados, enlatados y empaquetados, facilitando la preparación y almacenamiento de alimentos. La urbanización también jugó un papel crucial, ya que muchas personas se trasladaron a las ciudades, donde la vida acelerada favorecía el estrés. Los empleados no gozaban de salarios dignos, horarios justos y condiciones de seguridad apropiadas. Por último, la publicidad y el marketing con la evolución de las comunicaciones y el surgimiento de la radio se

volvieron más agresivas, influyendo cada vez más en las decisiones de compra y difundiendo nuevos estándares a alcanzar, con mensajes especialmente dirigidos hacia las mujeres que invitaban a adelgazar (Basante & Puerto, 2016).

Es decir que esta nueva narrativa sobre la gordura fue impulsada en parte por la necesidad de cuerpos eficientes y productivos en un entorno capitalista que valoraba la productividad y la apariencia (Alvarez, 2014). Ya que en este creciente modelo capitalista la productividad y la eficiencia eran altamente valoradas, es así como los cuerpos delgados se percibían como más capaces de mantener la energía y el ritmo necesarios para cumplir con las demandas del trabajo industrial. Además, la imagen de la delgadez se alineaba con los ideales de control y disciplina personal, reflejando una ética de trabajo que priorizaba la eficiencia y la capacidad de autogestión. Esta perspectiva no solo promovía la delgadez como un ideal estético, sino también como una condición indispensable para ser visto como un trabajador valioso y productivo. Entonces la estigmatización de la gordura, por tanto, se convirtió en una manera de reforzar estas normas laborales y sociales, castigando a aquellos que no cumplían con el estándar de eficiencia física promovido, es decir aquellos cuerpos que no le servían al capitalismo.

Además, frente a este panorama, surge un aliado fundamental para el fortalecimiento de la narrativa que estaba planteando el capitalismo sobre los cuerpos gordos: la medicina, que con la patologización de la gordura proporciona una justificación científica para la discriminación basada en el peso (Seixa y Birman, 2012) y refuerza la idea de que los cuerpos delgados eran más saludables y, por ende, más productivos. Y a la par con este discurso sobre la gordura como una enfermedad y el fortalecimiento de las ideas negativas en torno a las personas gordas, emerge la multimillonaria industria del bienestar y la dieta. Esta industria, compuesta por empresas que venden productos y servicios para obtener la figura ideal, perder peso y mejorar la salud, encontró un mercado lucrativo en la promoción de la delgadez y la belleza. Dichas empresas comenzaron a capitalizar el miedo a la gordura, ofreciendo soluciones “fáciles” y muchas veces costosas a problemáticas y necesidades creadas que se instauraban en lo social (González y Torrado, 2019).

Es decir, la industria de la belleza y la dieta no solo respondió a las demandas de una sociedad que valoraba la delgadez, sino que también creó, amplificó y perpetuó estas expectativas, creando un ciclo de consumo y ansiedad en torno al cuerpo y la salud.

Fue a través de todo este trasegar histórico como llegamos a tener en la actualidad la percepción que tenemos de la gordura, al menos en la cultura occidental. Incluso en el siglo XXI, con la globalización y las redes sociales, la gordofobia se ha intensificado. La idea de que la gordura es sinónimo de enfermedad, descuido e indeseabilidad sigue vigente, impactando la percepción corporal y el acceso a derechos esenciales de las personas gordas (Quiros, 2021). Esta presión ha contribuido al aumento de trastornos de la conducta alimentaria, insatisfacción corporal y discriminación estructural (Gallardo & Franco, 2020; Acosta & Gómez, 2003; Araniz, 2022).

1.2. Discriminación normalizada: gordofobia

Si bien el respeto y la garantía de los derechos de las personas se debería dar independientemente de su apariencia física, su condición social y económica, su género, su raza, etc., la verdad es que así no es como sucede. Pues la sociedad crea jerarquías, en las que establece la superioridad de unas personas sobre otras en razón de ciertas características. Dotando de privilegios a quienes se encuentran por encima y generando desigualdades, injusticia, abuso, violencia, limitación del acceso a derechos o restricción de la libertad para quienes se consideran inferiores (Mancuso et al., 2021).

Esto conlleva a la creación de relaciones opresivas en las que se ejerce el poder de manera injusta y por cualquier medio. En las sociedades occidentales, se observa opresión económica, racial, política, cultural, de género y otras formas más. Aunque visibilizar y garantizar que se reconozcan y eviten las consecuencias de estas opresiones, así como trabajar para desmantelarlas, ha sido una tarea ardua que ha llevado décadas de lucha colectiva, en este momento de la historia estas formas de opresión están más reconocidas. Y ha sido justamente gracias a este

reconocimiento que se han podido tomar medidas para enfrentar dichas opresiones de forma colectiva, ya que intervenir un fenómeno que ni siquiera ha sido nombrado o reconocido es una labor difícilmente lograda.

Actualmente, existe mayor sensibilidad para reconocer opresiones como el sexismo o el racismo, por lo que afirmar la superioridad de la piel blanca sobre la negra generaría indignación y rechazo. Sin embargo, la supuesta superioridad de los cuerpos delgados sobre los gordos rara vez causa la misma reacción. Esto se debe a que aún no se reconoce como opresiva y discriminatoria la idea de que las personas delgadas son mejores que las gordas. Esta jerarquización social de los cuerpos, que los clasifica de normativos a anormales, es un mecanismo de ejercicio del poder (Piñeyro, 2016).

Llevando a que quien posee un cuerpo “superior” se siente por encima de quien tiene uno “inferior” no solo a nivel físico, pues se considera que las personas delgadas tienen mejor rendimiento o condición física, sino también a nivel moral.

La discriminación y las violencias que viven las personas gordas solo por el hecho de serlo es denominado gordofobia (Piñeyro, 2020), este fenómeno sociocultural, político y económico está normalizado y se intercepta con otro tipo de opresiones como el capacitismo, el sexismo, clasismo y el colonialismo creando una red de desigualdades estructurales que no solo refuerzan los estigmas sobre el cuerpo gordo, sino que también limitan el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación y el trabajo, perpetuando una violencia sistemática que impacta tanto la salud como el bienestar de las personas gordas (Seixa y Birman, 2012).

Una de las razones por las cuales la opresión hacia los cuerpos gordos persiste es debido a la construcción colectiva que se ha hecho en torno a la gordura. Pues el cuerpo gordo no siempre tuvo ese significado negativo que posee en la actualidad, en donde además de una cuestión estética se ve como un problema de salud. Consolidando así la gordofobia como una forma de opresión justificada estética y científicamente.

Es así como la mirada de la gordura desde la patologización y la anormalidad ha conllevado a que las personas gordas sean vistas como enfermas, inmorales y fracasadas, mientras se problematizan sus cuerpos y se les exige modificarlos en nombre de la "salud", aunque en la práctica esto implique la búsqueda de la delgadez (Cruz, 2015). Esta construcción social refuerza una dicotomía en la que la gordura se asocia con características negativas como irresponsabilidad y pereza, mientras que la delgadez se vincula con atributos positivos como salud, atractivo y disciplina (Gallardo, 2021). Estas ideas no solo perpetúan estereotipos, sino que también generan un trato desigual que limita el acceso a derechos fundamentales y afecta el bienestar integral de las personas gordas.

Es por esta mirada patologizante de la gordura que el mensaje que reciben las personas que habitan un cuerpo gordo es que no tienen derecho a existir o por lo menos a existir en bienestar, pues desde diferentes ámbitos (sociales, académicos, relacionales, médicos, laborales, etc.) ejercen presión para que las personas gordas modifiquen su cuerpo, presión que suele complejizarse y agravarse si se entrecruza con otras formas de opresión como el capacitismo, la lgbtiqfobia, el racismo, entre otras. En esta investigación quiero centrarme especialmente en el hecho de ser una persona gorda y mujer, pues las exigencias hacia las mujeres gordas nunca se detienen, siempre hay algo más por lo que ir, siempre se puede ser más delgada, más fit, más empática, más heterosexual, más maternal, más saludable (Álvarez, 2014).

Debido a que en esta sociedad la delgadez se ha vuelto sinónimo de salud y a que la idea de salud se ha reducido a lo corporal o físico, desconociendo la multifactorialidad de la salud y las múltiples dimensiones de esta (Schvartzman, 2022), suele asumirse que quien habita un cuerpo delgado tiene hábitos de vida saludables, tiene múltiples cualidades y goza de buena salud e incluso aunque se observe que una persona delgada tiene malos hábitos alimenticios o de sueño, no se le juzga de la misma forma por ello, ni se le invita a cambiar su cuerpo o a esforzarse más por su salud. Caso contrario sucede con las personas gordas, quienes viven una constante estigmatización, que lleva a que otras personas, al ver

sus cuerpos, asuman que son personas desinteresadas de su autocuidado y con múltiples (existentes o potenciales) problemas de salud.

Esta asunción de los hábitos y estado de salud de las personas gordas limita o elimina la posibilidad de que se les pregunte directamente por sus hábitos, lo que conlleva a que, aunque los demás observen los hábitos de cuidado que tiene la persona, se piense que están fingiendo para quedar bien o que quizás actúan diferente “como actúan los gordos” cuando no están en ese contexto (Gordas sin Chaqueta, 2024). Además, si les preguntan por sus hábitos o su salud, se suele no confiar en su respuesta, especialmente si esta se sale del imaginario de “lo que es o cómo actúa una persona gorda”, pues se considera que, si alguien lleva hábitos alimenticios, de movimiento, de descanso y sueño, y de gestión emocional sanos, debería sí o sí tener un cuerpo delgado y, por ende, todo se reduce a que esta persona está mintiendo o quizás enferma (Devine & Lareo, 2020).

Por supuesto, esto deslegitima la autonomía de las personas gordas para decidir sobre su vida, su cuerpo y su salud, al considerar que nadie puede desear, querer o estar cómodo y en bienestar siendo gordo, y que, si esta llegase a ser su elección, habría que convencerle de lo contrario o evaluar su cordura y su capacidad de cuidar de sí misma (Piñeyro, 2019). Lo anterior, en consecuencia, suele derivar en la minimización e infantilización de las personas gordas, “concediendo” una especie de permiso para opinar, decir qué hacer e incluso irrespetar a las personas gordas por parte de cualquier persona y en cualquier contexto.

Lo que deriva en una constante discriminación y violencia de las, les y los gordos y la vulneración de sus derechos. Esto es lo que voy a tratar de visibilizar a lo largo de todo este trabajo, no desde mi percepción de lo que considero puede ser la experiencia de las personas gordas, sino desde la vivencia de quienes se perciben y/o han sido percibidas como mujeres gordas. Pues si bien reconozco y sé que la lucha contra la gordofobia se debe hacer en colectivo y el colectivo es diverso, también puedo reconocer que mi experiencia como mujer delgada empática y aliada de la lucha anti gordofobia no es una experiencia gorda, por ende desde mi lugar considero que mi aporte es hablar sobre gordofobia, tener un enfoque de trabajo

inclusivo y no centrado en peso, cuestionarme mi gordofobia internalizada y contribuir a visibilizar las experiencias de quienes sí tienen una experiencia de vida gorda.

Sin embargo, para ser más clara y explícita (por si hasta el momento no lo he sido del todo) desde ya, quiero hablar brevemente de cómo se ve la gordofobia y en qué contextos se da. Labor en la que quizás pueda quedarme corta pues son tantas las formas y ámbitos en los que esto sucede, pero hablaré de los que he abarcado en mi investigación, que a su vez han sido los más nombrados en la literatura gorda.

Como lo mencionaba anteriormente la discriminación contra los cuerpos gordos (gordofobia)², se manifiesta en múltiples niveles y ámbitos de la vida diaria, perpetuando una cultura de exclusión y opresión. Esta forma de discriminación no solo afecta la autoestima y la salud mental de las personas gordas, sino que también limita su acceso a oportunidades y derechos fundamentales. Por ejemplo, en el ámbito laboral las personas gordas enfrentan prejuicios que afectan su empleabilidad y desarrollo profesional. Se ha demostrado que las personas con cuerpos gordos son menos propensas a ser contratadas, promovidas y remuneradas equitativamente en comparación con sus colegas delgados (Abeso, 2016).

La gordofobia también se da en el sistema educativo. Pues los estudiantes gordos son frecuentemente objeto de *bullying*, lo que puede llevar a problemas de salud mental y bajo rendimiento académico. Ya que la estigmatización en los colegios y universidades crea un ambiente hostil que dificulta el aprendizaje y el desarrollo personal de los estudiantes gordos (Brownell, 2005).

Por otro lado, en el ámbito de la salud, la discriminación es particularmente insidiosa. La medicalización de la gordura ha llevado a que muchas personas gordas eviten buscar atención médica por miedo a ser juzgadas o recibir un trato inadecuado pues frecuentemente son criticadas, castigadas y violentadas por el personal médico. Los profesionales de la salud, influenciados por prejuicios

² El termino Gordofobia será introducido y contextualizado en el apartado 1.3. Activismos Gordos.

gordofóbicos, a menudo atribuyen todos los problemas de salud de una persona gorda a su peso, sin considerar otras posibles causas o condiciones subyacentes. Esta perspectiva limitada y prejuiciosa no solo lleva a diagnósticos erróneos, sino que también contribuye a una atención de salud inadecuada, inoportuna y desigual que afecta la calidad de vida de la persona gorda (Jimenez, 2021).

Así mismo, la representación en los medios de comunicación y la cultura popular también ha jugado un papel crucial en la perpetuación de la gordofobia. Los cuerpos gordos suelen ser representados de manera negativa y estereotipada, reforzando la idea de que la gordura es indeseable y patológica, presentando personajes gordos que odian su cuerpo, buscan la delgadez, se humillan y burlan de sí mismos, o que son tristes y desdichados. Esta representación sesgada influye en la percepción social y perpetúa el ciclo de discriminación y autoodio. La falta de representación positiva y diversa de cuerpos gordos en los medios contribuye a la invisibilidad y marginalización de estas personas (Tovar, 2018).

También el acceso a ciertos servicios básicos es difícil para las personas gordas (Piñeyro, 2020), por ejemplo, el acceso a vestimenta ya que las tallas de las marcas de ropa no suelen incluir tallajes diversos que contemplen cuerpos gordos por lo que vestirse para una persona gorda implica en muchas ocasiones frustración, sobrecostos, limitación de su identidad y más. En cuanto al servicio de transporte, las personas gordas suelen vivir discriminación en estos medios, pues las registradoras y los asientos no están diseñados para sus cuerpos ya que suelen ser espacios reducidos, que limitan o imposibilitan su uso y que, en algunos momentos, incluso obliga a asumir sobrecostos, como les sucede a algunas personas gordas en el transporte aéreo donde deben pagar dos pasajes para poder viajar cómodamente.

Como podemos ver, la gordofobia, en su manifestación cotidiana, tiene consecuencias profundas y extendidas que afectan todos los aspectos de la vida de las personas gordas. Desde la discriminación en el trabajo, la educación y la salud, hasta la representación negativa en los medios y las dificultades en el acceso a servicios básicos y muchos otros ámbitos que no mencioné, la gordofobia perpetúa

un ciclo de exclusión y opresión. La gordofobia no tiene que ver simplemente con una cuestión de preferencia personal o estética o un interés por la salud de alguien, sino que la gordofobia es una forma sistemática de opresión que marginaliza a las personas gordas y limita sus derechos y oportunidades, además es discriminación estructural pues está profundamente arraigada en las instituciones y prácticas sociales, políticas y económicas que perpetúan la desigualdad y la exclusión de las personas gordas (Olea, 2017).

Esta discriminación no se trata solo de actitudes individuales o prejuicios personales, sino que está incorporada en las normas, políticas y sistemas que gobiernan la sociedad. La gordofobia puede manifestarse en varias dimensiones: intrapersonal (internalizada), interpersonal, institucional e ideológica (Molina, 2023). La gordofobia internalizada ocurre cuando las personas gordas internalizan los estereotipos negativos de la sociedad sobre ellas mismas, creyendo que son menos valiosas en comparación con las personas delgadas. Al mismo tiempo, la dimensión intrapersonal o internalizada afecta a las personas delgadas que temen ser tratadas como personas gordas, lo que se manifiesta como miedo a engordar o a la comida. En cuanto a la gordofobia interpersonal Molina (2023) plantea como aquella que se expresa a través de chistes, comentarios y acciones que refuerzan estereotipos y discriminación hacia los cuerpos gordos.

La gordofobia institucional es más sutil pero omnipresente, manifestándose en servicios de salud, lugares de trabajo, educación y políticas públicas que excluyen o discriminan a las personas gordas. Finalmente, la gordofobia ideológica se basa en el mito de que ser delgado es inherentemente bueno y ser gordo es malo, flojo o sin voluntad, perpetuando estereotipos y prejuicios que deshumanizan a las personas gordas (Molina, 2023).

Entonces teniendo en cuenta que la gordofobia se da en múltiples contextos y que tiene varias dimensiones, podemos ver lo complejo de la gordofobia pues esta forma de discriminación está en todos lados, impregna nuestras creencias y nuestras acciones de forma tan automática que pasa desapercibida. Esta situación se agrava cuando la gordofobia está legitimada por conocimientos "expertos" provenientes del

ámbito científico, lo que dificulta aún más generar debates críticos sobre el tema pues al contar con el respaldo de disciplinas como la medicina, la nutrición, la psicología, etc. la discriminación contra a las personas gordas se justifica bajo el discurso de la salud y el bienestar. Lo que contribuye a que las creencias gordofóbicas se perpetúen sin cuestionamiento, ya que parecen estar fundamentadas en hechos objetivos, dificultando la visibilización de la violencia que ejercen.

Por lo tanto, para combatir esta gordofobia tan arraigada, normalizada e invisibilizada, es crucial emprender un proceso de introspección, concientización, educación y reaprendizaje sobre la manera en que nos relacionamos con la gordura. Es necesario desafiar y desaprender las ideas preconcebidas y los prejuicios internalizados que perpetúan la gordofobia (Quiros, 2021). Este proceso requiere un esfuerzo colectivo para cambiar no solo las actitudes individuales, sino también las estructuras sociales que sostienen la gordofobia.

1.3. Activismos gordos

La normalización de la gordofobia ha llevado a que esta forma de discriminación se invisibilice y favorezca la vulneración de los derechos de las personas gordas, por ello surgió el movimiento gordo, que busca visibilizar y combatir la discriminación contra las personas gordas. Para conocer y entender mejor el movimiento gordo es valioso leer el contexto que nos da una de las activistas gordas pioneras en América Latina, Magda Piñeyro en su libro “Stop gordofobia y las panzas subversas” del cual me he guiado en gran parte para hacer este breve recorrido histórico por la lucha antigordofobia. A propósito, esta lucha comenzó en Estados Unidos en los años setenta con la creación de The Underground Fat, un grupo de mujeres feministas gordas en Los Ángeles (Piñeyro, 2016). Este grupo analizó la medicalización de la gordura y su impacto en las mujeres, lo que llevó a la creación de campañas informativas y del Manifiesto de la Liberación Gorda de 1973 el cual aboga por el respeto y reconocimiento de las personas gordas, rechazando la ridiculización y discriminación en espacios públicos, laborales, educativos y de salud (Freespirit & Aldebaran, 1973).

Sin embargo, a pesar del largo recorrido del activismo gordo en países de habla inglesa, la información sobre estos movimientos sigue siendo limitada. Algunos movimientos han sido clave en la lucha contra la gordofobia, como el movimiento Health at Every Size (HAES). Este surgió en la década de 1960 a partir de conversaciones sobre la opresión que enfrentan las personas gordas en la atención médica bajo el pretexto de la salud. Reunió a profesionales de la salud para discutir un enfoque que no priorizara la pérdida de peso, sino el bienestar y los buenos tratos a los pacientes (ASDAH, 2024). Hacia 1990, HAES se consolidó como un modelo de atención basado en la autonomía corporal, el consentimiento y la sanación sin opresión.

También destacan asociaciones como la National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA), que trabaja por un mundo más inclusivo a través de la educación, la defensa y el apoyo a personas gordas (NAAFA, 2023). Asimismo, la Association for Size Diversity and Health (ASDAH) se ha enfocado en educar sobre el sesgo médico anti-gordura y en abogar por una atención sanitaria alineada con el enfoque HAES (ASDAH, 2024).

Por otro lado, la historia del movimiento gordo en el mundo de habla hispana es mucho más reciente, sin que ello implique que tenga menor importancia, por el contrario, la lucha antigordofobia especialmente en Latinoamérica se ha fortalecido con la mirada interseccional de esta problemática en conjunto con otro tipo de opresiones como el colonialismo, el racismo o el machismo (Álvarez, 2014).

Magda Piñeyro (2016) ubica el inicio del movimiento gordo hispanohablante en el año 2012 con el surgimiento y creación de diversos recursos electrónicos como blogs, foros y páginas en redes sociales como Facebook o Youtube. Estos son espacios que abrieron la puerta a la conversación sobre la experiencia gorda y al surgimiento del término gordo, no como un término médico y patologizante sino desde la apropiación social y activista (Contrera y Cuello, 2016). Así, el concepto de "gordofobia" surgió con el fin de visibilizar las violencias que enfrentan las personas gordas, al nombrar este fenómeno de algún modo fue posible articular el activismo en torno a una lucha común - Luchas comunes como el empoderamiento a través

del uso de términos como "gordo" y "gorda", la politización de la gordura, la visibilización de los cuerpos gordos, y la denuncia pública de la gordofobia en todas sus manifestaciones. - pero a su vez permitiendo las diversas perspectivas que esta podía tener.

En concreto la lucha antigordofobia en América Latina también se ha destacado por su énfasis en la creación de espacios seguros y de apoyo para las personas gordas. Estos espacios han fomentado el apoyo mutuo y la resistencia frente a la discriminación cotidiana (Martínez, 2022). Además, también han surgido colectivos y activistas que trabajan para desafiar las narrativas negativas en torno a la gordura, promueven la aceptación y el respeto de la diversidad corporal y voltean los cuestionamientos normalmente dirigidos hacia las personas gordas, hacia la sociedad y las instituciones de poder como el Estado o la medicina.

Un ejemplo destacado es el colectivo Gordas sin Chaquetas de Bogotá, fundado en 2014 como un espacio de reivindicación de la gordura y un acto político de resistencia frente a un sistema machista y patriarcal que oprime los cuerpos de las mujeres. También destacan activistas como Adriana Convers, más conocida en redes sociales como Fatpandora, publicista y especialista en Marketing y Comunicación de Moda, quien es Bucaramanga, Colombia, y ha impulsado el activismo gordo en las redes. Desde México, Ana Pau Molina, psicóloga y psicoterapeuta, activista y creadora de Acuerpada, especializada en ayudar a sanar la relación de las personas con la comida y sus cuerpos. Por su parte, Magda Piñeyro, de Uruguay, es licenciada en Filosofía, Máster en Teoría Feminista, y una reconocida especialista en gordofobia, tallerista y formadora. Estas y otras referentes continúan ampliando el campo de acción y reflexión en torno a la lucha contra la gordofobia en Latinoamérica.

Este movimiento ha sido fundamental para visibilizar las experiencias de discriminación y violencia que viven las personas gordas, ya que aún en el presente la sociedad en múltiples esferas sigue negando la existencia de la gordofobia (Mancuso et al., 2021). De modo que las acciones gordofóbicas suelen justificarse bajo una supuesta preocupación por el bienestar de las personas gordas, separando

a la persona de “su enfermedad” y argumentando que se cuestiona la condición (obesidad o sobrepeso) y no a quien la habita. Esto permite desentenderse de la responsabilidad colectiva de combatir la gordofobia y enfocar los esfuerzos en que las personas gordas adelgacen, sin importar las consecuencias, lo que evidencia que el verdadero objetivo no es su salud, sino su delgadez (Jiménez, 2021).

Por ello, las activistas gordas han denunciado que el interés de la sociedad y las instituciones se centra en alcanzar un peso normativo y no en garantizar el bienestar integral de las personas gordas. Pues si realmente se priorizara su salud, se considerarían los efectos físicos y psicológicos de vivir a dieta, tales como problemas digestivos, hormonales y aumento de peso (Mann et al., 2007), así como una mala relación con la comida, baja autoestima y trastornos alimentarios (Hernández, 2016).

Y en lugar de imponer la pérdida de peso, se promovería una relación con la alimentación que atendiera necesidades nutritivas, emocionales y sociales. Incluso se señalarían y abordarían las vulneraciones y limitaciones de acceso a derechos que enfrentan las personas gordas debido a la discriminación y la violencia de la que son objeto, en ámbitos como el laboral, médico, social, afectivo, sexual, educativo y muchos más (Piñeyro, 2020), pues esta desigualdad en el acceso a derechos tiene múltiples consecuencias en la vida de las personas gordas, como menores ingresos económicos, atención médica inoportuna y sesgada, problemas de salud mental como ansiedad o depresión, entre otras (Puhl et al., 2008).

No obstante, las anteriores no suelen ser preocupaciones tenidas en cuenta a la hora de pensar en las personas gordas, sino que todo se suele centrar en su peso, radicando la presión en la pérdida de peso, lo que a conlleva a que este objetivo se persiga sin importar el costo, incluso si el costo es la misma pérdida de salud (Cruz, 2015). Pues para perder peso se llegan a recomendar y seguir acciones riesgosas para el bienestar de las personas, así como: ayunos, dietas hipocalóricas extremas, medicamentos, purgas, vómitos, enemas, mallas linguales, cirugías estéticas, cirugías bariátricas y muchos otros métodos que afectan la salud e incluso llegan a cobrar la vida de las personas gordas.

Debido a todo lo anterior es que las activistas (hablo de las porque mayoritariamente las activistas gordas son mujeres) constantemente luchan por la aceptación de la diversidad corporal, que se reconozca y se respeten las existencias diversas, las corporalidades no normativas y salidas de los estándares de belleza y se garanticen los derechos de los, les y las gordas. Sin embargo, muchas personas suelen criticar el activismo gordo porque consideran que el movimiento lo que hace es incentivar los malos hábitos de vida, en especial los alimenticios o de movimiento, además de considerar que promueve o incentiva la obesidad y que afirman que las personas están sanas en cualquier tamaño.

Frente a estas críticas es importante preguntarse de dónde provienen y cuestionar las creencias y prejuicios subyacentes que las sustentan, pues la mayoría de las críticas hacia el activismo gordo están basadas en una comprensión simplista de la salud, así como en la internalización de la cultura de dieta y normas de belleza restrictivas y dañinas. Por ello, vale la pena discutir un poco sobre estas críticas, iniciando por preguntarse ¿Cuál es el concepto que tienen las personas de los hábitos de vida buenos y malos? Pues pareciera que los hábitos buenos simplemente son los que mantienen a una persona delgada y los malos hábitos los que “la llevan” a ser gorda, ya que se puede considerar bueno saltarse comidas, eliminar grupos alimenticios o hacer ejercicio con dolor pues son acciones alineadas con la cultura de dieta, con mantener un cuerpo delgado, pero se deja de lado las consecuencias que esto puede traer, como la mala relación con la alimentación o la desconexión con el cuerpo la cuales por supuesto afectan la salud y el bienestar de las personas (Gaudenzi y Ortega, 2012). Mientras que, por otro lado, el movimiento gordo promueve el movimiento placentero y gentil con el cuerpo, la alimentación diversa y suficiente, el cuidado de la salud mental y el respeto del cuerpo (Nutriologicas, 2023).

Así mismo, el movimiento gordo cuestiona el reduccionismo de la salud al cuerpo y su tamaño, enfocándose en una definición más amplia y compleja de la salud, que incluye el bienestar físico, mental, emocional, económico y social, y no se limita únicamente al peso corporal como tradicionalmente ha sucedido debido a la errada

igualación de salud con delgadez (Paim & Kovaleski, 2020). Además, promueve la comprensión de que la salud es uno de los aspectos de la vida de las personas, pero no es un deber moral o un medidor del valor del individuo y que, por ende, aunque en realidad una persona gorda no tenga un estado de salud "ideal" debe ser respetada y poder acceder a todos sus derechos (Contrera y Cuello, 2016).

Entonces en realidad el movimiento gordo nos invita a reevaluar nuestra percepción de los buenos y malos hábitos, y a entender que la salud no es un deber moral, ni un medidor del valor de una persona. Busca desafiar las nociones simplistas y dañinas sobre la salud, promoviendo una comprensión integral que incluye el bienestar físico, mental, emocional, económico y social, y lucha contra prácticas y actitudes que ponen en riesgo la salud y dignidad de las personas gordas. Y sobre todo busca el reconocimiento de la gordofobia como un sistema de opresión que limita el pleno desarrollo de la vida de las personas gordas y tiene consecuencias físicas, emocionales, económicas y sociales para quienes la viven y que por ende al ser una forma de discriminación sistemática y estructural, es labor de la sociedad, las instituciones y los gobiernos unir esfuerzos para combatir y prevenir la gordofobia y garantizar los derechos de todas las personas, independientemente de su tamaño.

1.4. Las palabras sí importan

El lenguaje juega un papel crucial en la construcción de la realidad, ya que no solo refleja cómo entendemos el mundo, sino que también moldea nuestras percepciones y actitudes. Las palabras que usamos para describirnos a nosotros mismos y a los demás tienen el poder de influir en nuestra autoestima y en la manera en que somos percibidos por la sociedad. En este contexto, la palabra "gorda" ha sido históricamente cargada de connotaciones negativas, asociada con estigmas y prejuicios que perpetúan la discriminación y la marginalización de las personas gordas.

Tras la normalización de los cuerpos delgados y la categorización del cuerpo gordo como anormal, indeseado y enfermo, los cuerpos gordos empezaron a invisibilizarse

y negarse en múltiples aspectos, por ejemplo, negando la existencia de los cuerpos gordos al convertirlos en un estado, es decir no se es gordo se está gordo (Piñeyro, 2019). Por lo tanto, se espera que los cuerpos gordos pronto se conviertan en cuerpos delgados y que la gordura simplemente sea una etapa transitoria de la vida, causada por la falta de fuerza de voluntad y buenos hábitos.

“Una etapa de la vida” que además está marcada por la patología, eres una persona con sobrepeso u obesa, una persona enferma. Lo que genera una ambivalencia extraña pues eres castigada y culpabilizada por estar enferma, pero a la vez minimizada e incapacitada por estarlo (Piñeyro, 2016), o sea, consideran que es tu culpa tener el cuerpo que tienes y que es tu obligación cambiarlo, pero a la vez consideran que tu cuerpo es una muestra de lo incapaz que eres de hacer algo para tener un cuerpo normal y una buena salud entonces consideran que deben decirte qué hacer.

Es así como al ser una persona gorda terminas perdiendo la posibilidad de la existencia de tu cuerpo e incluso tu autonomía en las elecciones de vida que haces pues ya hay unos pasos a seguir para lograr la delgadez, “dejar la anormalidad y cuidar de tu salud”. Y como si eso no fuera suficiente, también se le suma la inexistencia de una palabra que describa tu cuerpo, así es, simplemente una palabra que describa tu cuerpo, sin que con ella vengan unos preceptos de quién eres tú, cómo te comportas, qué mereces o necesitas y cuál es tu estado de salud. Pues si bien la palabra gorda/o/e en el diccionario de la real académica de la lengua española se presenta como un adjetivo que describe las características corporales de una persona, en lo colectivo la palabra ha tomado otros significados, otros usos (Martinez, 2022). Así tenemos que ahora la palabra gorda/o/e es un insulto, una burla, una advertencia, una palabra con connotaciones negativas como indisciplinadx, perezosx, descuidadx, desagradable, insaciable y muchas más.

Estas representaciones negativas de la palabra no solo se quedan ahí, sino que también se puede evidenciar en expresiones como “comí como gorda” haciendo referencia a que comiste sin control o te excediste, “me cayó gorda” usada para decir que una persona te desagradó o “hacerse el de la vista gorda” o sea ignorar

algo de forma intencional. Frases que seguramente muchos hemos usado en nuestra cotidianidad y que, aunque parecen inofensivas, son una muestra de lo enraizada que está en nuestra sociedad la idea de que la gordura es algo negativo. Esta percepción no se queda simplemente en la visión que tenemos de la palabra, sino que se desplaza a la percepción y el trato que tenemos hacia las personas que habitan un cuerpo gordo.

Y es así, como surgen los eufemismos de la palabra gorda/o/e pues a través de estos se busca suavizar o sustituir esta palabra que ha tomado un significado tan negativo (Perez, 2017). Dando paso a palabras más aceptadas y que no traigan tantas o ninguna connotación negativa, en este caso, la palabra gorda suele ser reemplazada por gordita, gordis, gruesa, trozada, ancha, acuerpada, fuerte, etc. o hasta con palabras en otros idiomas como *curvy*, *medium* o *plus size*.

Aunque estos eufemismos pueden parecer inofensivos o incluso cariñosos, en realidad perpetúan la idea de que hay algo inherentemente malo o vergonzoso en la palabra "gordo/a/e". En lugar de enfrentar y desafiar los prejuicios asociados con la gordura, estos términos suaves tienden a evitar la confrontación con los estigmas sociales, manteniendo así el estigma subyacente. Lo cual refuerza la invisibilización y la negación de los cuerpos gordos al evitar una aceptación directa y sin disculpas de la gordura como una característica corporal existente y neutral.

Entonces para ridiculizar y humillar a una persona gorda le dirán gorda/o/e y para catalogarla como enferma le dirán: estás en sobrepeso o estás obesa (Piñeyro, 2016). La opresión que se ejerce sobre quienes habitan un cuerpo gordo, iniciando desde el lenguaje, le proporciona poder a la construcción social de que las personas gordas deben desaparecer, son anormales y representan un problema de salud. ¿Y quién puede sentirse cómodo, seguro o suficiente habitando un cuerpo rechazado y odiado? En realidad, no solo un cuerpo odiado y rechazado, pues es justo el separar al cuerpo de la persona, lo que ha llevado a la deshumanización de las personas gordas (Montalbetti, 2022) pues si separas al cuerpo o "el estado" de su cuerpo (la gordura) de la persona, despersonalizas a la persona y puedes criticarle, atacarle y violentarle con facilidad, al considerar que estás rechazando una condición, no a

una persona. Logrando incluso que quienes tienen esta característica se violenten a sí mismas debido a que como lo plantea Magdalena Pyñero (2019) están desconectadas de su cuerpo como consecuencia de esa creencia de estar en un cuerpo en proceso, un cuerpo que algún día llegara a ser delgado y por lo tanto no debe ser habitado. Es decir, se convierte en un cuerpo en tercera persona, al cual se le puede rechazar, odiar, maltratar, porque a fin de cuentas no es tu cuerpo, solo es el enemigo, un error, una enfermedad (Piñeyro, 2019).

Me es imposible entender cómo le pedimos tal labor a las personas gordas, ¿Cómo les hacemos creer que su cuerpo es un problema que no debería existir, pero a la vez nos encargamos de hacerles creer que aun así deben ser ellas quienes deben amarse y cuidarse? ¿Quién puede cuidar algo que odia? ¿No es esto un contrasentido? Creo que podría llenar este texto de cientos de preguntas pues me es imposible, a medida que hilo estas ideas, dejar de lado mis propios cuestionamientos y los plasmo aquí también con la esperanza de que ayuden en el proceso de reflexión de quienes leen este escrito.

¿Entonces para enfrentar esta situación deberíamos eliminar la palabra gorda/o/e del lenguaje? ¡No! La respuesta a esta problemática no es eliminar la palabra, al contrario, la apuesta es naturalizar y neutralizar el uso de la palabra gorda/o/e. Necesitamos como sociedad trabajar para eliminar las connotaciones negativas que le hemos añadido a la palabra, reconocer la existencia de los cuerpos diversos y dentro de esto la existencia de la gordura (Aranda, 2021). Es posible que la palabra gorda/o/e vuelva a ser un adjetivo descriptivo, así como alto, flaca, pecosa, palabras que solo representan características físicas y que no traen consigo un listado de creencias que son asumidas al momento de ser nombradas o cuando observas que una persona posee dichas cualidades. Pero que, a la vez, sí permite que una persona pueda identificarse y nombrarse, reconocer su cuerpo y habitarlo.

Por ello, a lo largo del texto podrán notar que uso y usaré la palabra gorda, gordo y gorde como una apuesta política. Mi intención no solo es contribuir a la desestigmatización de esta palabra, sino también a su resignificación como símbolos de resistencia contra la normativización y el control del cuerpo. Al emplear

estos términos, busco reafirmar la existencia de las personas gordas y sus derechos.

En este sentido, he decidido no usar las palabras: obesidad, sobrepeso y sus derivaciones como sinónimos para referirme a las personas gordas y su corporalidad, ya que estas palabras medicalizan y patologizan la gordura, cosa que probablemente en este punto sepan rechazo firmemente. Sin embargo, hago la salvedad de que en los momentos en que utilizaré estos términos será para referirme a la percepción que otras personas tienen de las personas gordas o al hablar de la visión patologizante de la medicina y la sociedad.

El uso de gorda, gordo y gorde es un acto consciente que desafía las narrativas opresivas sobre los cuerpos, contribuyendo a dismantelar estigmas y rechazando las imposiciones sociales sobre cuáles son aceptables (Alvarez, 2014; Piñeyro, 2016; Montalbetti, 2022). Resignificar estas palabras fomenta la reflexión sobre el impacto del lenguaje y las actitudes hacia las personas gordas, promoviendo una sociedad más inclusiva, donde nadie sea juzgado ni vulnerado por su cuerpo. Esta práctica no solo beneficia a las personas gordas, sino que impulsa una cultura de aceptación y refuerza los valores de equidad y justicia social.

Capítulo 2. El peso de las estructuras

2.1. Cuerpos, subjetividad y control.

Para iniciar es importante saber que la belleza es un concepto subjetivo, que ha sido objeto de estudio y admiración a lo largo de la historia, por ello Lloyd sostiene que "la belleza no es un atributo inherente, sino un valor que requiere de una relación extrínseca con una persona en cuya mente se forma [...] la belleza no es una cualidad intrínseca del objeto [o de la persona], sino una característica percibida en relación con ella por otra persona" (Lloyd, 1923, p. 225). Esto sugiere que la belleza es algo intangible, que depende más del observador que del sujeto en quien supuestamente reside (Martín, 2002).

Sin embargo, aún como concepto subjetivo la belleza no es un fenómeno puramente individual o aislado, sino que se construye y define social e históricamente. Por ende, la percepción de la belleza está profundamente condicionada por estándares de belleza, los cuales son normas y criterios que una sociedad establece para definir qué se considera atractivo o deseable en términos físicos y estéticos, estos estándares no son estáticos; van cambiando a través del tiempo, dependiendo de la geografía y la cultura (Gómez, 2020).

Por lo que, la belleza se ha constituido en un factor crucial en la construcción de identidades y en la interacción social debido a que los estándares de belleza influyen en la autoestima y la autopercepción de las personas, a la vez que también afecta la forma en la que las personas pueden relacionarse con su entorno o su entorno con ellas. Derivando en que la belleza pueda determinar el resultado de oportunidades laborales o relaciones interpersonales, entre otras, estableciendo así una relación entre la belleza y éxito social (Wolf, 2020).

Tengamos en cuenta que los estándares de belleza no solo son normas socioculturales que definen lo atractivo, sino que también establecen formas de percibir y tratar a quienes cumplen o no con estos criterios. Aquellos que se apartan de estos ideales suelen recibir características negativas y un trato desfavorable (García & Hernández, 2022), mientras que quienes los cumplen son favorecidos y dotados de cualidades positivas (Seixa & Birman, 2012).

Los cambios en la percepción del cuerpo están ligados a transformaciones culturales, sociales, históricas y económicas que redefinen la belleza y la salud. En este sentido, los cuerpos son producto de una construcción social (Ferreira, 2018). Como vínculo entre el individuo y la sociedad, el cuerpo refleja fenómenos simbólicos, políticos, culturales y económicos. Un ejemplo es la belleza en la China anterior a 1950, donde el vendado de pies en mujeres se consideraba un símbolo de estatus. A pesar del dolor, muchas lo adoptaban para aumentar sus posibilidades de matrimonio y mejorar su posición social (Pimentel, 2024).

Por ello podemos decir que el cuerpo desempeña un papel importante como parte constitutiva de la realidad biopolítica e histórica, y aunque es una estructura

biológica, su percepción se construye y reconstruye continuamente en función de los cambios de cada época (Foucault, 2002). Por lo tanto, es posible observar lógicas socioculturales a través del cuerpo, justamente debido a que su percepción no es solo individual, sino colectiva, moldeada por una interrelación compleja de factores como el entorno, la cultura y las normas sociales.

Dicha complejidad en esta interrelación se manifiesta en la manera en que el cuerpo es percibido y etiquetado. Por ejemplo, desde el siglo XIX en Occidente, la creciente preocupación por la apariencia física se vinculó estrechamente con la salud, impulsada por la consolidación de la medicina moderna y la ciencia, que clasificaron los cuerpos según ideales normativos (Basante & Puerto, 2016). Este estándar cultural asoció belleza con delgadez, simetría y esbeltez, consolidando una equivalencia sesgada entre salud y apariencia. Además, esta perspectiva fue reforzada por movimientos racistas que vinculaban la apariencia con la calidad genética y por la industria de la moda y los medios de comunicación, que perpetuaron estos ideales (Yoshino, 2010).

Debido a ese entramado de exigencias sobre el cuerpo se instauró un sistema de vigilancia y control del cuerpo, donde las normas estéticas y de salud se internalizaron en la sociedad (Foucault, 2002). Este control no solo se ejerce de manera externa, a través de la regulación y la norma, sino también de forma interna, haciendo que los individuos se sientan constantemente observados y juzgados según estos estándares (Foucault, 2008). Teniendo como consecuencia una auto vigilancia perpetua que refuerza las normas sociales y la conformidad con los ideales de cuerpo impuestos por la sociedad, lo que profundiza aún más la complejidad de la interrelación entre cuerpo, salud y apariencia.

Al mismo tiempo, esto ha llevado a que las personas no solo asuman un rol de vigilancia sino también uno de control del cuerpo ajeno y propio, con el fin de hacer que el cuerpo se ajuste a las normas y estereotipos del cuerpo ideal. Esto ha resultado en la exclusión y discriminación de aquellos que no cumplen con estos estándares (Sousa, et al., 2018). Especialmente si nos centramos en el presente, uno de los cuerpos más afectados por esta construcción social son los cuerpos

gordos y los cuerpos de las mujeres, por un lado, los cuerpos gordos como hemos venido viendo son cuerpos negados es decir no se concibe la idea de que las personas gordas permanezcan en su cuerpo, sino que siempre se está buscando su delgadez (Piñeyro, 2016). Y por el otro lado, los cuerpos de las mujeres ya que como mencionan García y Hernández (2022) el cuerpo femenino se ha visto como un objeto que se puede vender, exhibir y comprar. Más adelante, hablaré con mayor profundidad sobre lo que me refiero respecto al cuerpo de las mujeres.

Mientras tanto, en lo que respecta a los cuerpos gordos, es importante señalar cómo el cambio de los estándares ha llevado a que la delgadez se asocie con belleza y salud, mientras que la gordura se relaciona con enfermedad y estigma. Y ya que como he mencionado esta construcción social no es homogénea ni universal; lo que se percibe como un cuerpo gordo en un contexto, puede ser considerado delgado en otro. Por ejemplo, en algunas en países africanos como Argelia, Níger, Malí y otros donde la abundancia de alimentos es un símbolo de estatus y prosperidad, un cuerpo con mayor peso puede ser valorado como un signo de salud y belleza (Fourcade, 2020).

En contraste, en sociedades donde la delgadez es idealizada y asociada con el autocontrol y el éxito, el mismo cuerpo podría ser etiquetado como gordo y, por ende, visto de manera negativa. Por ejemplo, en Colombia, esta obsesión por la delgadez, especialmente en las mujeres, ha sido intensificada por factores culturales, mediáticos y sociales. Los medios de comunicación, como la televisión, revistas y redes sociales, han promovido un ideal de belleza que asocia la delgadez con el éxito, la salud y la aceptación social.

Esta presión se refleja en la gran cantidad de concursos de belleza en el país. Según Millán (2015) en un artículo publicado por la British Broadcasting Corporation (BBC), en Colombia se celebran 3,794 certámenes de belleza. Muchos de estos rinden homenaje a productos agrícolas, tradiciones culturales o tienen temáticas diversas. La proliferación de estos eventos refuerza los estándares de belleza hegemónicos y genera una presión social significativa sobre las mujeres colombianas para ajustarse a estos cánones.

Pero la diferencia en la percepción del cuerpo no solamente se da por grandes diferencias culturales y geográficas, sino que también se puede dar en el mismo país y en culturas similares, pero en contextos diferentes. Para aterrizar esta idea pondré ejemplos que pude identificar en las experiencias de algunas de mis entrevistadas, estos nos permitirán entender cómo se construye de forma subjetiva la percepción colectiva de que alguien es gordo, lo que a su vez influye en la construcción individual de la identidad de quien está siendo nombrada gorda, quien, aunque no habite un cuerpo gordo empieza a asumirse como gorda.

Uno de los ejemplos más claros de lo anterior es la experiencia de Liz, mujer de 25 años, de profesión Ingeniera ambiental, bailarina, modelo e instructora de modelaje, quien habla de su experiencia con su cuerpo en el contexto del modelaje en donde ha sentido mucha presión sobre su peso.

"Ahorita estoy intentando hacer dietas, pero aun así no tengo el peso que se requiere. La industria exige que seas delgada, según su propio estándar de delgadez. Yo mido 1.73, y mi peso debería estar entre 63 y 73 kg. Sin embargo, tengo que llegar a 52 kg, lo que significa que tendría que bajar más de 10 kg de mi peso actual." (Liz, 25 años, Ingeniera ambiental, modelo y bailarina)

Para Liz ser percibida como una persona gorda en el contexto del modelaje, a pesar de tener el peso "médicamente adecuado" para su estatura ha representado un conflicto fuerte y constante con su cuerpo.

"Yo considero que estoy bien de peso, pero en mi mente todo el tiempo me digo: 'Estás gorda, estás gorda, estás gorda.' Voy a esos lugares y toda la gente piensa lo mismo: 'Estás gorda.' Según el médico, estoy bien de peso, pero siempre está la presión de necesitar estar delgada." (Liz, 25 años, Ingeniera ambiental, modelo y bailarina)

Liz ha vivido gordofobia interpersonal e institucional como consecuencia de ser percibida como una mujer gorda en su trabajo, o más bien como consecuencia del odio hacia los cuerpos gordos.

"Está el rechazo que te manifiesta abiertamente y el rechazo implícito por ser así. Siento que eso afecta mucho. Por ejemplo, en el área de modelaje no me presentan

a proyectos, pero sé por qué es: porque estoy gorda. Una vez me dijeron que hasta que no adelgace, no me van a incluir en proyectos, y desde entonces no me ha salido ningún proyecto. Si lo relaciono, es porque sigo gorda... Ese tipo de rechazos implícitos hacen que uno se sienta mal, al menos en mi caso, emocionalmente. A veces, cuando no me escogen para algo, pienso: 'Ah, es por mi peso.'" (Liz, 25 años, Ingeniera ambiental, modelo y bailarina)

Una experiencia similar, en cuanto a la percepción subjetiva del cuerpo y la construcción colectiva de este, es la de Julia, empleada y estudiante de Marketing y publicidad, quien a lo largo de sus 28 años ha vivido el cuestionamiento sobre su cuerpo.

"Yo veo fotos de cuando era pequeña y, de verdad, te lo juro sinceramente, no era una niña gorda. Simplemente, si me comparan con mujeres pequeñas, yo me voy a ver muy grande. Fue un problema de no entender la diversidad corporal, y en un pueblo tan pequeño como Inírida, donde casi todas las chicas son iguales, eso se nota más." (Julia, 28 años, Estudiante de Marketing y Publicidad)

Estas vivencias de las entrevistadas subrayan la importancia de la percepción colectiva y los estándares sociales en la construcción de la autopercepción y la autoestima. Pues la comparación constante con un ideal corporal único y limitado lleva a las personas a sentir que su cuerpo no está bien, contribuyendo a que consideren que su problema es el cuerpo y no la opresión de la sociedad sobre su cuerpo.

Ver las experiencias de las mujeres entrevistadas en cuanto a la gordofobia y su autopercepción corporal, me reafirmó la complejidad que hay en definir qué es la gordura, que características debe tener una persona para ser considerada gorda y definirse a sí misma como gorda. Es algo frente a lo que sigo sin tener respuestas. Considero que no hay otra forma de definir la gordura sino desde la subjetividad colectiva, ya que la gordura no es un concepto fijo ni universal, sino uno que se construye y se redefine constantemente en función de las normas sociales, culturales e históricas de un grupo determinado (Navajas-Pertegás, 2017). La gordura, entonces, es un constructo social que varía según el contexto y las percepciones colectivas, esto ha llevado a que, a lo largo de los años en las

sociedades occidentales cada vez se perciban más cuerpos como gordos y, por ende, se exija mayor delgadez³.

Cabe anotar, que el que las personas sean percibidas como gordas no es el problema, pues como lo he mencionado anteriormente la gordura no es una problemática, es simplemente una forma de cuerpos dentro de la diversidad corporal, lo problemático aquí es cómo cada vez más los estándares de belleza y salud se vuelven más rígidos e inalcanzables y cómo hay más dispositivos sociales que controlan y castigan a las personas y sus cuerpos de acuerdo con qué tanto se ajusten a estos paradigmas (Gallardo, 2021).

Esta constante presión social que viven las personas para cumplir con estándares de belleza estrictos, esta exigencia constante por ser jóvenes, bellas y delgadas, que afecta principalmente a las mujeres, es lo que la socióloga Esther Pineda llama "violencia estética", esta forma de violencia es principalmente psicológica, pero también tiene repercusiones físicas (Piñeyro, 2020). Afecta tanto la percepción, autopercepción y el propio cuerpo, en una sociedad donde la belleza se considera esencial para la identidad y el valor de las mujeres (González, 2018).

Para ejemplificar esto traigo un fragmento de la entrevista a Ana, mujer de 28 años, originaria de Bucaramanga y residente de Bogotá hace 24 años.

“Es cierto que los hombres también sufren violencia estética, es decir, que también los molestan y pueden ser víctimas de bullying. No desconozco eso, pero la situación es más difícil para las mujeres debido al sistema machista, porque se espera que la mujer sea pulcra, que se vea estéticamente aceptable y deseada. Al hombre no se le exige tanto, pero a la mujer sí. Si lo piensas, incluso en la ropa, no es tan difícil para un hombre encontrar variedad, ya que se reconoce más que hay hombres de contextura media o gruesa, y eso no está mal. Además, existe esta idea de la "barriga cervecera", que se ve como una señal de experiencia, como si beber lo hiciera más macho, más fuerte; tomar se considera un sinónimo de hombría. Curiosamente, estas cosas son bien vistas en un hombre, pero no en una mujer.

³ Para ver cómo han evolucionado los estándares de belleza a lo largo de la historia de occidente ver el video de BuzzFeed titulado "Women's Ideal Body Types Throughout History". Puede ser consultado en: <https://www.buzzfeed.com/eugeneyang/womens-ideal-body-types-throughout-history#.ohrrLWZkZ>

Entonces, sí existe violencia estética hacia los hombres, pero no es comparable a la que enfrentan las mujeres en muchos ámbitos.” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Como vemos, la violencia estética surge de la imposición arbitraria de estándares de belleza irreales y que suelen encasillar a las personas en un rol (frecuentemente un rol de género), promovidos por diversas industrias, que presentan cuerpos "perfectos" como ideales y que se benefician al ofrecer opciones para llegar a estos, pues la industria del bienestar es una de las más fructíferas del mundo ya que en solo en 2023 se proyectaba a vender 800.000 millones de dólares en el mundo, con un aumento del 50% en facturación a comparación del año 2017 (La República, 2023). Esto gracias a que la industria se ha encargado de reforzar la idea de la existencia de un cuerpo ideal y de la salud como un deber, mostrando las características naturales del cuerpo como "imperfecciones" que deben ser corregidas o eliminadas a través del consumo de productos y servicios ofrecidos por ellos.

En ese sentido, la violencia estética es algo que nos afecta a todos de alguna manera, ya que los estándares establecidos dictan cómo deben ser los cuerpos casi que, en cada una de sus características, es decir, cómo debe ser su piel, su pelo, su estatura, su vestimenta, su peso y muchas cosas más. Entonces es probable que todas las personas alguna vez nos hayamos sentido discriminadas, rechazadas o violentadas en razón de nuestro cuerpo, no obstante, estas vivencias no suelen darse de forma constante, en múltiples contextos o con diversas personas, al contrario de lo que sí sucede con la gordofobia (Piñeyro, 2016).

A lo que me refiero con lo anterior es que, cuando ejercen violencia estética sobre una persona que tiene poco pelo o de plano es calva (cuando según el estándar de belleza tanto hombres como mujeres deberían tener cabello abundante y fuerte para ser considerados atractivos) puede ser que sus amigos y familia le hagan bromas sobre su pelo porque se supone que debería ser más largo, más abundante, etc. y por supuesto esto puede afectar el autoestima o el autoconcepto de quien está sometido a ese trato. Sin embargo, es menos probable que a esta persona le vayan

a negar un trabajo por ser calvo o que no pueda acceder a servicios de salud oportunamente o que consideren que por ser calva es mentirosa, descuidada o poco saludable, mientras que esto sí sucede en la gordofobia.

Y aunque quizás se podría pensar que esto no sucede tampoco con las personas gordas, la verdad es que sí ocurre y más frecuente de lo que podríamos imaginarnos y en muchos más contextos de los pensados, que como consecuencia trae que quien habita un cuerpo gordo no acceda a sus derechos.

Entonces la gordofobia limita el acceso a derechos básicos como la vestimenta, así como le ha sucedido a Gaby estudiante de Lingüística quien tiene 24 años, es residente de Bogotá y originaria de Ipiales Nariño, quien compartía la difícil tarea que es encontrar ropa que se ajuste a su cuerpo y le guste.

“No tengo la culpa de que los pantalones no me lleguen hasta el final de la pierna, porque las tallas no están diseñadas para todas las personas que existen en el mundo, que quieren consumirlas y que las necesitan. A mí, por ejemplo, me pasó, y es algo que todavía me persigue y me da mucha inseguridad: mi ropa” (Gaby, 24 años, Estudiante de Lingüística).

También el derecho al trabajo como le ocurrió a Ana al momento de estar buscando empleo:

“El año pasado me rechazaron para un trabajo debido a mi peso. Pasé todas las pruebas y llegué a la etapa de exámenes. Sin embargo, la recomendación de la doctora fue que no me contrataran debido a mi obesidad. Me dijeron que no podían tener a una diseñadora con obesidad en el equipo. Así que, aunque había completado los exámenes y había regresado para firmar el contrato, me informaron que, por recomendación médica, no fui seleccionada debido a mi peso.” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Asimismo, limita el acceso a servicios como medios de transporte pues como le sucede a Valeri encuentran rechazos, malos tratos o mobiliario inadecuado para sus cuerpos.

“Digamos que en el transmi es incómodo porque obviamente ocupas más espacio, no es como si fuera tu sillita y la gente a veces dice 'ay, está gorda, que no se corre'...”

entonces uno sí recibe malos tratos ahí, te empujan o pareciera que quisieran que uno se hiciera chiquito, pero es complicado." (Valeri, 34 años, Psicóloga)

Los anteriores fueron la muestra de cómo la gordofobia se da en múltiples contextos y como no solo representa un cuestionamiento al cuerpo, sino que implica desigualdad en el acceso a derechos y afectaciones en el bienestar económico, social, mental y físico de las personas gordas. Entonces, si bien a todas las personas nos pueden unir las experiencias difíciles que hemos vivido en torno a nuestro cuerpo, por no ajustarse a los estándares de belleza, no todas las personas vivimos la opresión sistemática y estructural que viven las personas gordas (Jiménez, 2021). Y esto es importante reconocerlo para poder entender la necesidad imperiosa de trabajar por erradicar la gordofobia, ya que en ocasiones bajo la premisa de que muchas personas hemos vivido violencia o discriminación a razón de nuestro cuerpo, se minimiza o niega la existencia de la gordofobia. La cual si bien está atravesada por la violencia estética, va más allá de esta, pues como lo explicaba arriba la gordofobia es una forma de opresión sistemática y sistémica (Álvarez, 2014), que no solo afecta la percepción que se tiene sobre las personas gordas, o la que ellas tienen de sí mismas, que no se limita a comentarios hirientes o críticas sobre el cuerpo, sino que permea instituciones, sistemas de salud, espacios laborales y relaciones interpersonales, configurando un entorno hostil, desigual y odiente de las personas gordas.

2.2. Más allá de las personas: La gordofobia como sistema de opresión.

En la sociedad occidental, los cuerpos se jerarquizan conforme a estándares históricos, culturales y sociales, perpetuando desigualdades basadas en características físicas como tamaño, forma, color de piel, habilidad física, género y edad (Montalbetti, 2022). Esto genera opresiones como el capacitismo, racismo y gordofobia.

Particularmente en la sociedad occidental se suelen exaltar la delgadez, la juventud, la blancura y otras características que se consideran deseables o atractivas. Estos estándares no solo determinan qué cuerpos se consideran "bellos" o "saludables",

sino que también establecen un orden jerárquico en el que los cuerpos que no cumplen con estos ideales son vistos como inferiores, anormales o incluso problemáticos. Las personas gordas son especialmente vulnerables a esta opresión, pues la discriminación hacia ellas está normalizada (Butler, 2010), al punto de que muchas instituciones aún no reconocen la gordofobia como una forma legítima de discriminación.

Esta discriminación y jerarquización del cuerpo gordo se manifiesta de diversas maneras y en diferentes contextos, pero todas estas expresiones tienen como consecuencia el deterioro del bienestar y la calidad de vida de las personas gordas. Ya que, por ejemplo, en el ámbito laboral, las personas delgadas suelen recibir mejores oportunidades de empleo y trato preferencial (Roehling et al., 2007), mientras que las personas gordas enfrentan discriminación y menores oportunidades, lo que impacta su estabilidad económica y acceso a servicios esenciales (Piñeyro, 2020).

Esta dinámica de posicionar a las personas gordas por debajo de las personas delgadas ha dado lugar a lo que se conoce como el "privilegio delgado", el cual se refiere a las exenciones y ventajas que disfrutaban las personas delgadas simplemente por el hecho de ajustarse al ideal de delgadez promovido por la sociedad. Estas ventajas pueden incluir mejor acceso a atención médica de calidad, mayores oportunidades laborales, trato preferente en espacios públicos y la ausencia de discriminación basada en el tamaño corporal y muchas cosas más (Lobatón, 2020). Muchas veces el privilegio delgado suele pasar desapercibido, pues se asume como la norma y está internalizado tanto en quienes lo poseen como en quienes lo padecen (Nutriológicas, 2022).

Es decir, las personas gordas oprimidas comienzan a creer y aceptar las ideas negativas y estereotipos sobre ellas mismas que son promovidos por el grupo dominante, lo cual lleva a la autoestigmatización, la autoexclusión, la aceptación y reproducción de la opresión de la que son objeto (Sousa, et al., 2018). Este proceso tiene profundas implicaciones para la salud mental, ya que estas se relacionan con mayor vergüenza hacia sus propios cuerpos, menor conciencia de las señales

corporales, restricciones alimentarias entre problemas relacionados con la salud mental como como la baja autoestima, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y ansiedad (Gallardo, 2021).

Esta internalización de la opresión no es culpa de las personas gordas, más bien, es la consecuencia de algunos factores como: (1) la socialización temprana en normas y valores sobre el cuerpo, (2) la exposición continua a estereotipos negativos y (3) la falta de representación positiva sobre las personas gordas, que se refuerza con la discriminación sistémica, la internalización de normas del grupo dominante y la presión social para ajustarse a la norma que se da de forma constante y desde temprana edad en la vida de les/los/las gordas.

Así nos lo plantea una de las entrevistadas Lucía, mujer de 32 quien es psicóloga:

"Pero pues es que sí, desde que eres niño te dicen: "Te voy a cuidar para que no te engordes". Entonces, asumes que es lo normal, ¿sí? Que la gente te violente, que la gente se atreva a hacer comentarios, que la gente se atreva a decirte cosas. Y tú vas al médico, que es un referente también de las cosas que deberían pasar en tu vida y de cómo deberías estar, y el médico te dice que está mal ser gordo, ¿sí? El médico te dice que deberías adelgazar, que deberías hacer un montón de cosas para ser flaco. Pues, como que te quedas sin la capacidad de dilucidar: "Marica, ¿podría ser gordita, feliz, y no querer ser flaca? No, imposible, o sea, imposible". Y, además, esto está reforzado por todos los estereotipos en medios de comunicación y redes sociales. Pues tú normalizas, o sea, normalizas todo lo que te dicen y normalizas toda la violencia que te echan encima porque, pues sí, está mal ser gorda. Y si está mal ser gordo, pues yo no puedo decir que está bien ser gordo".
(Lucía, 32 años, Psicóloga y Orientadora)

Es así cómo opera esta opresión, cuando la gordofobia se internaliza las personas gordas pueden llegar a vivir estos tratos y percepciones sobre ellas y sus cuerpos como algo que merecen o algo que es inevitable. Y aunque puedan llegarse a cuestionar la validez de estos, al observar que en múltiples contextos recibe la retroalimentación de que su cuerpo no está bien y que deben cambiarlo para encajar en la norma, es común que terminen aceptando esas ideas como propias (Piñeyro, 2016). Esta aceptación puede llevar a un ciclo perpetuo de autoestigmatización y

autocrítica, donde la persona gorda no solo internaliza la creencia de que su cuerpo es un problema, sino que también se siente obligada a cambiarlo, a menudo en detrimento de su bienestar físico y mental.

El fenómeno descrito es un claro ejemplo de dominio internalizado, en el cual los miembros de un grupo dominante, en este caso las personas delgadas, adoptan y refuerzan creencias, actitudes y comportamientos que perpetúan su posición de poder y privilegio (New Discourses, s.f.). Este proceso, consciente o inconsciente, refuerza la percepción de superioridad del grupo dominante, justificando desigualdades y perpetuando estructuras opresivas (McIntosh, 1988).

Como señala Hannah Arendt (2005), el poder de un grupo sobre otro no se sostiene solo por la fuerza o la coerción, sino también por la aceptación generalizada de esa desigualdad como algo natural o inevitable. En este contexto, las personas delgadas internalizan su posición dominante y, a través de preconcepciones y juicios negativos, desarrollan actitudes y comportamientos discriminatorios hacia las personas gordas, a quienes perciben como inferiores. Esta dinámica no solo refuerza el *statu quo*, sino que también invisibiliza y legitima la opresión de aquellos que no se ajustan a los estándares de delgadez predominantes, consolidando aún más la disparidad de poder entre ambos grupos.

Así nos lo compartía Fany de 32 años, Ingeniera ambiental colombiana quien actualmente reside en Estados Unidos.

"Mira, yo siento que la gordofobia ya está tan arraigada en la mente de las personas, es horrible. Te lo puedo decir hablando de mi abuelita, que es una persona homofóbica, gordofóbica, racista... es terrible. Y también te puedo hablar de mi suegra; cuando ve a una persona gorda, no puede evitarlo. Es decir, ve a alguien que está más pesado de lo normal y no puede disimular su expresión. Es como 'ush', y ya empieza a asumir un montón de cosas. Dice cosas como 'esa persona es muy gorda y sigue comiendo así' o 'esa persona no hace ejercicio', asumiendo un montón de cosas que realmente no sabe." (Fany, 32 años, Ingeniera Ambiental)

Como vemos este dominio internalizado lleva a que las personas delgadas consideren que tienen superioridad moral y de valor sobre las personas gordas, a

su vez, reafirmando la belleza y la salud de los cuerpos delgados, ocasionando que se creen dinámicas en las que las personas delgadas se conviertan en las voces autorizadas para definir lo que es saludable, estéticamente aceptable e incluso moralmente correcto con relación al cuerpo. Esto debido a que se considera que las personas delgadas si saben construir o mantener eso de lo que carecen las personas gordas: delgadez y salud.

Entonces este control sobre las narrativas de salud y belleza les permite legitimar la discriminación y el estigma hacia las personas gordas, justificando su trato diferencial con el argumento de que es "por su propio bien" o es "para motivarlas a mejorar". Estas prácticas se dan en múltiples entornos y pueden iniciar desde momentos tempranos de la vida de las personas gordas, siendo el entorno familiar en muchos casos el primer entorno de reproducción de la gordofobia. Lo cual tiene un gran impacto en la vida de las personas gordas, ya que es bien sabido o al menos para la psicología quien se ha encargado de estudiar la importancia de los vínculos primarios en la infancia desde enfoques como el psicodinámico, el psicoanalítico y el relacional, que los padres y cuidadores en la infancia son la base para la construcción del autoconcepto y el autoestima del infante, habilidades cognitivas, sociales y emocionales, así como la percepción que se tiene del mundo y de los otros (Ainsworth, 1974).

Por lo tanto, es comprensible que muchas de las entrevistadas hayan reportado haber sentido que su contexto familiar fue o ha sido, un lugar en donde aprendieron a percibir su cuerpo como incorrecto, a sentirse no dignas de afecto o respeto por su peso, a luchar constantemente por bajar de talla, a tener una relación difícil con la comida, entre otras cosas.

La experiencia de Valeri, mamá y psicóloga es un ejemplo del trato gordofóbico que viven las personas gordas en su familia desde la infancia y como suele mantenerse a lo largo de su vida.

"Uy, sí, digamos... uy, mi papá. Él era profesor de educación física, entonces, constantemente, desde que era muy niña, me decía cosas como: 'Haz ejercicio, tienes celulitis, te vas a engordar, haz ejercicio, come bien, no comas tanto'. Siempre

fue así. Después de tener a mis hijos, esto incrementó más, porque él decía: 'Ay, no se cuida. Ay, mire cómo quedó de gorda. Ay, mire cómo cambió, mire cómo se ve'. Incluso, a veces, usaba expresiones muy fuertes como 'se ve como una vaca' o 'se ve como una marrana', cosas así." (Valeri, 34 años, Psicóloga)

Este tipo de tratos muestra el desprecio que hay hacia las personas gordas, pues no se pueden reducir estos tratos al odio a la gordura, pues no hay gordura sin persona, es decir persona y cuerpo son una, por lo tanto con este tipo de acciones violentas que presionan a cambiar el cuerpo, se está odiando, violentando y discriminando a la persona, generando como consecuencia impactos graves en la vida y bienestar de estas pues como consecuencia de la gordofobia se limita o niega el acceso a derechos, tan básicos como el trabajo, la afectividad o los buenos tratos.

Es por esto que la gordofobia y el privilegio delgado se da en múltiples ámbitos y de manera constante, no se limita a espacios como la familia o una situación ocasional, sino que se puede dar en contextos escolares, laborales, afectivos, sexuales, médicos, medios de comunicación y más, es decir la gordofobia es una forma de discriminación que tiene un carácter estructural (Olea, 2017), ya que está profundamente integrada en las instituciones y en las prácticas sociales, políticas y económicas. Podemos decir que se da y se sostiene más allá de las personas gordas o delgadas, esto debido a que hay sistemas ideológicos que la producen, reproducen, garantizan, difunden y refuerzan de forma constante (Piñeyro, 2016).

Por ello, la discriminación hacia las personas gordas y los privilegios otorgados a las personas delgadas no son solo percepciones individuales, sino experiencias cotidianas evidentes. Aunque en Colombia no hay cifras oficiales sobre la situación de las personas gordas, basta con preguntarles sobre sus vivencias diarias, como al usar el transporte público o comprar ropa. Y como sé que puede ser difícil entablar ese tipo de conversaciones, quiero compartirles algunos fragmentos de lo que me contaron algunas de las mujeres gordas que entreviste que nos permitirá conocer y entender sus experiencias.

Iniciando por la experiencia de Valeri, quien ha sentido constantemente la presión de adelgazar y hacerlo a través del ejercicio, pero nunca ha encontrado un espacio seguro para explorar la actividad física sin que sea violentada.

"De hecho, vi un video de una chica que era modelo, muy delgada, y estaba sufriendo en el gimnasio mientras intentaba hacer un ejercicio. La gente le decía: "¡Tú puedes! ¡Dale, tú puedes!". Yo pensaba que, si fuera yo, se estarían burlando, dirían que me pasa por ser gorda... O sea, de mí se burlarían completamente, porque soy gorda y no me cuida. Dirían: "Eso es lo que pasa por dejarse así, por abandonarse de esa forma"" (Valeri, 34 años, Psicóloga)

Lo que nos comparte Valeri es una muestra de varias cosas, la primera cómo el privilegio delgado permite que ciertas mujeres sean vistas como capaces y reciban apoyo, mientras que las mujeres gordas son juzgadas y ridiculizadas por la misma acción. Lo cual muestra la percepción de superioridad y positividad en la que se ubica a las personas delgadas y la inferioridad y negatividad en la que se ubica a las personas gordas, además podemos observar cómo estas percepciones no solo se quedan en eso, sino que se traducen en acciones que llevan a favorecer o desfavorecer a las personas de acuerdo con la percepción que se tenga de su cuerpo.

Y, por otra parte, podemos hablar sobre cómo la sociedad envía un mensaje contradictorio a las personas gordas: se espera que adopten hábitos "saludables" como una mejor alimentación y actividad física para adelgazar, pero al mismo tiempo se les niegan espacios seguros para ejercitarse. Aunque existan lugares como gimnasios, parques o piscinas, estos no son accesibles sin riesgo de discriminación, ridiculización o violencia. Las personas gordas son subestimadas en sus capacidades físicas, sobreexigidas o burladas bajo la idea de que su presencia en estos espacios carece de sentido si no alcanzan el cuerpo delgado esperado.

Así también lo ha vivido Ana en el contexto de los gimnasios, por ello decidió no seguir asistiendo a esos espacios y buscar otros lugares para moverse donde no reciba discriminación.

“Siento que depende mucho del contexto. En mi opinión, los gimnasios, la palabra "gimnasio" y lo que representan, son ambientes sumamente tóxicos. Si no encajas en el canon de belleza del momento, simplemente no perteneces. Para los entrenadores, estás mal, estás gorda, y solo te asignan horas en la caminadora, la elíptica o actividades similares.” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Otra forma en la que se puede ver la gordofobia es en la casi negación de los cuerpos gordos que tiene la industria de la moda, quienes fabrican prendas con talla única cuando existen cuerpos diversos, o que diseñan prendas exclusivamente para cuerpos delgados y medianos dejando por fuera los cuerpos gordos, o reduciendo a unas cuantas prendas la posibilidad de las personas gordas de elegir que ropa usar, casi que decantándolas a usar lo que la sociedad cree “es apropiado” para los cuerpos grandes, lo cual normalmente suelen ser, prendas que escondan o disimulen su existencia gorda.

Estas han sido las experiencias al momento de comprar ropa de Aura psicóloga y psicoterapeuta, especialista en docencia universitaria, quien vive en Bogotá.

“También es una batalla, como en esa parte de la ropa. Comprar ropa se convierte en una osadía y también en una violencia constante, ya que cuando vas a una tienda es como 'ay, no, no tenemos ropa', es decir, ¡cómo ubícate! Obviamente no tenemos una talla 16. Entonces, también es importante la forma en que te comunican, el lenguaje no verbal. Siempre en esa situación, y en todos lados, va a haber violencia.” (Aura, 24 años, psicóloga y psicoterapeuta)

Aunque en respuesta a estas situaciones, marcas que se promueven como inclusivas han comenzado a incorporar modelos con cuerpos gordos o de distintas formas y han ampliado las tallas disponibles en sus colecciones. Estos esfuerzos aún son limitados y muchas veces más mercadotécnicos que reales pues muchas de las campañas de moda siguen representando un estándar de cuerpo "aceptablemente gordo", es decir, cuerpos que aún conservan ciertas proporciones o características cercanas al ideal de belleza tradicional. También sucede que algunas marcas se venden como de tallaje inclusivo, pero en realidad son pocas las prendas de tallas grandes o no son suficientemente grandes (Sin Pelos en los Labios Podcast, 2024). Además, la moda inclusiva a menudo se encasilla en nichos

o marcas específicas que pueden ser costosas, lo que perpetúa la idea de que los cuerpos gordos son una excepción y no la norma. Esto muestra que, aunque hay avances, la gordofobia sigue presente en la industria, y la representación sigue siendo insuficiente y estandarizada, por lo que se debe seguir construyendo cambios en este ámbito.

Es por esto por lo que la gordofobia institucional que crea barreras estructurales en el mundo para que las personas gordas no puedan experimentar su vida ni el mundo de la misma forma que las personas delgadas (Molina, 2023), no solo se da en el contexto de la moda o la actividad física sino también en otros ámbitos como la salud, los servicios públicos, el ámbito laboral y educativo. Para que esto no se quede como algo lejano, sino que se pueda comprender como se ve y se vive la gordofobia institucional, a continuación, les presento las vivencias de algunas de las entrevistas en estos diferentes contextos.

Inicialmente les comparto, como ha vivido Gaby el usar el transporte público de la ciudad de Bogotá.

"Eso es horrible para mí, uff. Mi pareja y yo, cada vez que subimos la verdad es que ya no nos dan ganas de tomar el SITP y hemos dejado de hacerlo solo por esos barandales tan absurdos que ponen, por donde nadie pasa. La última vez me quedé atascada en uno de esos y me sentí súper mal." (Gaby, 24 años, Estudiante de Lingüística)

Estas experiencias generan un ambiente hostil y estresante, donde las personas gordas deben luchar no solo con la infraestructura del sistema, sino también con la discriminación diaria que enfrentan. Este trato desigual, muchas veces sutil, refuerza la idea de que las personas gordas no tienen el mismo derecho a utilizar el transporte público de manera digna, perpetuando un ciclo de exclusión y marginalización en un espacio que, en teoría, debería ser accesible y equitativo para todos los ciudadanos.

Posteriormente quiero presentarles la experiencia que me relato Valeri sobre una dolorosa situación que vivió en su colegio con su hijo quien es percibido como un niño gordo.

“Con él han pasado varias situaciones así. Un profesor, también como en la pandemia, noto que él se engordó un poquito y la primera vez que lo vio en cámara fue como “Uy, Pedro mira cómo le creció la barriga en esta pandemia”, delante de todos los compañeritos del colegio. Pues el otro ya no quiso volver a salir delante de la cámara, ni prender cámara, ni participar en ninguna actividad ni nada. Por culpa del comentario de ese profesor.” (Valeri, 34 años, Psicóloga)

Para finalizar, veamos la percepción de Aura frente al contexto médico.

“Los médicos son supremamente gordofóbicos. Yo creo que, si hay una instancia gordofóbica institucional, son los médicos. Los médicos son supremamente gordofóbicos. Los médicos son las personas más crueles con las personas gordas que hay. O sea, lo primero que hacen es medirte y pesarte, y con base en eso operan. Entonces, es como absurdo, de verdad. O sea, uno puede tener una apendicitis bien severa, pero primero te mandan a ir al médico a pesarte, y luego es como: “Ay no, primero tienes que adelgazar”. “Todo es adelgazar” (Aura, 24 años, psicóloga y psicoterapeuta)

Estos relatos evidencian cómo la gordofobia atraviesa distintos espacios, afectando la vida cotidiana de las personas gordas y resaltando la urgencia de transformar estas estructuras de discriminación.

De modo que lo que venimos viendo hasta el momento, nos permite concluir que la gordofobia no se sostiene únicamente por las personas ya que, si así fuera esta no se produciría de forma constante, a lo largo de múltiples contextos y propiciada por diferentes personas o tampoco estaría instaura en normas sociales e institucionales. No, en realidad, la gordofobia es un fenómeno sistemático (Puhl y Heuer, 2010) pues ocurre de manera organizada, planificada y repetida, tiene un conjunto de reglas que se aplican consistentemente a lo largo del tiempo, además también es un fenómeno estructural (Pelletier, 2014) ya que está profundamente arraigado en las normas, prácticas, y políticas de la sociedad y las instituciones, de manera que afecta a las personas o grupos de forma constante y generalizada, no solo como eventos aislados, sino como parte de un sistema más amplio que perpetúa ciertas dinámicas de poder, exclusión y discriminación en contra de las personas gordas.

2.3. Ser mujer y ser gorda

En la Grecia antigua, el cuerpo era considerado inferior a la mente, estableciendo un dualismo que asociaba lo físico con lo irracional y lo femenino, mientras que lo racional y lo humano se vinculaban con lo masculino (Fuentes, 2012). Esta percepción no solo deshumanizaba a las mujeres, reduciéndolas a su condición física, sino que también las relegaba a un papel subordinado en la sociedad, limitando su participación en los espacios de poder y conocimiento.

La dominación patriarcal, consolidada en los espacios de poder social y cultural, arraigó esta visión dicotómica, posicionando a las mujeres como seres sometidos a sus procesos corporales, incapaces de trascender su naturaleza física para dedicarse plenamente a las labores intelectuales y políticas (Duby y Perrot, 1991). A causa de esto, solo se les asignaba el rol de garantes de la continuidad de la humanidad, restringidas a la esfera doméstica y a la satisfacción de las necesidades de los hombres, quienes eran los encargados de decidir el curso de su vida por considerar que ellas eran incapaces de saber lo que les convenía a sí mismas o la sociedad. Aunque esta perspectiva parece antigua, ha perdurado y se ha adaptado a lo largo de la historia, perpetuando la subordinación de las mujeres en distintas formas (Gómez, 2020).

Al reducir a las mujeres a su cuerpo y funciones biológicas, se les ha negado el reconocimiento de otras capacidades, a diferencia de los hombres, valorados por su intelecto y desempeño social. Dicha reducción de la mujer ha permitido su objetivación y cosificación, sirviendo como un mecanismo para mantener el poder patriarcal y minimizar la humanidad y los derechos de las mujeres (Esteban, 2011).

Esto se puede ver reflejado en como los cuerpos de las mujeres son percibidos y tratados de formas diferentes a los de los hombres, en características similares como la gordura. Tal como lo expresaba Liz en la entrevista:

“A los hombres siempre le dicen el gordito bonito chévere buena gente. En cambio, la chica gorda es como la chica gorda fea que nadie quiere.” (Liz, 25 años, Ingeniera ambiental, modelo y bailarina)

Si bien los hombres gordos también enfrentan gordofobia, su discriminación suele centrarse en el desempeño físico o la salud. En contraste, las mujeres experimentan una doble opresión: son sometidas a estrictos estándares estéticos y, además, desvalorizadas y estigmatizadas por su gordura, lo que agrava su discriminación (Puhl et al., 2008; Díaz, 2022). Esta interacción entre ser mujer y ser gorda, hace que las opresiones se entrelacen y se refuercen entre sí, creando un fenómeno de discriminación complejo y único (Díaz, 2022). Esto implica no solo la presión para conformarse a los ideales de delgadez, sino que también implica un escrutinio constante de múltiples características del cuerpo y hasta de formas de comportarse, exigencias que no se dan en el caso de los hombres.

Gaby lo expresaba claramente en la entrevista, haciendo referencia a su experiencia como mujer gorda y la experiencia de su pareja como hombre gordo.

“Es que, a ver, decir que a los hombres no les afecta me parece una malísima idea, porque sí les hace daño. A mi pareja, yo le he visto en más de una ocasión al borde de llorar porque le afectó que le dijeran algo, y lo he visto sufrir mucho por su familia. Entonces, yo creo que sí afecta, pero es una cuestión más del simple hecho de estar gordo lo que afecta a los hombres, mientras que en una mujer es el hecho de que estás gorda y de que eres mujer, porque una mujer tiene una presión estética 4,000 veces más densa que la que tiene un hombre. Un hombre, listo, tiene que ser alto porque, si no, es menos varonil o lo que sea. Pero la presión sobre una mujer es que literalmente no hay una sola parte de ella que no tenga algún estándar de belleza, ni los tobillos, es impresionante, ni las patas, ni las orejas; todo tiene que ser como la gente dicta que debe ser.” (Gaby, 24 años, Estudiante de Lingüística)

En ese sentido, los estándares de belleza no solo imponen ideales físicos inalcanzables, sino que también regulan comportamientos y refuerzan la subordinación femenina. Como Naomi Wolf (2020) argumenta que “el mito de la belleza siempre dicta una conducta, no una apariencia” (p.10), sugiriendo que la belleza ha sido utilizada como un medio de control social para mantener a las mujeres fuera de los espacios de poder, preservando así las estructuras patriarcales y capitalistas. Ya que los ideales estéticos y los estándares que se

presentan como normativos, no solo establecen una apariencia deseable, sino que dictan comportamientos, actitudes y expectativas sociales, frecuentemente relacionadas con el género.

Esto implica que los estándares de belleza no solo presionan a las personas para que se ajusten a ciertos ideales físicos, sino que también moldean cómo deben comportarse, cómo deben interactuar con los demás o su valor personal. Por ejemplo, las mujeres pueden sentir la presión de actuar de manera sumisa o complaciente para cumplir con los ideales de belleza y comportamiento femenino, y como consecuencia quienes que no se ajusten a estos estándares enfrentaran estigmatización, desvalorización, rechazo y discriminación.

Un ejemplo de cómo las mujeres no solo son vigiladas en su cuerpo sino también en su comportamiento, es este fragmento de la entrevista a Valeri, donde nos cuenta su experiencia siendo una mujer gorda que es cuestionada constantemente por familiares para que baje de peso, quienes también le suelen manifestar que si no lo hace, su relación de pareja terminará, con lo cual le asignan no solo la responsabilidad de mantenerse “sana” y bella sino también de mantener interesado a su esposo para que su matrimonio perdure.

“Yo creo que, en los hombres, es como más tolerable. En cambio, a una mujer le exigen ser delgada, estar bien presentada, estar maquillada, ¿sí? O sea, como que nos imponen muchas cosas en cuanto a la apariencia, que de pronto a los hombres no tanto. Entonces, en el hombre es “¡ah, está gordito!” y ya. Por ejemplo, con mi esposo, a él, más allá de decirle “¡ah, está gordito!”, no pasa nada. Pero a uno sí es como “¡ush, está súper gorda!”, “¡uy, tiene que adelgazar!”, “¡uy, mire que se tiene que cuidar!”, “¡uy, mire que no sé qué!”. Y también esa presión de “¡uy, mire que, si uno está gordo, el marido la va a dejar!”, cosas así.”
(Valeri, 34 años, Psicóloga)

Dado que, en nuestra sociedad, el ideal de belleza femenina promueve cuerpos pequeños, delgados y delicados, como símbolo de feminidad, estatus y valor personal en gran parte producto de normas patriarcales que dictan cómo deben lucir las mujeres para ser atractivas a los hombres. Estas normas no solo

refuerzan la heteronorma, sino que también sostienen valores morales que afirman la superioridad masculina, incluso en lo corporal (Díaz, 2022). De modo que la gordura femenina es entonces, en contraste con dichos mandatos, lo opuesto a lo esperado, por lo que es percibida como una transgresión a las normas y, por ende, como un acto de desobediencia a las expectativas patriarcales, que se sanciona con vehemencia (Álvarez, 2014).

Para mostrarles cómo las consecuencias de dichas sanciones en la vida de las mujeres les presentaré algunas de las cosas que me compartieron mis entrevistadas desde diferentes ámbitos. Iniciaré con la experiencia de Lucía haciendo referencia a como ha sido la relación con su cuerpo y consigo misma al habitar un cuerpo gordo en una sociedad gordofóbica.

“A raíz de que uno mismo siempre se siente gordo, pues uno todo el tiempo se castiga. Entonces, uno se ve al espejo y piensa: “Si no tuviera esta panza, si fuera más juiciosa, si hiciera dieta, ¿qué pasaría? ¿Qué pasaría si fuera al gimnasio? ¿Qué pasaría si tuviera otro cuerpo?” Uno siempre tiene el deseo de tener otro cuerpo. Entonces, sí, claro, siempre ha existido esa necesidad de no habitar el cuerpo que uno tiene, siempre ha existido eso.” (Lucía, 32 años, Psicóloga y Orientadora)

Por otra parte, les comparto la experiencia de Sofía estudiante de universidad pública, quien tiene 20 años y llegó a vivir a Bogotá hace casi 3 años para estudiar su pregrado. Ella nos cuenta sobre cómo ha visto afectada su salud mental debido a la gordofobia pues constantemente siente angustia y vergüenza de su cuerpo, lo que se agudiza por los comentarios que recibe de los demás sobre su peso.

“Si yo me pesara cada semana, ya estaría en una depresión terrible. O sea, para mí es una tortura que pregunten: “¿Y tú cuánto pesas?” Si no estoy mal, la última vez que me pesé porque yo quería hacerlo fue hace unos 3 años. Imagínate, y ahora me preguntan, y yo digo lo que pesaba hace 3 años. No te voy a decir que peso 20 kg más, no. Es muy traumático y muy difícil que me pregunten: “¿Y tú cuánto pesas? ¿Y qué talla de pantalón usas?” Es como, no, no me preguntes eso. Entonces, es muy incómodo.” (Sofía, 20 años, Estudiante de odontología)

Como mencionaba antes la gordofobia también tiene consecuencias en las relaciones de las personas sean estas familiares, laborales, amistosas, etc., en esta ocasión me centraré en las relaciones sexoafectivas que es una de las que más suele verse afectada ya que a las mujeres gordas pareciera negárseles el afecto y la sexualidad, a causa de que sus cuerpos son considerados poco atractivos bajo las normas heteropatriarcales y por lo tanto deben esperar a ser elegidas y agradecer cuando suceda. Lo cual resulta en que en muchos momentos las personas gordas sean deshumanizadas y vistas más como un objeto que se usa satisfacer el deseo, incluso de forma fetichista pero que no es merecedor de placer y amor, por separado y en conjunto.

De este modo me compartía Julia su percepción frente a las relaciones sexoafectivas.

“Básicamente, por ser gorda, te quitan la posibilidad del placer sexual en general; te deshumanizan hasta el punto en el cual la única forma en que te conciben es como la amiga chistosa. Hay demasiado aislamiento acerca de la idea de que, de verdad, nosotros también podemos ser seres sexuales. Entonces, ¿cómo se te ocurre que yo puedo tener criterio al momento de escoger algún tipo de persona que me gusta? ¿Cómo me atrevo siquiera a tener criterios y gustos personales, si me están haciendo un favor? ¿Cómo puedo aprender a colocar límites cuando existen dos tipos de personas: los que van a odiar mi cuerpo y a quienes les voy a generar asco, o las personas que se quieren aprovechar de mi cuerpo porque me ven como un fetiche más y no como un ser humano? Entonces, uno se coloca en demasiadas situaciones de riesgo, porque, Dios mío, el acceso al tema erótico y también al tema afectivo es algo que, quizás, yo siento que no se habla tanto, especialmente en personas que tenemos una opresión directamente sobre nuestro cuerpo.” (Julia, 28 años, Estudiante de Marketing y Publicidad)

Finalmente, para ilustrar más explícitamente cómo la gordofobia limita el acceso a los derechos de las mujeres gordas, en este caso el derecho a la salud, que suele verse afectado debido a que las personas evitan acudir a profesionales de la salud por los malos tratos que suelen recibir pero que también se suele dar debido a que la gordofobia del personal médico impide que le den un trato igualitario y de

calidad a sus pacientes gordos, lo que lleva a la negación de los síntomas de las personas gordas o el no tratamiento de su enfermedad. Entonces veremos la experiencia de Valeri quien siente temor de asistir al médico debido a los tratos que ha recibido previamente, lo cual puede ponerla en riesgo de no atender a tiempo algún tema de salud pero que a la vez la mantiene segura de no recibir violencia y discriminación en un entorno más.

“Sí, sabes que muchas veces me he detenido a buscar atención, precisamente porque sé que me van a regañar. Es como que ya sé que me van a decir que estoy gorda, pero no me van a ayudar, entonces, ¿para qué pierdo mi tiempo llamando a pedir citas, esperando la cita, yendo hasta allá, pagando? Por ejemplo, yo pago un copago alto. Entonces, si tengo que pagar cuarenta y pico mil para que vayan y me regañen y no me den ninguna solución, a veces prefiero buscar en internet o, no sé, otras opciones, y no acudir a un personal médico que debería ser la primera opción.” (Valeri, 34 años, Psicóloga)

Estas experiencias de sanción social que resultan en la discriminación y detrimento del bienestar de las mujeres gordas se dan de forma constante ya que la gordofobia y la violencia estética como fenómenos sistemáticos y estructurales (Puhl y Heuer, 2010; Pelletier, 2014; Gómez, 2020) se manifiestan de manera organizada, consistente y arraigada de forma profunda en las normas, prácticas y políticas sociales e institucionales. Lo cual genera una discriminación constante y generalizada contra las mujeres gordas, que perpetúa dinámicas de poder, exclusión y discriminación que disminuyen su calidad de vida y limitan el acceso a sus derechos. Por ello es comprensible que frente a la opresión que viven las mujeres gordas por no ajustarse a la norma, ellas busquen adaptarse a la exigida delgadez con la esperanza de que así dejaran de ser violentadas, discriminadas e invisibilizadas, no obstante considero que tal como lo plantea Virgie Tovar (2018) en su libro Tienes derecho a Permanecer gorda, la vida de las personas gordas no resultaría más fácil si estuvieran más delgadas sino que sería más fácil si la cultura no estuviera obsesionada con oprimirlas porque están gordas.

No obstante, la realidad es que este deseo de encajar en los estándares de belleza impuestos por la sociedad lleva a muchas mujeres, y especialmente a las

mujeres gordas, a perseguir la delgadez a cualquier costo. Como la presión para cumplir con estos ideales corporales es tan intensa y las consecuencias de ser una persona gorda en esta sociedad son tan dolorosas, muchas mujeres recurren a dietas extremas, procedimientos estéticos invasivos, y rutinas de ejercicio agotadoras con la esperanza de alcanzar el cuerpo "ideal". Sin embargo, este constante esfuerzo por transformar el cuerpo no solo afecta su salud física, sino también su bienestar emocional y psicológico.

Frente a esto Ana nos cuenta como durante su adolescencia la relación con su cuerpo era tan difícil que busco cambiarlo sin importar las consecuencias.

“Yo pasé una época densa en bachillerato y yo duraba 3-4 horas entrenando en el gimnasio como por adelgazar. Aunque era súper delgada como de la parte de arriba del cuerpo, mis caderas y mis piernas siempre han sido grandes, siempre he sido piernona y con demasiado cola. Yo duraba horas y horas en el gimnasio hasta el punto de desmayarme.” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

La experiencia de Ana ilustra claramente cómo se internaliza la gordofobia, un proceso en el que las creencias y prejuicios negativos sobre los cuerpos gordos, promovidos por la sociedad, son absorbidos y aceptados por las personas que habitan esos cuerpos. En el caso de Ana, esta internalización la llevó a sentir la obligación de cambiar su cuerpo, percibiéndolo como inadecuado y como la fuente de las dificultades que enfrenta en su entorno. Aquí, la teoría del biopoder de Michel Foucault proporciona un marco conceptual valioso para comprender cómo la sociedad regula y ejerce poder sobre los cuerpos, tanto a nivel individual como colectivo, haciendo que las personas interioricen y acaten las normas sociales.

Foucault introduce el concepto de "gubernamentalidad" para explicar cómo las normas y regulaciones sociales son internalizadas por los individuos, quienes se convierten en sus propios vigilantes, asegurando el cumplimiento de estas normas establecidas. Dicho proceso de internalización es facilitado por diversos dispositivos de control, como la educación, la familia y los medios de comunicación, que actúan como agentes de inculcación de normas y valores. Así estas normas, una vez apropiadas e integradas al sistema de creencias del

individuo, operan de manera consciente e inconsciente, regulando su conducta y perpetuando las estructuras de poder sin necesidad de una imposición externa evidente (Foucault, 2008).

De este modo, la sociedad no solo impone expectativas desde el exterior, sino que también fomenta un fenómeno de autorregulación, donde las personas adoptan estas normas como propias o reconocen los beneficios de ajustarse a ellas, lo que asegura la estabilidad y reproducción de estas dinámicas opresivas. En este contexto, la búsqueda de la delgadez y el odio hacia los cuerpos gordos pueden entenderse como una extensión de estas prácticas de biopoder. La delgadez se presenta como un ideal inalcanzable que, en la lógica patriarcal, se asocia con el éxito, el control y la moralidad, ideal que no solo es impuesto por la sociedad, sino que es internalizado por las mujeres, quienes se convierten en las principales vigilantes de sus propios cuerpos y los de las otras mujeres, perpetuando así su subordinación.

En conclusión, las prácticas de dominación corporal, analizadas tanto por Foucault como por Naomi Wolf, evidencian cómo las normas sociales perpetúan el control y la opresión, especialmente hacia las mujeres. Estas normas restringen su autonomía, perpetúan estereotipos de belleza inalcanzables, encasillando a las mujeres en roles limitantes e inequitativos. Esta presión constante para adherirse a estos estándares afecta gravemente el bienestar integral y la salud mental de las mujeres, consolidando desigualdades de género arraigadas en la historia y la cultura (García, 2017). Por ello, la lucha contra la gordofobia y la imposición de la delgadez no se trata simplemente de una cuestión estética; es una lucha contra las estructuras de poder que han utilizado el cuerpo de las mujeres como un medio para perpetuar su subordinación. Por lo tanto, es necesario reconocer y desafiar estos mecanismos de control, buscar que haya modelos estéticos diversos y que los cuerpos más que aceptados puedan ser libres de estas dinámicas de poder y buscar avanzar hacia una sociedad más equitativa.

Capítulo 3. ¿En realidad es sobre salud?

3.1. El reduccionismo de la salud al cuerpo y la delgadez

En la sociedad occidental contemporánea, la salud se ha asociado con un ideal estético de belleza ligado a la delgadez. Esta construcción social ha generado una preocupación creciente por el cuerpo, transformando la belleza y la salud en valores morales que hacen que cumplir con estos ideales sea casi obligatorio. Pues la moral como un conjunto de normas y valores que guían el comportamiento humano busca regular el comportamiento de las personas que pertenecen a una sociedad en un momento determinado. Por lo que, en este contexto, la moralidad asociada a la belleza y la salud implica la idea de que ciertos cuerpos son moralmente superiores a otros, por lo que la sociedad espera que las personas mantengan cuerpos "adecuados", en términos estéticos y sanitarios, y el no lograrlo se percibe como una falta hacia sí mismo y la sociedad, lo que puede conllevar al rechazo y la culpabilización (Jiménez, 2021).

Por ejemplo, estudios como el de Puhl y Heuer (2010) demuestran que los cuerpos que no se ajustan a los estándares de belleza dominantes son objeto de estigmatización, reforzando la idea de que la conformidad con estos estándares equivale a conformidad con normas y valores sociales, más allá de la búsqueda del bienestar

Probablemente, esta conexión se estableció tras el auge de la medicina que se dio gracias al avance científico y tecnológico en las sociedades occidentales durante los siglos XVIII y XIX, y especialmente con la Revolución Industrial, allí la medicina comenzó a consolidarse como una ciencia basada en el conocimiento empírico y en la observación rigurosa, pues la revolución Industrial no solo facilitó el desarrollo de nuevas tecnologías médicas, sino que también incentivó la profesionalización de la medicina, permitiendo una estandarización del conocimiento médico que reforzó su rol en la sociedad moderna (Greene, 2006). Esto permitió a la medicina no solo tratar enfermedades sino también establecer lo patológico, extendiendo su

influencia más allá del ámbito clínico, llegando a ser una autoridad social con poder para definir qué era "normal" y "patológico".

A causa de ello aspectos de la vida cotidiana se empezaron a medicalizar, es decir situaciones que se consideraban normales empezaron a ser patologizadas (Orueta et al., 2011), de este modo aspectos antes considerados estéticos pasaron a ser interpretados como signos de salud física y, por ende, de virtud moral (Crawford, 1980). Por lo que, el poder de la medicina se tradujo en un dominio que no solo actuaba sobre los cuerpos, sino que también moldeaba comportamientos y formas de vida (Illich, 1975). Entonces la medicina, bajo este enfoque, no solo cura, sino que regula y disciplina, legitimando determinadas formas de vivir mientras patologiza otras (Foucault, 2008). Por ejemplo, prácticas como la psiquiatrización de la disidencia o la patologización de la diversidad corporal ilustran cómo la medicina puede servir como una herramienta de control social

Fue así como la belleza, en este contexto, se reconfiguró para alinearse con las características físicas que indicaban aptitud laboral, como la fuerza y la resistencia, lo que llevó a una creciente preocupación por la apariencia física como un reflejo de la salud y, por ende, de la utilidad económica del individuo (Álvarez, 2014). De manera que la delgadez y la forma física no solo se convirtió en un ideal estético, sino también en un indicador de la capacidad del individuo para contribuir al sistema capitalista. Por ello, estudios como el de Kenny (2015), sugieren que la promoción de cuerpos esbeltos y "saludables" en las sociedades modernas no solo está impulsada por preocupaciones de salud pública, sino también por imperativos económicos que buscan optimizar la fuerza laboral.

Concibiendo estas dinámicas belleza/salud/delgadez desde un enfoque biopolítico, es decir observando como la política y el poder a través de diversos mecanismos influyen en la vida de las personas y la sociedad tal como lo plantea Foucault en el concepto de biopolítica (Tejeda, 2012). Mas específicamente en este caso la biopolítica se refiere a la forma en que las instituciones, incluidas la medicina y la salud pública, gestionan y norman los cuerpos para maximizar la productividad y el bienestar social, estableciendo así una relación directa entre la vida biológica y el

poder político (Foucault, 2008). En este sentido, la biopolítica no solo se ocupa de la vida individual, sino que también se centra en la gestión de la vida colectiva, dictando normas sobre qué constituye un cuerpo sano, útil y deseable dentro de una sociedad determinada.

Entonces la preocupación por la delgadez y la salud puede entenderse como una extensión de esta lógica biopolítica. En lugar de ser simplemente una cuestión de elección personal o de bienestar individual, la promoción de cuerpos delgados y activos se convierte en un mecanismo para regular y controlar las poblaciones, asegurando que los individuos se mantengan dentro de parámetros considerados óptimos para la productividad económica (Rose, 2007). La internalización de estos ideales no solo sirve para garantizar cuerpos "funcionales" desde un punto de vista biológico, sino que también refuerza un sistema de valores que premia la conformidad con normas estéticas específicas, castigando y marginalizando a aquellos que se desvían de ellas (Cairns & Johnston, 2015).

Así esta dinámica belleza/salud/delgadez que se ha dado desde el siglo XIX⁴ llevó a que los cuerpos que no cumplen con los estándares de belleza y salud establecidos sean vistos como menos productivos y, por tanto, menos valiosos dentro del sistema económico, perpetuando una cultura donde la apariencia física y la salud están vinculadas al valor económico y moral de una persona. Por ello, es posible decir que la medicina, como institución, ha desempeñado un papel crucial en la legitimación de las expectativas capitalistas sobre las personas y sus cuerpos, funcionando no solo como un sistema de cuidado de la salud, sino también como un mecanismo de control social que alinea los cuerpos con las demandas de productividad y eficiencia.

De manera que la patologización de ciertos cuerpos y comportamientos que no se ajustan a las normas productivas se ha convertido en un medio para justificar los

⁴ Las representaciones sobre el cuerpo y la gordura han variado a lo largo de la historia y en diferentes culturas, este análisis se centra en la dinámica particular que se estableció desde el siglo XIX en el contexto del capitalismo industrial, donde la delgadez se asoció con la productividad y el éxito económico. Sin embargo, para una exploración más detallada de otras representaciones de la gordura, consultar el capítulo 1.

tratos, la exclusión o discriminación de las personas que no se ajustan a dichas exigencias del sistema social y económico (Zola, 1972). Así, la medicina ha contribuido a la vigilancia y patologización de las personas gordas, justificando discursos de control social y culpabilización bajo la ‘preocupación’ por la salud (Piñeyro, 2016).

Veamos la experiencia de una de las mujeres entrevistadas que es un buen ejemplo para comprender lo anterior. Gaby, quien actualmente tiene 24 años, desde pequeña tenía un cuerpo que era considerado gordo, por lo que en su familia pensaban que se debía a sus hábitos alimenticios, a pesar de que ella tenía los mismos hábitos que el resto de su familia pues allí era donde recibía su alimentación. Por lo que sus padres consideraban que ella mentía y que comía a escondidas, creencia que reafirmó una nutricionista:

“Me acuerdo incluso de que alguna vez me llevaron a una nutricionista, y dijo algo así como, reconfirmándolas, en plan: "Es que tú vives comiendo porquerías en el colegio, vives comiendo papas, chitos y no sé cuántas cosas", y yo no. O pues sí, pero lo que una niña normal comería, o sea, igual en el colegio te compras unas papitas y no creo que nadie esté muriendo por hacer eso, ni nadie está gordo por hacer eso. De hecho, mi hermana, mi hermana menor que literalmente era un palillo de persona, ella vivía comiendo todo tipo de cosas. Literalmente destapaba la alcancía para ir a comprar todo ese poco de cosas y no le decían casi nada.” (Gaby, 24 años, Estudiante de Lingüística)

Una vez que su familia recibió validación de sus creencias por parte de un profesional de la salud, esta vigilancia y control aumentó, por ello Gaby vivió constantes críticas en contra de su cuerpo, la reducción de porciones en sus alimentos que la dejaban con hambre y una presión constante para bajar de peso, que aumentaba y se agravaba al ver que su cuerpo no adelgazaba. Lo cual afectó no solo las relaciones con su familia sino la relación que ella ha tenido a lo largo de su vida con la alimentación, el movimiento y consigo misma.

De este modo podemos ver como la medicina actúa como autoridad que legitima o deslegitima cuerpos, a partir de lo que consideran es apropiado o no, incluso

desconociendo el propio relato de las personas sobre sus hábitos o la percepción de su salud. Esta función legitimadora de la medicina se ha intensificado en las últimas décadas. La medicina no solo diagnostica y trata enfermedades, sino que también promueve estilos de vida "saludables" que coinciden con los ideales de belleza, salud y productividad promulgados en la cultura occidental. Por ello la medicina contemporánea ha promovido normas de salud que privilegian la delgadez y el autocontrol, castigando a las personas cuando no cumplen con dicha obligación (Kristensen, et al., 2016).

Así pues, el enfoque biomédico de la salud, predominante en las sociedades occidentales, reduce el bienestar a la funcionalidad óptima del cuerpo, centrándose en indicadores físicos cuantificables como el peso, la presión arterial y el colesterol (León, 2006). Esta visión ignora factores sociales, económicos y políticos que también influyen en la salud. Además, refuerza estándares estéticos dominantes, asociando la salud con la delgadez y perpetuando estereotipos de belleza occidentales (Rojo & Marco, 2008). Al priorizar parámetros físicos como el peso o el IMC, la biomedicina desestima la posibilidad de que la salud exista en distintos tipos de cuerpo y desconoce su carácter multidimensional.

Es por ello que, esta visión de la salud ha sido criticada por su reduccionismo (Engel, 1997), pues desvincula las diversas dimensiones del ser humano y no reconoce la influencia del entorno social en la salud del individuo. Este enfoque perpetúa un dualismo cartesiano al separar la mente del cuerpo, y al enfrentarse a la enfermedad, se centra exclusivamente en identificar y tratar los elementos fisiológicos o biológicos afectados, obviando incluso las percepciones subjetivas del consultante acerca de su propia salud.

Adicionalmente, a la atención centrada en el cuerpo, la salud se ha individualizado, atribuyendo la responsabilidad al individuo y restringiendo el cuidado de la salud a acciones de autocuidado y cambio de hábitos individuales. Lo que ha resultado en la culpabilización de las personas por su estado de salud, al mismo tiempo que ha minimizado la responsabilidad de los estados en el cuidado público de la salud y la gestión de la enfermedad (Paim & Kovaleski, 2020).

Por ello es habitual que las personas gordas sean cuestionadas constantemente por su estado de salud, se les posiciona como las responsables de mantenerse sanas e incluso de curar sus enfermedades a través de la pérdida de peso. Este fragmento de la entrevista a Ana es un ejemplo de ello.

“Mi mejor amiga, que es gorda, tenía un problema de estómago, como una bacteria o algo, y duró casi 2 años esperando a que un doctor la remitiera porque primero tenía que bajar de peso. Primero, los exámenes tenían que salirle como si nunca comiera azúcar ni grasa. O sea, duró casi 2 años sin poder masticar bien, sin poder tragar bien. Yo le decía: "Parce, busquemos otro médico, vamos a otro lado". O sea, tocó buscar plata, entonces entre las dos pagamos, porque era como que ni siquiera me puedo acostar porque me da reflujo y no entiendo por qué. Y el doctor le decía: "Es porque estás gorda".” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Este proceso de individualización y culpabilización está profundamente enraizado en las dinámicas de poder que configuran la relación entre la medicina, la sociedad y el individuo. La salud, en lugar de ser entendida como un derecho colectivo y una responsabilidad compartida, se ha convertido más en una carga personal, en la que el éxito o fracaso de mantener un cuerpo "saludable" y "bello" recae exclusivamente en el individuo. Entonces la medicina y la sociedad transforman la visión de la salud por la de “salutismo”, es decir por "la preocupación por la salud individual o personal como el único medio para alcanzar el bienestar, que se logra mediante la modificación de estilos de vida" (Crawford, 1980, citado en Nutriológicas, 2023), lo que ha conducido a que la salud se convierta en un deber y un valor moral. A través del cual, es posible definir el valor de una persona, sus capacidades y sus hábitos sin tomar en cuenta otros aspectos de la vida del individuo que pueden afectar su salud y la forma en que se relaciona con la sociedad y los demás como el nivel socioeconómico de la persona, el ambiente en el que vive, el acceso a educación, privilegios, opresiones, entre otros factores que influyen en la salud.

Como consecuencia, esta perspectiva refuerza las desigualdades sociales, al ignorar cómo factores estructurales como la pobreza, la discriminación y el acceso desigual a recursos de salud afectan la capacidad de una persona para cumplir con

estos ideales normativos de salud y belleza (McCartney et al., 2019). Así, se perpetúa una narrativa en la que aquellos que no logran alcanzar estos estándares son vistos no solo como moralmente fallidos, sino también como menos dignos de apoyo y cuidado por parte de la sociedad y del sistema de salud.

Asimismo, estas maneras de ver la salud desconocen la multifactorialidad de esta condición pues cada vez más se ha evidenciado que la salud va más allá del cuerpo y de las acciones individuales que cada uno pueda realizar para mantener su salud, de hecho, se han realizado investigaciones para identificar los múltiples factores que influyen en la salud de una persona (Ansari et al., 2003; Bradley et al., 2011; McGovern, 2014) demostrando que no se reducen a lo físico, ni a lo individual.

Incluso la definición de la OMS nos muestra el interés por reconocer la multifactorialidad de esta, pues la Organización Mundial de La Salud (s.f) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Y si bien esta definición ha sido cuestionada por múltiples razones, entre ellas la de considerar que dicha definición desconoce el hecho de que la salud es cambiante y que, por lo tanto, llegar a un estado de completo bienestar es complejo sino imposible (Leonardi, 2018), es una muestra de la importancia que tiene considerar otro tipo de factores que pueden influir. Es decir, concebir la salud quizás desde un enfoque más integral, quizás como en el modelo biopsicosocial, el cual plantea la salud como resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977), a diferencia del modelo biomédico tradicional que ignora estas dimensiones (Wade & Halligan, 2017).

Si nos centramos en una perspectiva integral, la salud no puede entenderse sin considerar los determinantes sociales, es decir, las condiciones en las que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales impactan significativamente su bienestar (Artiga & Hilton, 2018). Goinvo (2020) clasificó estos determinantes en cinco componentes y estimó que el 89% de la salud ocurre fuera del ámbito clínico. Su influencia se distribuye así: comportamientos individuales

(36%), circunstancias sociales (24%), biología y genética (22%), cuidado médico (11%) y ambiente (7%).

Los comportamientos individuales incluyen factores como sueño, alimentación, ejercicio y bienestar emocional. Las circunstancias sociales abarcan aspectos como raza, educación, identidad de género y oportunidades laborales. Los determinantes biológicos y genéticos comprenden la composición genética y la función corporal, mientras que el cuidado médico se relaciona con la calidad y acceso a los servicios de salud. Finalmente, los determinantes ambientales incluyen la infraestructura urbana, la calidad del aire y la contaminación, evidenciando que la salud es el resultado de múltiples factores interconectados.

Aunque al conocer estos determinantes, sería razonable esperar que el sistema de salud y la sociedad abordaran, no solo los determinantes más obvios de la salud, sino también los problemas estructurales y sociales que influyen en ella, lo cual implicaría también respetar los procesos de salud y enfermedad de las personas sin culpabilizarlas, ni responsabilizarlas exclusivamente de su estado de salud. Esto no es lo que sucede habitualmente en los espacios de atención y cuidado de la salud ya que, en estos lugares, las personas, especialmente aquellas con cuerpos gordos, tienden a experimentar situaciones difíciles (Quiros, 2021). Más bien las personas gordas tienden a enfrentarse con profesionales de la salud que los reprenden, violentan, minimizan sus síntomas, critican sus decisiones, subestiman sus capacidades y buscan su obediencia sin cuestionamientos (Piñeyro, 2020).

Esta problemática se da, además de por todo lo que se ha mencionado a lo largo del capítulo, también por el enfoque paternalista adoptado por el sistema de salud y sus profesionales quienes al considerar que son quienes tienen el conocimiento y la autoridad sobre lo que es conveniente para las personas en torno a su bienestar, establecen una relación vertical con las personas que acuden a los servicios médicos (Cañete et al, 2013). Entonces el personal de salud asume el papel de un "padre" protector que toma decisiones por el "hijo" (el consultante) ignorante, creando una relación asimétrica de poder, derivada del estatus otorgado al profesional de la salud por su conocimiento y posición social.

Esta jerarquía limita la autonomía del paciente al momento de decidir sobre su salud, degrada la relación consultante/profesional y justifica el trato que el profesional de la salud les da a sus pacientes. Este paternalismo se manifiesta en acciones como no explicar los diagnósticos, suponer los hábitos de la persona según la apariencia física, no informar sobre las condiciones y efectos de los tratamientos, o reprender al paciente por sus síntomas, entre otros comportamientos, y suele darse más hacia personas que son consideradas “fuera” de la normalidad.

Y ya que como hemos visto la gordura es una condición que se desvía de lo esperado por la medicina y la sociedad, las personas gordas viven constantemente esta paternalización en los entornos de salud, debido a que se considera que ellas no tienen el conocimiento o la capacidad de saber lo que necesitan o cuidarse por sí mismas (Navajas-Pertegás, 2017). Así como lo compartió Juana, mujer bogotana de 25 años, nutricionista de profesión, quien ejerce su labor desde un modelo de salud en todas las tallas.

“Yo siempre he sufrido de otitis y también de dermatitis. Recuerdo una vez que fui al médico porque necesitaba una cita con el otorrino para que me revisara, pero a la doctora no le importó ni cinco mi motivo de consulta. Me mandó a hacerme exámenes y a ir al nutricionista. Y bueno, oiga, o sea, yo no vine para esto, yo vine por otra cosa, y fue como: “No, primero hazte los exámenes, ve al nutricionista y después ya hablamos de tus problemas reales”.” (Juana, 25 años, Nutricionista)

La experiencia de Juana es un claro ejemplo de cómo el sistema de salud actual tiende a reducir la salud al cuerpo y, más específicamente, al peso corporal, desestimando las verdaderas preocupaciones de los pacientes en favor de una agenda de control del peso. Esta actitud no solo refleja una falta de respeto por la autonomía y la experiencia subjetiva de la persona, sino que también perpetúa la gordofobia al seguir marcando la gordura como un problema a erradicar.

Además, esta visión reduccionista también crea graves consecuencias para la atención médica de las personas gordas. Pues al ser vistas y evaluadas únicamente

a través de su peso, sus síntomas y necesidades son frecuentemente ignorados o minimizados, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados y una atención de salud deficiente que afecten su salud (Bayer, 2008). Además, la constante presión para perder peso puede tener efectos perjudiciales sobre la salud mental y emocional de las personas, quienes al ser culpabilizadas por su estado de salud enfrentan un entorno médico hostil y poco empático (Mann et al., 2007).

Es precisamente debido a estas concepciones de la salud, ejercidas desde una perspectiva biomédica, salutista y paternalista, que, en muchas ocasiones, en la búsqueda de salud, se termina perdiendo la salud. Paradójicamente, al centrarse en la delgadez como sinónimo de salud, se desatienden factores fundamentales del bienestar, perpetuando desigualdades y malas prácticas en la atención médica.

3.2. Ganar salud perdiendo salud

3.2.1. Gordo igual a enfermo: Gordofobia médica

La equiparación de la salud con la delgadez no solo ha perpetuado estereotipos dañinos, sino que también ha dado lugar a una interpretación reduccionista de la salud que ignora su complejidad. La patologización de la gordura se ha institucionalizado en parte a través de la clasificación del sobrepeso y la obesidad como trastornos médicos en manuales diagnósticos como el CIE-10⁵, y a través de la adopción de medidas como el Índice de Masa Corporal (IMC) para definir estados de salud.

Por ello, el sobrepeso y la obesidad han sido vinculados directamente con diversas enfermedades como la hipertensión, la diabetes, problemas cardiovasculares, entre

⁵ En el CIE-10 la obesidad se encuentra clasificada dentro de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, el código diagnóstico de la obesidad es E66. Según la OMS la obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, que aumenta el riesgo de enfermedades como la diabetes y las cardiopatías. Y se diagnostica principalmente a través del IMC o midiendo la circunferencia de la cintura. Mas información en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=Poblaci%C3%B3n%20adulta,igual%20o%20superior%20a%2030.>

otros en numerosos estudios lo que se ha interpretado como evidencia de la gravedad de la gordura para la salud y la importancia de mantener la delgadez como medida preventiva o de pérdida de peso como tratamiento para diversas patologías. Sin embargo, otros estudios han cuestionado esta interpretación, señalando que muchos de estos trabajos no distinguen adecuadamente entre correlación y causalidad (Bacon & Aphramor, 2011; Tylka, et al, 2014; Schwartzman, 2022). Es decir, la coexistencia de dos condiciones (correlación), como la enfermedad y la gordura, no implica necesariamente que una sea la causa de la otra (causalidad). De modo que, lo que se ha observado en varios de estos estudios es que la obesidad se presenta como la causa de la enfermedad cuando, en muchos casos, solo se está comprobando una correlación entre estas dos condiciones (Schvartzman, 2022).

Por lo que, esta visión simplista de la gordura como causa directa de múltiples enfermedades ha conducido a la estigmatización de los cuerpos gordos y a la implementación de políticas de salud pública que, lejos de promover el bienestar, perpetúan la discriminación y los prejuicios. Un ejemplo claro es la constante recomendación de pérdida de peso como tratamiento universal para una amplia gama de condiciones médicas, sin considerar otros factores determinantes de la salud como la genética, el entorno social, el estrés, y el acceso a recursos sanitarios adecuados (Bacon & Aphramor, 2011). Situación que constantemente viven las personas gordas en los entornos médicos en donde los profesionales de la salud les atienden sesgados por sus prejuicios entorno a la gordura, resultando en que se les dedique menos tiempo para escuchar sus síntomas y evaluarlos, se les perciba como personas indisciplinadas e incluso desagradables, y se reduzca frecuentemente su tratamiento a una simple recomendación de bajar de peso (Bayer, 2008).

Lo anterior no es algo que solo se reporte en la literatura, sino que es posible confirmarlo con la experiencia que han vivido las personas gordas en los entornos de salud como medicina general, nutrición, medicina especializada, psiquiatría, psicología entre otras áreas. Por supuesto, en el caso de las entrevistadas fue

posible ver cómo el entorno de la salud se vuelve un lugar complejo e incluso hostil que las lleva a estar prevenidas de asistir a buscar atención médica, para mostrar algunos ejemplos de ello les presentaré dos fragmentos de las entrevistas que realicé.

Valeri quien ha visto como constantemente los médicos suelen relacionar cualquier condición de salud a su “sobrepeso” y cómo esa creencia lleva a que se sientan con derecho de regañarla o invalidar sus necesidades. Ella compartió:

"Uy, no, terrible. Mucha violencia, terrible. Por ejemplo, en el embarazo, una vez una doctora me regañó porque estaba pasada de peso. A pesar de que todo mi embarazo fue saludable y no tuve inconvenientes de nada, subí el peso que tenía que subir, pero me regañaban constantemente por lo que pesaba. Me dijo: 'Ay, ya miré lo que le pasa por ponerse a tener bebés con sobrepeso y no sé qué.' O sea, un regaño fuerte. A veces uno va al médico y lo único que te dicen es 'baja de peso,' y ni siquiera te ponen cuidado para lo que tú vas. Si te quejas de un dolor en la rodilla, solo te dicen: 'No, no, no, tiene que bajar de peso, tiene que bajar de peso,' pero nunca te hacen un examen más allá para ver qué te pasa, ¿sí? Puede ser algo más, pero no; siempre es como que todos los problemas se deben al sobrepeso. Entonces, los médicos no se atreven a ir un poquito más allá." (Valeri, 34 años, Psicóloga)

También con la experiencia que Ana compartía sobre su amiga quien es también una mujer gorda, podemos ver como la asociación del peso con la enfermedad y el adelgazamiento como tratamiento suele darse en casi cualquier ámbito de la medicina.

"Ella también sufre de bruxismo, y la solución de la doctora fue: '¿Por qué no bajas de peso?' Y yo pensé: 'Nos vamos a ir a otro odontólogo, ¡hijueputa! ¿Cómo me vas a decir que alguien sufre de bruxismo porque está gorda?'" (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Las experiencias de Valeri y Ana son un ejemplo de las múltiples experiencias que me compartieron las entrevistadas, quienes en su mayoría han experimentado este reduccionismo salud/peso, lo cual refleja la alarmante frecuencia con la que los

profesionales de la salud reducen problemas médicos complejos a simples cuestiones de peso, lo que no solo es reductivo sino también peligroso. Estudios como los de Brownell (2005), Puhl y Suh (2015), y Araújo et al. (2018) han demostrado que estos profesionales tienden a albergar prejuicios hacia las personas gordas, considerándolas indisciplinadas, perezosas, desagradables, o asumiendo que todas sus dolencias están inevitablemente relacionadas con su peso. Este sesgo perpetúa estigmas y conlleva diagnósticos erróneos o retrasados, lo que puede llevar a que las personas gordas eviten buscar atención médica.

Un ejemplo de ello es la experiencia que vivió Nadia de 34 años, mujer comerciante del municipio de Itagüí.

"Yo tengo insuficiencia venosa, y en mi pie izquierdo las venas estaban súper tortuosas. Me remitieron al cirujano vascular, pero cuando fui, me dijo: 'Mira, tienes que bajar de peso.' Entonces, ¿cuál fue el diagnóstico que me dio? De hecho, necesitas una cirugía por los temas vasculares. Esta enfermedad no se cura, solo queda hacer cirugía, pero necesitas bajar de peso. Me dijo: 'Tienes que bajar 15 kg, así que te voy a dar una cita en 1 año. Ven en 1 año y nos vemos; para entonces debes haber bajado 15 kg. De aquí te voy a remitir a la nutrióloga y al endocrino para que te ayuden a bajar de peso.' Yo salí de allí muy triste porque pensaba: 'O sea, mi problema es de las venas, ¿por qué se meten con mi gordura?'" (Nadia, 34 años, Comerciante Independiente)

Entonces además de impactar negativamente la calidad de la atención que reciben, la gordofobia médica también puede llevar a que los problemas de salud que tienen las personas gordas se compliquen ya que el personal de la salud tiende a pensar que siempre hay que controlar primero el peso, antes de hacer otras intervenciones médicas, por lo que en la espera de “la pérdida de peso” se pierde tiempo valioso para intervenir a tiempo.

Esto podemos verlo en la experiencia de Julia al momento de la atención de una emergencia en salud que vivió cuando tuvo apendicitis. En ese momento debido a la gordofobia médica retrasaron su atención por lo que su condición de salud se agravó.

"Cuando iba a firmar el consentimiento informado, pues como antes de cualquier cirugía, el anestesiólogo no paraba de decirme a mí y a mi esposo que, mejor dicho, era una cirugía de alto riesgo porque yo era gorda, y pues no me aseguraban que saliera de la apendicectomía viva. Yo, con mucho dolor, con mucha fiebre, estaba temblando y decía: 'No importa, por favor, ayuden, me duele.' Me suben a la camilla y la conversación que empieza a generar el cirujano conmigo es algo como: '¿Usted en qué momento se dejó volver así?' O sea, yo estaba a punto de ser operada por apendicitis, con un dolor terrible, y había esperado tanto tiempo que el proceso se dilató y, como resultado, me dio peritonitis de tanto esperar. Entonces, me tuvieron que mantener más tiempo en el hospital a raíz de eso." (Julia, 28 años, Estudiante de Marketing y Publicidad)

Sumado a lo anterior, la gordofobia médica deteriora la interacción médico-paciente ya que el personal de salud suele mostrar menos empatía hacia las personas gordas y, en muchos casos, brinda una atención enjuiciadora y discriminatoria (Huizinga et al., 2009) generando inseguridad en las personas gordas, quienes pueden llegar a temer buscar atención médica y, como resultado, evitar asistir a los servicios de salud (Amy et al., 2006). Esta reticencia aumenta el riesgo de complicaciones de salud a largo plazo, perpetuando un ciclo de exclusión y vulnerabilidad.

Esta experiencia de Aura, quien es psicoterapeuta, nos permite ver cómo la gordofobia en el contexto médico no se relaciona únicamente con aspectos médicos, sino que incluso se expande a ámbitos privados y se refleja en el trato y las creencias del personal de salud en torno a las personas gordas.

"Yo creo que también es una actitud, como de rechazo, como de asco. Es una palabra fuerte, pero literal es así. Entonces, una vez recibí un comentario de un doctor: 'Es que si tú te pones a bajar de peso, por fin te vas a poder ver linda.' Y es como: ¿What? Entonces, sí, son comentarios de rechazo, de invalidación. Pues sí, me cuestiona mucho esa parte. O sea, digamos que se supone que, en el ámbito de las Ciencias de la Salud, se debe apelar por el bienestar del paciente, claramente dependiendo de la especialidad en la que te muevas. Si eres fisioterapeuta, psicólogo, internista, ginecólogo, depende, pero creo que se saltan a la torera eso. Es como si yo le dijera a uno de mis pacientes: 'Es que vales como persona si no

tuvieras depresión o si no tuvieras esquizofrenia.' ¿Cómo se va a sentir la persona?"
(Aura, 24 años, psicóloga y psicoterapeuta)

Como vemos, la vivencia de Aura habla sobre una realidad preocupante: la gordofobia en el entorno médico no solo se manifiesta en la forma en que los profesionales de la salud tratan a las personas gordas, sino también en cómo internalizan y reproducen creencias dañinas que no solo refuerzan estigmas, sino que también violan los principios éticos fundamentales de la medicina, que deberían centrarse en el bienestar del paciente, independientemente de su apariencia física.

Así en su búsqueda por “promover la salud”, muchos profesionales de la salud terminan afectando la salud de las personas gordas debido a sus prejuicios arraigados. Este fenómeno, conocido como gordofobia médica, se traduce en prácticas que no solo son ineficaces, sino que también son dañinas. Pues paradójicamente, los intentos de los profesionales de la salud por "mejorar" la salud de las personas gordas mediante la promoción de la pérdida de peso pueden, de hecho, estar deteriorando su salud como lo veremos más adelante.

En última instancia, la gordofobia en el entorno médico es un problema sistémico que requiere una revisión profunda de cómo se entiende y promueve la salud. Es esencial que los profesionales de la salud reconozcan sus prejuicios implícitos y adopten enfoques que prioricen el bienestar integral del paciente, en lugar de centrarse exclusivamente en el peso. Solo así se podrá evitar la discriminación y construir un sistema de salud inclusivo y equitativo, donde todas las personas reciban atención respetuosa y de calidad.

3.2.2. El peso de la delgadez

El modelo tradicional de salud y sus creencias han promovido la idea de que las personas gordas deben adelgazar para tener o recuperar su salud, es decir se asume que los, les y las gordas están enfermas, sin considerar ningún otro factor más que su apariencia física y su peso. Desconociendo la posibilidad de que una persona gorda puede tener un buen estado de salud al igual que una persona delgada puede no tener un buen estado de salud. Así como lo demuestra el

estudio de Tomiyama et al. (2016) el IMC no es un indicador fiable de salud, ya que personas con sobrepeso pueden tener una buena salud metabólica, mientras que quienes están en el rango “normal” pueden presentar problemas. Esto evidencia que el IMC perpetúa estereotipos sobre los cuerpos gordos en lugar de reflejar el bienestar real.

Así, el uso del peso como medida principal de salud ignora la diversidad corporal y la multiplicidad de factores que lo determinan. De modo que considerar que el peso es modificable a voluntad simplifica en exceso su naturaleza multifactorial, ya que está influenciado por aspectos genéticos, metabólicos, psicológicos y socioeconómicos (Gaesser, 2020). Además, refuerza la obsesión por la delgadez y la idea errónea de que la obesidad es una elección personal (Navajas-Pertegá, 2021). Como consecuencia, muchas personas experimentan presión para modificar su cuerpo y, al no lograrlo pese a seguir indicaciones, sufren frustración y estigmatización, reforzando la noción de que su salud y apariencia dependen únicamente de su esfuerzo.

Como podemos verlo en el relato de Liz mujer de 25 años.

“Cambiar la mentalidad de las personas, o sea, en mi concepto, es como que, si otra persona no se ve como tú, no quiere decir que deje de ser persona. Entonces, cambiar la mentalidad de las personas, entender que no todos somos iguales. No, no todos tienen las mismas condiciones de salud. A veces, hay personas que son obesas o gordas por condiciones médicas, que son cosas que la gente usualmente no ve. Y también, al cambiar esa mentalidad, dejar de pensar que esas personas se alimentan mal. No, no se alimentan mal. Porque, lo digo, yo estoy a dieta todo el tiempo: dejo de comer dulces, dejo de comer carbohidratos y sigo estando gorda. Entonces, no es porque me descuido.” (Liz, 25 años, Ingeniera ambiental, modelo y bailarina)

La cultura de la dieta refuerza la idea de que la delgadez es un objetivo alcanzable con suficiente esfuerzo, culpabilizando a quienes no logran perder peso. Sin embargo, este deseo de modificar el cuerpo no es solo una decisión personal, sino un producto social impulsado por los medios, la industria de la belleza y el ámbito

de la salud, que constantemente promueven la pérdida de peso, ciertos hábitos alimenticios, entrenamientos y suplementos.

Como lo define la periodista, escritora, dietista antidietas y consejera certificada en alimentación intuitiva Christy Harrison la cultura de la dieta es:

Un sistema de creencias que equipara a la delgadez, muscularidad y particularmente la forma de los cuerpos con salud y valor moral; que promueve pérdida de peso y cambios en la forma del cuerpo con la finalidad de acceder a un mayor estatus; que demoniza ciertos alimentos y grupos de alimentos mientras que eleva otros; y que oprime a las personas que no coinciden con esta supuesta visión de la salud (Nutriológicas, 2022, p 1).

Es así como, las dietas ocupan un lugar central en la cultura de la delgadez, pues se presentan como el medio principal para alcanzar no solo la salud, sino también el éxito, la virtud, la superioridad moral y el estatus social (Ramírez et al., 2022). Esta promesa implícita asegura que, al perder peso, se logrará todo lo que se desea: felicidad, reconocimiento, éxito, amor, entre otros.

Por ello las personas suelen buscar esa promesa no solo para sí mismos sino incluso para los demás, por lo que es habitual que quienes impulsen a una persona a hacer dietas por primera vez sean sus propios familiares, en muchos casos las madres y padres, esto quizás por el temor a que sus hijas enfermen o vivan discriminación por sus cuerpos. Esta fue la experiencia de Yudy estudiante de fonoaudiología, quien tiene 27 años y vive en Bogotá.

“Yo me acuerdo de mi primera dieta como a los 6 años, era muy pequeña y me acuerdo de que mi mamá la estaba cumpliendo muy a lo que decían... me acuerdo muy bien. Entonces, como que siempre ha sido el ‘tienes que bajar de peso’, siempre ha estado como muy en mi en mi vida” (Yudy, 27 años, Estudiante de Fonoaudiología)

Sin embargo, esta obsesión por el cuerpo y la alimentación, disfrazada de preocupación por la salud, ignora los efectos negativos de las dietas en la vida de las personas (Moreno, 2016). Las dietas restrictivas, aunque se presentan como

herramientas para mejorar la salud, pueden provocar trastornos alimenticios, ansiedad, depresión y una relación disfuncional con la comida y el cuerpo (Bacon & Aphramor, 2011). Además, muchas de estas dietas prometen delgadez sin considerar los riesgos asociados, ya que suelen ser restrictivas, costosas o genéricas, ignorando factores individuales como antecedentes de salud, situación económica y preferencias alimentarias (Jáuregui-Lobera, 2017).

Estas prácticas, en lugar de contribuir al bienestar, generan un ciclo de frustración y culpa que puede perpetuar problemas de salud más graves a largo plazo, como problemas de salud mental, el deterioro de la autoestima, mala relación con la comida o trastornos de la conducta alimentaria (Mann et al., 2007). Como lo vivió Juana quien desde pequeña se sintió incómoda en su cuerpo debió a la percepción que su familia y la sociedad la llevó a tener de sí misma.

“Yo también lastimé mi cuerpo de muchas formas: con dietas, con purgantes, con todo lo que probé. Siento que lesioné mi cuerpo mucho por eso. Mi salud mental, por tanto, muchas veces se vio deteriorada por estar comparándome todo el tiempo con mis primas, con mis amigas, y preguntándome por qué ellas sí y yo no” (Juana, 25 años, Nutricionista)

Además, la presión constante para adherirse a estas dietas no solo afecta la salud física y mental de las personas, sino que también refuerza la gordofobia estructural, un sistema de opresión que castiga a los cuerpos gordos por no conformarse a los estándares estéticos y de salud impuestos socialmente (Tylka et al., 2014). Es precisamente por esta razón que las dietas, como medio para adelgazar y alcanzar una supuesta mejor salud, han sido objeto de fuertes críticas (Tomiya & Mann, 2008). Numerosos estudios han demostrado que las dietas no solo son ineficaces, sino que a menudo resultan perjudiciales para quienes las siguen. Por ejemplo, se ha encontrado que el 95% de las personas que hacen dieta recuperan el peso perdido entre los dos a cinco años posteriores a la dieta, e incluso dos tercios de estas personas terminan ganando más peso del que habían perdido originalmente (Garner & Wooley, 1991; Shah et al., 1991; Burke et al., 1996; Mann et al., 2007).

La explicación de este fenómeno radica en cómo el cuerpo responde a la restricción calórica prolongada que acompaña a la mayoría de las dietas. Cuando una persona se somete a una dieta restrictiva, su cuerpo percibe la falta de nutrientes como una amenaza a la supervivencia, en respuesta, se activa un mecanismo de supervivencia que busca garantizar que el cuerpo no se quede sin energía para funcionar. Como resultado, el cuerpo entra en un "modo de reserva", acumulando energía en forma de grasa para asegurar la continuidad de sus funciones vitales, dado que no sabe cuándo volverá a recibir alimento (Strohacker et al., 2009).

Así, este mecanismo de supervivencia no solo contribuye a la recuperación del peso perdido, sino que a menudo resulta en una ganancia de peso superior a la inicial (Blomain et al., 2013). Debido a que, ante la privación alimentaria, el cuerpo no solo crea reservas adicionales, sino que también incrementa las señales de hambre y el deseo de alimentos con alto contenido calórico, lo que lleva a la persona a pensar constantemente en comida y a desear alimentos "no saludables" con el fin de conseguir acceso a energía de forma rápida (Fernández & Lozada, 2020).

Julia comparte cómo fue su experiencia con las dietas, las cuales inició debido a su madre, quien hacía dieta constantemente para bajar de peso y por ende le enseñó a ella que las dietas eran la manera en la que ella podía cambiar su cuerpo, lo cual trajo consecuencias en la relación que construyó con su comida.

“Después de mucho tiempo entendí por qué yo tenía cierto tipo de relación con la comida, no solamente porque pues ella me ponía a dieta desde muy pequeña y pues porque pues me ponía aguantar hambre yo estaba en crecimiento y obviamente entre más restricción, más hambre hay, más ganas de comer vienen” (Julia, 28 años, Estudiante de Marketing y Publicidad)

Este fenómeno de aumento del hambre por la restricción es una respuesta biológica a los periodos recurrentes de escasez alimentaria asociados con las dietas, que no solo resultan ineficaces para la pérdida de peso, sino que también provocan cambios metabólicos, hormonales y psicológicos que aumentan el *set point*, o rango de peso que el cuerpo tiende a mantener (López-Espinoza, 2005).

Desde la experiencia de Aura se puede comprender mejor como se experimenta en primera persona los efectos de las dietas restrictivas tanto a nivel físico como psicológico.

“Entonces, sí me he sometido a diferentes tratamientos, pero el resultado es un efecto rebote: bajo, vuelvo a subir, bajo y vuelvo a subir. Al fin y al cabo, lo que uno termina generando es una relación pésima con la comida, fomentando un poco más de autodestrucción respecto a la apariencia física. Todo el tiempo te están diciendo que tienes que cambiar, y uno va tras esa motivación externa, influenciada por el entorno y las personas”. (Aura, 24 años, psicóloga y psicoterapeuta)

En consecuencia, la culpabilización de las personas que hacen dieta, especialmente de aquellas con cuerpos gordos, por no lograr perder peso ha sido profundamente injusta (Ramírez, Carrillo, Hernández, & Pérez, 2022). No es la "falta de voluntad" la razón detrás del fracaso de las dietas; es el cuerpo, que al percibir que su supervivencia está en riesgo, activa mecanismos de defensa que, lejos de ser un fracaso, representan un éxito en la tarea de mantenerse con vida. Esta realidad está respaldada por la teoría del *set point*, que postula que el organismo está inherentemente diseñado para mantener un peso corporal relativamente constante (Laguna, 2005). Cuando el peso corporal se desvía de este rango, como ocurre frecuentemente con las dietas, el cuerpo activa procesos metabólicos para regresar al peso inicial, reafirmando la complejidad del peso y la salud más allá de las simplificaciones promovidas por la cultura de la dieta (Müller et al., 2010).

Además de los efectos físicos y metabólicos, las dietas pueden tener un impacto negativo significativo en la salud mental. La restricción alimentaria y la presión para alcanzar un cuerpo delgado pueden generar un ciclo de insatisfacción corporal, baja autoestima y ansiedad. Este ciclo perpetúa la idea de que el valor de una persona está intrínsecamente ligado a su apariencia física, lo que puede llevar a comportamientos obsesivos y desordenados en torno a la comida y el ejercicio (Polivy & Herman, 2002). Estudios como el de Neumark-Sztainer et al. (2006) han mostrado que la insatisfacción corporal es un predictor importante de trastornos alimentarios, evidenciando que la obsesión por la delgadez no sólo es dañina a nivel

físico, sino que también pone en riesgo la salud mental de quienes se someten a dietas restrictivas.

Además, el estrés psicológico asociado con la restricción calórica puede aumentar los niveles de cortisol, una hormona del estrés que, cuando se mantiene elevada durante largos períodos, puede contribuir a la acumulación de grasa abdominal y a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas (Epel et al., 2001). Esto demuestra cómo las dietas, lejos de promover la salud, pueden desencadenar una serie de respuestas biológicas y psicológicas que no solo frustran los esfuerzos por perder peso, sino que también agravan los problemas de salud que supuestamente buscan prevenir.

En conclusión, la gordofobia impacta la salud no solo a nivel físico, debido a las consecuencias que las dietas y tratamientos para bajar de peso pueden tener en el cuerpo, sino también por los retrasos en diagnósticos y tratamientos que sufren las personas gordas, ya que su peso es estigmatizado como la causa de todas las enfermedades. Además, los tratos discriminatorios que reciben en los contextos médicos a menudo las llevan a distanciarse de los servicios de salud, agravando aún más su bienestar general. Sino que también impacta la salud a otros niveles, pues, como se mencionó en el apartado de este capítulo sobre la reducción de la salud al cuerpo y la delgadez, la salud depende de múltiples variables que no solo involucran factores individuales, sino también múltiples factores sociales.

Así, es posible ver que la gordofobia y su consecuente presión para que las personas gordas adelgacen influyen negativamente en varios los determinantes sociales de la salud. Para recordarlos, los determinantes sociales de la salud son comportamientos individuales, circunstancias sociales, genética y biología, cuidado médico y ambiente físico. En el próximo capítulo, hare énfasis en cómo esto sucede y cómo la gordofobia no solo afecta la salud, sino que limita el acceso a los derechos de las personas gordas.

Para terminar, es importante mencionar que la gordofobia no solo afecta a las personas gordas, sino que también afecta a personas en cualquier tipo de cuerpo

pues al perpetuar un ideal de “belleza” y “salud” tiende a llevar a las personas a adoptar comportamientos de riesgo para su bienestar como seguir dietas restrictivas, ejercicio compulsivo, temor de la alimentación, hipervigilancia del cuerpo, entre otros, esto con tal de mantenerse alineada a estos ideales. En parte debido al temor de llegar a ser tratada como una persona gorda pues muchas han percibido lo que esto significa y sienten angustia -consciente o no- de llegar a vivir esto.

Por lo tanto, es crucial que se reconozcan como el reduccionismo de la salud, la cultura de la dieta y la gordofobia afecta la salud y el bienestar de las personas, en especial el de las personas gordas y en lugar de centrarse en la pérdida de peso como medida de éxito, es necesario fomentar una visión de la salud que incluya la diversidad corporal, el bienestar emocional y la adopción de hábitos saludables que no estén motivados por la apariencia física. Así como lo plantea la iniciativa de Salud en Todas las Tallas (HAES, por sus siglas en inglés) que promueve la idea de que se puede estar saludable en cualquier tamaño corporal (Bacon & Aphramor, 2011) al abandonar la obsesión por el peso y centrarse en comportamientos que verdaderamente contribuyan a mejorar la calidad de vida.

Capítulo 4. La gordofobia un asunto de todas las personas

4.1. No solo es sobre salud, es sobre personas.

A propósito del interés de la sociedad y la medicina por la salud de las personas, es importante remarcar nuevamente que la salud va más allá que la ausencia de enfermedades, que la salud involucra lo físico, pero es insuficiente concebirla solo desde allí, ya que esta es multidimensional y por lo tanto, no solo está determinada por las acciones individuales de las personas sino que obedece a factores sociales. En este contexto, la gordofobia no solo exacerba problemas de salud, sino que también perpetúa un ciclo de exclusión y maltrato que impacta negativamente la calidad de vida de las personas gordas.

Por lo que si en realidad estamos interesados en la salud y el bienestar de las personas gordas necesitamos reconocer cómo la gordofobia afecta sus vidas, ya que esta es una forma de discriminación sistemática y estructural que se puede manifestar en diversos aspectos y contextos de la cotidianidad, tanto en ámbitos privados como públicos, interfiriendo en el pleno desarrollo personal y social. Entonces adentrémonos un poco en estos ámbitos de la vida y veamos cómo se presenta la gordofobia y qué consecuencias tiene.

4.1.1. Gordofobia en el ámbito laboral

Empecemos por el ámbito laboral, en donde las personas gordas enfrentan desigualdad en las oportunidades de empleo y desarrollo profesional. Debido a que el cuerpo se ha visto como un indicador de productividad y eficiencia, la apariencia física ha jugado un rol determinante en el acceso al empleo, las evaluaciones de desempeño laboral y las oportunidades de ascenso. Esta asociación entre delgadez y competencia se deriva de la histórica medicalización del cuerpo y de la promoción de estándares estéticos que valoran la delgadez como sinónimo de control, disciplina y autocuidado (Orueta et al., 2011).

De este modo, las personas con cuerpos gordos son percibidas no solo como menos saludables, sino también como menos capaces de cumplir con las exigencias de un mercado laboral que premia la apariencia física alineada con los ideales estéticos dominantes (Puhl et al., 2008). En el caso de las mujeres, esta presión se intensifica, ya que deben ajustarse a estándares de belleza para ser consideradas candidatas idóneas, especialmente en sectores feminizados como la moda, la belleza y la atención al público (Moreno, 2020).

Esto podemos verlo en la experiencia que nos compartió Juana nutricionista no pesocentrista⁶ de 25 años, sobre el entorno laboral y el juicio sobre el cuerpo en su campo.

⁶ Los profesionales de la salud no peso centristas adoptan un enfoque de atención que no se basa en el peso corporal como indicador principal de salud. En su lugar tienen una perspectiva integral de la salud y reconocen los múltiples factores que intervienen en ella además buscan promover hábitos de autocuidado sin buscar la pérdida de peso y centrándose en el respeto al consultante.

"Siento que muchas veces también he sentido como frustración, en parte debido a eso porque pues es complicado, ¿no? Como que te definen tu conocimiento por tu apariencia, como si usted no logra bajar de peso, ¿cómo va a hacer que yo baje de peso?, ¿cierto? Y pues eso es lo más superficial de la vida, porque 1 no es mi enfoque, o sea, no me interesa cómo hacer que la gente baje de peso y 2, pues es muy capacitista como si tu cuerpo define tus conocimientos y tus aptitudes." (Juana, 25 años, Nutricionista)

Así podemos ver cómo la productividad en el ámbito laboral se ha vinculado con los estándares de belleza y salud, reforzando la idea de que la delgadez equivale a eficiencia. Esto lleva a que los empleados no solo deban cumplir con sus funciones, sino también proyectar una imagen alineada con estos ideales, lo que perjudica a quienes no encajan en estos moldes (Saguy y Ward, 2011)

Entonces a partir de dichas creencias prejuiciosas pueden surgir ideas u acciones gordóforas que limitan el acceso o el bienestar laboral de las personas gordas. Es posible ver esto en una vivencia que Juana me narró sobre experiencias que ha tenido al ejercer desde un enfoque de salud en todas las tallas, en una profesión que mayoritariamente sigue relacionando la salud con el peso como lo es la nutrición.

"De hecho, una vez en el grupo de Facebook, estaban discutiendo de ese tema de 'salud en todas las tallas' en un grupo de nutrición. Una nutricionista hegemónica, claramente, empieza a decir que cuando haya nutricionistas que no fueran delgados, deberían retirarle la tarjeta profesional." (Juana, 25 años, Nutricionista)

Si bien esta fue solo una propuesta en un grupo de Facebook creo que es el ejemplo ideal para ver cómo las personas pueden tener prejuicios al momento de relacionarse con personas gordas en su entorno laboral, lo cual además de minimizar el valor profesional de los, les y las gordas les resta posibilidades de acceso a los trabajos, ya que debido a la gordofobia las personas gordas son percibidas como menos competentes, menos disciplinadas y aptas para el empleo (Roehling et al., 2007).

Lo cual en ocasiones lleva a que no las contraten a pesar de tener el conocimiento y la experiencia para el empleo al que se están postulando. Así le sucedió a Ana una de las entrevistadas quien para el momento de la entrevista se encontraba desempleada y estaba buscando un cargo en el que pudiera desempeñarse como diseñadora UX:

“El año pasado me rechazaron de un trabajo por ser gorda... Horrible. O sea, pasé todas las pruebas; a mí, para el puesto, me hicieron como cinco pruebas diferentes, pasé más de ocho filtros, me hicieron visita a la casa, pruebas técnicas, pruebas en inglés, pruebas en portugués. O sea, tenía todos los certificados, todo. Pero, como pusieron que por mi obesidad no se recomendaba, ya solamente por las palabras de un médico, perdí una oportunidad laboral... En ese momento, sí fue una decepción enorme porque me dijeron: "No, ya no vas a firmar" y yo quedé (cara de sorpresa). La chica de recursos humanos fue como: "Mira, es que la verdad la médica puso que eras obesa y al líder de equipo no le gustan las personas gordas, entonces recomendaron que una persona gorda no estuviera en el equipo" y yo: "Ah, gracias".” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

El caso de Ana ilustra cómo la gordura puede ser motivo suficiente para rechazar a una persona en una oferta laboral, sin importar su idoneidad para el cargo. Este tipo de discriminación se traduce en barreras reales que impiden el acceso al empleo y refuerzan desigualdades estructurales (Puhl y Heuer, 2009). Adicionalmente la gordofobia en el trabajo también puede afectar las relaciones personales que tienen las personas gordas con sus compañeros ya que como vimos en la experiencia de Ana hay personas que consideran desagradables a las personas gordas entonces si pensamos en ello ¿Cómo se imaginan que hubiese sido la relación de quien pudiese haber sido su jefe con Ana cuando de entrada expone que no le gustan las personas gordas?

Es importante tener en cuenta que las actitudes prejuiciosas hacia las personas gordas pueden llevar a la exclusión social y al aislamiento de esta por parte de compañeros y superiores, quienes, influenciados por creencias gordofóbicas pueden tener un trato displicente, burlón o minimizador. Estas actitudes pueden manifestarse de diversas formas, desde comentarios despectivos, burlas y

microagresiones hasta la exclusión de eventos sociales y la falta de apoyo en proyectos colaborativos, deteriorando no solo la productividad y el bienestar de las personas gordas, sino también la cohesión y la eficacia del equipo (Puhl et al., 2013).

Además, la exposición constante a estos prejuicios no solo impacta la autoestima de las personas gordas, sino que también puede conducir a la internalización de la gordofobia, afectando la percepción de su autoeficacia y satisfacción laboral, a la vez que también puede tener un impacto negativo en su salud mental y emocional, incrementando los niveles de estrés, ansiedad y depresión (Puhl y King, 2013). En definitiva, la gordofobia en el ámbito laboral puede perpetuar un ciclo de desigualdad, donde las personas gordas son sistemáticamente despojadas de sus derechos económicos y sociales.

4.1.2. Gordofobia y relaciones sociales

Ahora en lo que se refiere a las relaciones interpersonales la gordofobia también tiene consecuencias, ya que influye en cómo se constituyen y se desarrollan las relaciones en ámbitos familiares, académicos, amistosos, sexoafectivos y demás. Para mostrar esto veamos lo que sucede en algunos de estos ámbitos, apoyándonos también de las experiencias de las entrevistadas.

Iniciando por el contexto familiar, uno de los primeros entornos sociales en los que se desarrollan los individuos y que juega un rol crucial en la formación de la percepción sobre sí mismos y el mundo, así como en el desarrollo habilidades de regulación emocional y estrategias de afrontamiento de la vida (Capano y Ubach, 2013; López, 2015; Suárez y Vélez, 2018). Por ello cuando la familia perpetúa actitudes gordofóbicas, ya sea a través de comentarios críticos, presión para perder peso o la promoción de ideales de delgadez, puede generar un entorno hostil y perjudicial que afecta profundamente la salud emocional de las personas gordas miembros de esta.

Un aspecto crítico de la gordofobia en el ámbito familiar es que este tiende a ser el primer lugar de reproducción de la opresión gordofóbica (Salas, 2021), en donde se

da la normalización de comentarios negativos sobre el peso y la apariencia corporal, la invitación a hacer dietas, la percepción de la gordura como enfermedad, entre otras creencias y acciones en contra de las personas gordas, que tienden a ser vinculados con el afecto y el cuidado.

Desde el entorno familiar se refuerzan normas y creencias que asocian la delgadez con salud, belleza y éxito, mientras que la gordura se percibe negativamente, sin considerar el impacto opresivo en los familiares gordos. Estas creencias, se transmiten de manera intergeneracional y reflejan una gordofobia internalizada que influye en la percepción del cuerpo de los miembros. En las entrevistas que realicé a este grupo de mujeres, fue común escuchar relatos sobre creencias y comportamientos gordofóbicos dentro de sus familias. Asimismo, era frecuente que las madres o figuras femeninas de sus entornos expresaran preocupación constante por su peso, seguían dietas restrictivas o recurrían a tratamientos estéticos, ejerciendo la misma presión sobre ellas.

Como ejemplo está la experiencia que compartía Julia quien creció en el municipio del Inírida con su madre y su familia y luego a sus 18 años se mudó a Bogotá.

"Todo lo que fue mi crecimiento de primera infancia y adolescencia, que fue como la etapa que vivía ahí, pues fui criada por mi mamá, que es como muy 'almond mom'⁷. Es una dieta crónica constante; todo el tiempo está buscando cómo bajar de peso. Ella también es una mujer gorda, al igual que yo. Entonces, creo que de alguna forma, el hecho de que pueda ser yo su única hija gorda ha implicado como que demasiada violencia de su parte y, por lo tanto, pues violencia adicional de parte de otras personas que ven que, si pues mi mamá puede ejercer ese tipo de violencias, pues por lo tanto ellos también." (Julia, 28 años, Estudiante de Marketing y Publicidad)

Este fenómeno de que sean las figuras femeninas de la familia quienes mayormente ejerzan presión sobre el cuerpo de otras mujeres, incluso desde muy temprana

⁷ Almond mom es un término que se usa para referirse a las madres que tienden a ejercer presión excesiva sobre sus hijxs en cuanto a la apariencia física y la alimentación, a menudo imponiendo dietas restrictivas y estándares de belleza poco realistas. En el caso de la entrevistada, su madre constantemente la hacía sentir que tenía que ser delgada y comer solo alimentos 'saludables', lo que le generaba mucha presión y ansiedad.

edad, está estrechamente ligado con la forma en que la sociedad históricamente ha ejercido poder sobre las mujeres a través de la imposición de estándares de belleza y normas estrictas sobre sus cuerpos. La presión para cumplir con ideales de delgadez no solo responde a una estética deseada, sino que también está ligada a la expectativa de que las mujeres deben ser controladas, disciplinadas y autoconscientes respecto a su apariencia. Como argumenta Naomi Wolf (2020) en "El mito de la belleza", la presión sobre la delgadez forma parte de un control social más amplio sobre los cuerpos femeninos.

El control sobre el cuerpo femenino no solo impone la delgadez como ideal, sino que también reduce la salud a la apariencia física y la búsqueda de un estándar inalcanzable. Bajo la premisa de "preocuparse" por el peso de niñas y adolescentes, las familias ejercen presión para que sus cuerpos se ajusten a lo que consideran sano y bello. Esto ocurre a través del control de la alimentación, comentarios, comparaciones, burlas y sugerencias no pedidas. Todas las mujeres entrevistadas relataron experiencias recurrentes de este tipo en sus familias, afectando su autopercepción y sus relaciones familiares. Para ejemplificar veamos la experiencia de dos de las participantes.

Ana compartía su experiencia con su familia en su adolescencia, donde ya vivía discriminación por su peso.

"Mi familia paterna es demasiado homofóbica, gordofóbica, racista. Ese lado paterno es como cuestionable. Entonces, yo soy la única gorda de ese lado también, o sea, yo soy como la única gorda de la familia. Entonces, es complejo convivir como ser la prima gorda, ser la sobrina gorda, ser la nieta gorda. Como tú siempre eres La Gorda. De pequeñas, sí era como: 'Usted no va a comer. A usted no le vamos a dar pastel porque está muy gorda, usted no come, yo no sé qué. No le voy a dar gaseosa sino un vaso de agua'. Dile eso a una niña de 12 años, obviamente le va a afectar."
(Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Por otro lado, Fany quien vive en Estados Unidos actualmente, compartió su experiencia más reciente de gordofobia en su familia que se dio cuando vino de visita a Colombia.

"Ahora que estuve en Colombia el año pasado, por ejemplo, me fui a Girardot, que tengo mi familia allá. Un tío se sienta al frente mío y me dice: "Ay, Fanny, ¿a usted no le gusta hacer ejercicio?". Y yo, pues le digo: "Pues sí, en la semana intento hacer ejercicio varios días". Entonces me dijo: "Ay, le digo, porque es que parece que no hiciera ejercicio porque esas piernas las tiene todas gordas". Y yo (respira profundo). Y entonces me dio rabia, porque la gente se mete a hacerte esos comentarios. No es que te esté haciendo un comentario, está como haciendo un comentario para dañarte y hacerte sentir mal." (Fany, 32 años, Ingeniera Ambiental)

Aunque estos comentarios y acciones puedan parecer bien intencionados, dejan una huella profunda en la vida de las mujeres. Estudios han demostrado que las críticas familiares sobre el peso aumentan el riesgo de insatisfacción corporal y trastornos alimentarios (Eisenberg et al., 2010; Eisenberg et al., 2012). Además, la presión para perder peso, disfrazada de preocupación por la salud, no siempre fomenta hábitos saludables, sino que puede llevar a dietas restrictivas y otros comportamientos perjudiciales. Según Puhl y Suh (2015), esta presión no solo eleva el riesgo de trastornos alimentarios, sino que también está asociada con un probable aumento de peso a futuro, ya que estas prácticas pueden desencadenar ciclos de pérdida y ganancia de peso (efecto yo-yo), afectando negativamente el metabolismo y la salud general.

Por otra parte, la gordofobia también impacta los vínculos familiares, generando heridas, tensiones y una sensación de falta de apoyo emocional. Los comentarios y actitudes gordofóbicas pueden fracturar relaciones, provocando conflictos y resentimientos. Este es el caso de Gaby, quien relató cómo su familia, especialmente su madre, no han representado un espacio seguro para ella. Su testimonio refleja cómo, en una cultura gordofóbica, la delgadez suele valorarse por encima de la persona, evidenciando la ausencia de entornos seguros y libres de discriminación. Les comparto la difícil experiencia de ella:

"Digamos que mi mamá ha sido una persona que, desde que la conozco, es que ella es muy chistosa. A ver, eso y ahora tengo una relación de amor-odio con ella... En algún punto yo me agarré feo con ella en la pandemia y eso fue una de las cosas

que más me destruyó porque, en pandemia, pues mi familia dejó de tener plata porque, como te digo, mi papá era diseñador de modas, alquilaba ropa para eventos y ¿qué eventos iban a ver en pandemia? Y yo me acuerdo de que toda la pandemia estuvimos aguantando hambre. Me acuerdo incluso que alguna vez mi papá, o sea, había un bulto de arroz, como así grandísimo, y me dijo que ya para comer solo había ese bulto. Y yo me acuerdo haber comido arroz con arroz durante como dos meses. Y le metíamos especias encima como para sentir que estábamos comiendo otras cosas. Y yo sé que hubo gente que estuvo peor, pero fue muy feo. Y yo me di cuenta porque le mandaba fotos a mi pareja que vivía acá en Bogotá y yo estaba pues en Ipiales, encerrada con mi familia. Y él me decía: 'Se te están marcando los huesos', porque se me estaba marcando la clavícula, se me estaba marcando acá un pómulos y yo me daba cuenta de eso también y decía: 'Gorda, cierto, yo estoy más flaca'. Cuando tuve la oportunidad de pesarme, me di cuenta que de puro aguantar hambre había bajado como 10 kg en pandemia en cosa de 3 o 4 meses. Y mi mamá, el comentario que tuvo ante eso fue: 'Ahora sí estás bonita y ahí como estás sí estás muy bien'. Y sabiendo, o sea, yo dije: 'Yo te lo aceptaría si fueras una persona que no sabe que me maté de hambre para llegar a esto. Tú sabes cómo estábamos, tú sabes que estábamos matándonos de hambre todos. Y tú me dijiste eso a mí', o sea, yo ahí ya no la soporté." (Gaby, 24 años, Estudiante de Lingüística)

A causa de esta falta de apoyo y buenos vínculos familiares la salud mental de las personas gordas tiende a verse muy afectada, incrementando sentimientos de aislamiento y rechazo, lo cual refuerza el ciclo de exclusión y marginación que ya experimentan en otros ámbitos de la vida cotidiana. Precisamente un estudio de Taylor et al. (2006) resalta que las experiencias de discriminación basadas en el peso dentro del entorno familiar están directamente relacionadas con dificultades de adaptación social, trastornos de la conducta alimentaria y baja autoestima, exacerbando la vulnerabilidad psicológica de las personas gordas y perpetuando un ciclo de autocrítica y rechazo interno.

Finalmente es importante señalar que la gordofobia familiar no solo afecta a las personas gordas en su relación consigo mismas, sino también en la forma en que se relacionan con los demás. La internalización de los mensajes gordofóbicos recibidos en el hogar puede llevar a la evitación de situaciones sociales, dificultades

para establecer relaciones interpersonales saludables y una desconfianza generalizada hacia los demás. Esto se debe a que las personas gordas, al haber experimentado rechazo y crítica en su entorno más cercano, pueden anticipar actitudes similares en otros contextos, lo que limita su capacidad para abrirse y confiar en nuevas relaciones.

Sumado al entorpecimiento de las relaciones familiares, la gordofobia también afecta el ámbito escolar y las amistades. En lo que corresponde a los entornos escolares, las personas gordas a menudo se convierten en el blanco de burlas, acoso y exclusión, lo cual puede afectar negativamente no solo la experiencia educativa, sino también el bienestar emocional y la integración social de los estudiantes afectados. Esto ha sido evidenciado en estudios que han mostrado cómo los niños y adolescentes gordos tienen más probabilidades de ser víctimas de *bullying*, y esta experiencia puede estar asociada con una mayor incidencia de depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental (Puhl y Latner, 2007; Baile et al., 2022).

Un ejemplo de esto es la experiencia de Yudy durante su infancia en el colegio que muestra como las personas gordas tienden a ser objeto de burlas desde temprana edad.

"Cuando era pequeña, el bullying en el colegio era complicado, ¿no? Yo era la única gorda, vamos, del grado por así decirlo. Yo tenía una compañera, la recuerdo, que ni siquiera era de mi curso, pero ella me esperaba todos los días al salir solamente para decirme como: "Oh, salió la gorda". De hecho, me decía "gorda Fabiola", que pues en este momento, pues para mí no representa nada malo, pero cuando era pequeña, obviamente, todos los días recibirlo era muy doloroso." (Yudy, 27 años, Estudiante de Fonoaudiología)

Además, la gordofobia en las escuelas no se limita a las interacciones entre los estudiantes; sino que también puede ser perpetuada por adultos del personal educativo, quienes a menudo reproducen prejuicios sociales y expectativas normativas sobre el cuerpo de las infancias y las adolescencias. Incluso en

ocasiones este puede ser uno de los primeros entornos donde suceda esta discriminación, tal como le sucedió a Sofia en su adolescencia.

"Yo creo que estaba como en sexto y yo tenía una profesora de inglés que era la típica profesora a la que todo el mundo le tiene miedo. Entonces, mi mami, siempre como que me preparaba las onces y me las daba, entonces, yo me acuerdo que me había hecho un jugo. Y yo entré a la clase, bueno, y la señora me vio el tarrito de jugo y me dijo así, explícitamente: "Usted, ¿qué hace tomando eso, o sea? ¿Por qué está tomando eso? Eso es puro azúcar, no se da cuenta" ... "Usted, ¿por qué toma eso...? Por tomar eso es que está, así como está". Entonces yo, pues ahí como que, yo... ese fue como la primera, esa fue como la primera vez que yo decía como: '¡Juepucha! O sea, es un problema, o sea, no estoy bien yo'". (Sofia, 20 años, Estudiante de odontología)

Como vemos cuando los prejuicios son reforzados por figuras de autoridad, como maestros, la afectación psicológica se amplifica, ya que estas figuras son vistas como de cuidado y fuente de validación, por lo que al ejercer gordofobia hacia sus estudiantes están contribuyendo a la discriminación y la internalización de la gordofobia, marcando un punto de inflexión en la forma en que los jóvenes perciben su propio valor, la relación con la alimentación y el cuerpo y la relación con otras personas (Berger et al., 2009; Pereda-Pereda et al., 2022).

A su vez, la gordofobia también interfiere en la capacidad de las personas gordas para establecer y mantener amistades sanas y significativas ya que la discriminación y el estigma pueden llevar a que sean excluidas de grupos sociales o se conviertan en el blanco de comentarios hirientes que afectan su autoestima y la calidad de sus relaciones interpersonales. También, la autoexclusión puede surgir como un mecanismo de defensa frente al miedo al rechazo, lo que limita aún más las oportunidades de conexión y apoyo social.

En el ámbito de las amistades, la gordofobia puede reforzarse a través de prácticas comunes como los comentarios sobre dietas, la vigilancia del peso entre pares y las comparaciones constantes sobre cuerpos. La vivencia de Lucia con sus amigas es una muestra de cómo esto puede suceder incluso sin que las personas quieran

directamente ser gordofóbicas, sino que en ocasiones se da por la interiorización inconsciente de la gordofobia y la violencia estética.

"Siento que hay un factor que no es de rechazo directamente, pero es un rechazo indirecto. ¿Cómo funciona eso? Tengo dos amigas que tienen un cuerpo estándar, si es un cuerpo hegemónico en el sentido estricto de la palabra. Y me acuerdo mucho cuando estábamos en la Universidad, pues se miraban al espejo y se cogían los gordos inexistentes que tenían porque esos no eran gordos, y empezaron a decirse cosas muy feas. Sí, claro, eso no era una crítica directa hacia mí, sí, tú no me estás criticando, pero si tú directamente rechazas ese cuerpo que para mí es hegemónico. Pues, ¿marica, entonces mi cuerpo qué es? Sí, tu cuerpo es tan gonorrea para ti y tu cuerpo es bien hegemónico, ¿qué es el cuerpo de los otros para ti? Entonces yo pensaba, ¿cómo, marica, si ella se ve gorda, entonces yo qué soy?" (Lucia, 32 años, Psicóloga y Orientadora)

Estas interacciones ya sean intencionales o implícitas perpetúan un ciclo de vigilancia corporal que normaliza la idea de que los cuerpos gordos deben ser corregidos o controlados. En este contexto, la presencia de amistades que comparten estos valores puede actuar como otro ente de regulación corporal que invita a ceñirse al "deber ser" del cuerpo además de convertirse en una fuente de estrés y contribuir a la internalización del estigma, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar conductas alimentarias desordenadas y baja autoestima (Haines et al., 2008).

En conclusión, la gordofobia tiene un impacto profundo y multifacético en las relaciones interpersonales de las personas gordas, afectando diversos contextos como la familia, la escuela, las amistades y las relaciones sexoafectivas⁸. Este estigma no solo genera exclusión y discriminación, sino que también perpetúa la idea de que los cuerpos gordos son menos valiosos, dignos o deseables, lo que

⁸ La gordofobia afecta de manera significativa las relaciones sexoafectivas de las personas gordas ya que suelen vivir rechazos o fetichización de sus cuerpos, invisibilización de su sexualidad, condicionamiento de la afectividad a bajar de peso y más. Sin embargo, aunque es un tema valioso en este trabajo no se abordó por tiempo, pero se espera que en futuras investigaciones pueda ser analizado ya es un aspecto importante de las relaciones humanas.

puede llevar a experiencias de soledad, baja autoestima y deterioro de la salud mental.

4.1.3. Gordofobia y acceso a servicios esenciales

En definitiva, la gordofobia no solo afecta las oportunidades laborales y las relaciones interpersonales, sino que también impone barreras significativas a las personas gordas en el acceso a diversos servicios cotidianos, como el transporte público, la vestimenta, el aseguramiento, entre otros (Piñeyro, 2016). Esta forma de discriminación estructural se manifiesta en la falta de consideración de las necesidades de las personas gordas, perpetuando su exclusión y afectando su calidad de vida y bienestar (Piñeyro, 2020).

En el ámbito del transporte público, las personas gordas enfrentan dificultades para encontrar asientos adecuados a sus cuerpos, lo que puede generar experiencias humillantes e incluso llevarlas a evitar estos servicios por completo. En el caso específico del transporte en Bogotá, particularmente en el Sistema Integrado de Transporte (SITP), es común que los usuarios hayan presenciado o experimentado situaciones en las que el ingreso se ve obstaculizado por las registradoras de los buses. Estos dispositivos, de tamaño reducido e incómodos, pueden dificultar el acceso para muchas personas, al punto de obligarlas a usar puertas sin registradora. Este problema afecta especialmente a las personas gordas, como le ocurrió a Gaby en su última experiencia en el transporte.

“Eso es horrible para mí, uff. Mi pareja y yo, cada vez que subimos, no tenemos ganas de usar el SITP y hemos prescindido de él solo por esos barandales tan absurdos que ponen, por los cuales nadie puede pasar. Es decir, hemos prescindido de eso porque la última vez me quedé atorada en uno de esos barandales y, pues, me sentí súper mal.” (Gaby, 24 años, Estudiante de Lingüística)

Por ello es comprensible que las personas gordas tiendan a experimentar incomodidad y ansiedad al usar el transporte público debido a los comentarios despectivos y las miradas juzgadoras de otros pasajeros, así como a la falta de espacio adecuado en el sistema (Lewis et al., 2011). Esto no solo afecta su capacidad para desplazarse de manera digna y eficiente, sino que también tiene

implicaciones sobre su bienestar psicológico, que se ve afectado con la discriminación que viven. Esto también puede afectar su economía, ya que la ansiedad y el estrés que les genera el uso de un transporte público que no considera la diversidad corporal y funcional pueden llevar a las personas gordas a optar por alternativas más costosas, pero en las que se sientan más seguras y dignas.

Por otra parte, la gordofobia también se manifiesta en la industria de la moda, históricamente dominada por estándares de belleza delgados y hegemónicos. Esta exclusión se refleja tanto dentro de la industria como en su oferta al público. Un ejemplo evidente es la ausencia de personas gordas en pasarelas y la limitada disponibilidad de prendas en las tiendas. Aunque recientemente se han incorporado modelos y tallajes plus size, su presencia sigue siendo escasa y, en muchos casos, poco accesible (Ramírez et al., 2022).

En este sentido, las marcas de ropa, las tiendas y los diseñadores suelen no ofrecer tallas que contemplen la diversidad corporal o, cuando lo hacen, sus diseños no se ajustan adecuadamente a los cuerpos gordos. Esto se traduce en una oferta reducida y estilísticamente limitada para las tallas grandes, en contraste con la variedad y sofisticación disponibles para las tallas más pequeñas (Avellana, 2023). Como resultado, la búsqueda de ropa se convierte en una experiencia desgastante y angustiante, especialmente para las mujeres, ya que las tallas tienden a ser más reducidas. Esto se evidenció en las entrevistas realizadas, donde la mayoría de las mujeres participantes expresaron que encontrar ropa adecuada es un desafío, no solo por la escasez de prendas, sino también por el trato recibido en las tiendas pues mencionaron en muchas ocasiones haber sido ignoradas, atendidas de manera desigual o incluso rechazadas por su cuerpo.

Para poner un ejemplo, veamos lo que nos compartían Dana de 27 años, Ingeniera de Sistemas, que vive en Mosquera y trabaja como desarrolladora, quien hablaba sobre la diferencia en la experiencia de ir a comprar ropa siendo gorda a ir siendo delgada.

“Tratos diferentes hasta en atención al cliente también lo he visto, ¿no? Uno va a una tienda de ropa y obviamente que a las chicas delgadas dicen “ay, ven que

necesitas" y uno queda ahí como desamparado. Uno se da cuenta. Si en muchos espacios hay un trato significativamente mejor a las personas delgadas." (Dana, 27 años, Ingeniera de Sistemas)

Y también la experiencia de Juana quien habló sobre lo que para ella representó durante muchos años el ir a comprar ropa.

"Yo me acuerdo que para mí, diciembre era como la peor época porque, pues, mis papás no sé, me compraban ropa o yo iba a comprar ropa y era para salir llorando de las tiendas porque lo que me gustaba no me quedaba o no había mi talla o de pronto era más caro que el resto de ropa. Pues, para nadie es un secreto que las tallas únicas tienden a ser mucho más económicas y comercializadas que una talla grande, que tampoco es una talla XXXL, sé que hay personas que buscan ese tipo de tallas, pero igual no había para mi talla y mi cuerpo. Como que no conseguía ropa que me gustara." (Juana, 25 años, Nutricionista)

Así, esta falta de opciones y la dificultad para conseguir tallas apropiadas para sus cuerpos no solo limita la capacidad de las personas gordas para expresar su identidad a través de la moda, sino que también refuerza la idea de que sus cuerpos no son válidos. Pues la poca representación social de las personas gordas en este contexto comunica implícitamente el mensaje de que sus cuerpos no son correctos, atractivos o dignos de ser vestidos por lo que pueden sentir que solamente hasta que adelgacen podrán verse bien o vestir como lo desean. Por ello, la falta de representación de cuerpos gordos en la industria de la moda es una forma de discriminación que contribuye reforzar estereotipos negativos sobre las personas gordas y a la internalización de la gordofobia (Jiménez, 2021).

Además de las limitaciones previamente mencionadas, la gordofobia impacta negativamente el acceso a una variedad de servicios e infraestructuras, extendiéndose a áreas críticas como la salud y los espacios públicos (Álvarez, 2014). En los centros de salud, por ejemplo, a menudo faltan batas, equipos médicos y mobiliario adecuados para personas gordas, lo cual no solo compromete la dignidad del paciente, sino también la calidad de la atención recibida. En espacios públicos como restaurantes o instalaciones recreativas, los asientos frecuentemente son demasiado pequeños o tienen brazos restrictivos, lo que impide que las

personas gordas se sienten con comodidad o, en algunos casos, imposibilita completamente su uso. Asimismo, muchas instalaciones recreativas no están diseñadas para soportar o acomodar cuerpos gordos, lo que resulta en exclusión y falta de acceso a actividades de esparcimiento y ejercicio.

Entonces la falta de consideración en el diseño inclusivo de espacios públicos y mobiliario perpetúa la exclusión y la invisibilización de las personas gordas en la sociedad (Fikkan y Rothblum, 2012). Esta exclusión sistemática no solo restringe el acceso a servicios esenciales, sino que también refuerza un mensaje deshumanizante: que los cuerpos gordos no son merecedores del mismo nivel de accesibilidad, confort y respeto que otros cuerpos, ocasionando inequidad en el acceso a los derechos por parte de las personas gordas.

Para cerrar este análisis sobre la gordofobia y su impacto en la vida y el bienestar de las personas gordas, es fundamental reconocer que no se trata solo de un problema individual, sino de una cuestión social y estructural que atraviesa múltiples ámbitos de la vida cotidiana. La discriminación contra los cuerpos gordos limita el acceso a derechos básicos como el transporte, la vestimenta, el ocio y la salud, además de afectar las relaciones interpersonales y el ámbito laboral. Estas formas de exclusión refuerzan la idea de que los cuerpos gordos son menos dignos y válidos, perpetuando un ciclo de marginación y violencia. La gordofobia está profundamente arraigada en normas sociales y culturales que privilegian ciertos cuerpos sobre otros, generando consecuencias tangibles en la salud mental y física de las personas gordas, quienes enfrentan ansiedad, depresión y opresión internalizada (Lewis et al., 2011).

Más allá de la experiencia individual, la gordofobia es una forma de discriminación estructural que niega derechos fundamentales, incluyendo el acceso equitativo a servicios esenciales y la participación digna en la sociedad. Esto evidencia la necesidad de cambios profundos en políticas públicas, educación y representación mediática para construir una sociedad más justa e inclusiva. Además, se ha identificado como un factor de riesgo para diversas condiciones de salud, como problemas cardiovasculares, hormonales, hipertensión, trastornos alimentarios y

afecciones de salud mental (Tomiyama, 2014; Puhl y Suh, 2015; Hayward et al., 2018; Gallardo, 2011; Puhl et al., 2017). De hecho, la gordofobia puede ser más perjudicial para la salud que la gordura en sí misma, desmintiendo la idea de que el peso, por sí solo, determina la salud (Puhl y Heuer, 2010).

Por ello, es esencial dejar de utilizar la salud como una excusa para justificar la discriminación y el maltrato hacia las personas gordas. Independientemente de su estado de salud, todas las personas merecen ser tratadas con dignidad y respeto, sin que su tamaño o apariencia física condicionen sus derechos. Es urgente problematizar la gordofobia y luchar colectivamente contra ella, para que las personas gordas puedan vivir con dignidad, libres de violencias y reconocidas más allá de su salud o ajuste a estándares de belleza.

4.2. “Yo no decidí odiarme”: De la individualización a la acción colectiva

La violencia y discriminación hacia las mujeres gordas (gordofobia) se manifiesta de diversas formas, como la exclusión en espacios públicos, la discriminación laboral y en la atención médica, así como la presión constante por ajustarse a un ideal de belleza y salud. Estos actos de opresión no son incidentales, sino que responden a un sistema estructural diseñado para disciplinar los cuerpos y controlar la subjetividad de las mujeres (Energici et al., 2016).

El control sobre el tamaño y la forma del cuerpo femenino es una herramienta biopolítica que refuerza el orden, la dominación y la sumisión. Desde la promoción de la delgadez como estándar estético hasta la patologización de los cuerpos gordos, se establece una jerarquía que clasifica los cuerpos entre aceptables e inadecuados. El biopoder no solo actúa a través de instituciones y políticas, sino que también se inscribe en la vida cotidiana mediante mecanismos de vigilancia y control social. En el caso de la gordofobia, esta vigilancia se traduce en la presión para que las personas, especialmente las mujeres, se autorregulen y se ajusten a las normas corporales dominantes. Así, el biopoder no se limita a regulaciones explícitas de la medicina o la industria de la moda, sino que se interioriza en

discursos y prácticas diarias que naturalizan la delgadez y patologizan la gordura (Foucault, 1976).

Por lo tanto, la sociedad ha delegado a las personas gordas la responsabilidad de aceptarse a sí mismas y de cuidar su salud, sin problematizar como la gordofobia afecta estos aspectos por lo que dicen estar preocupados. Entonces se considera que la solución es que las personas gordas adopten prácticas de autocuidado y trabajen en su autoaceptación para que así se acerquen más al ideal estético y moral. Sin embargo, esta visión reduccionista ignora cómo la opresión estructural y la discriminación sistemática afectan a las personas gordas, influyendo negativamente en su salud integral o biopsicosocial, así como en su autoestima y calidad de vida (Puhl y Heuer, 2010; Piñeyro, 2016; Olea, 2017; Quiros, 2021).

A pesar de que la sociedad exige a las personas gordas que se acepten y cuiden su salud, las dinámicas de gordofobia imperantes contradicen estos ideales, obstaculizando el acceso real a la aceptación y al bienestar integral. La exigencia de autoaceptación se enmarca en un discurso que responsabiliza exclusivamente a las personas gordas de sus cuerpos, mientras ignora activamente cómo la violencia y la discriminación sistemática que enfrentan socavan su autoestima y bienestar ¿Cómo se puede aceptar un cuerpo que constantemente está siendo catalogado como indeseable e inválido, como un cuerpo de tránsito, como un cuerpo enfermo que además está siendo objeto de violencia y discriminación de forma constante y sistemática?

Esta demanda es una paradoja, mientras se les demanda a las personas gordas que se acepten y cuiden, la gordofobia institucional, social y cultural refuerza constantemente la idea de que sus cuerpos son inaceptables, promoviendo un entorno hostil que limita sus posibilidades de alcanzar la aceptación personal, la salud plena y crea un ambiente donde la autoaceptación y el bienestar son casi imposibles de alcanzar, ya que estas experiencias diarias minan continuamente la salud, la relación consigo mismas y refuerzan la opresión internalizada a la vez que limitan el acceso a sus derechos (Jiménez, 2021).

Es así como este enfoque refuerza la noción de que la salud es una responsabilidad puramente individual, desvinculándola de los determinantes sociales que influyen en ella, como el acceso desigual a recursos de salud, la discriminación y la violencia sistémica (Goinvo, 2020). De allí también se desprende la creencia errónea de que el peso es completamente controlable y que la delgadez es sinónimo de salud, belleza, valor y éxito personal. Estas creencias refuerzan la idea de que ser gordo es una elección, justificando la vigilancia y presión para ajustarse a la norma, sin importar la forma en la que lo hagan, justificando y normalizando acciones gordofóbicas en contra de las personas gordas, sin ver esto como un problema e incluso culpabilizando a las personas gordas de ser objeto de dicha opresión.

Lo cual puede suceder en casi cualquier contexto al ser la gordofobia una problemática sistemática y estructural, por lo que esta puede venir instituciones o personas, personas conocidas o desconocidas, cercanas o no, profesionales o no. Para ejemplificar esto les comparto una de las experiencias más sorprendentes e indignantes que me compartieron en las entrevistas, que fue una vivencia que tuvo Ana con la médica de la EPS que la había estado atendiendo durante 3 años.

“La doctora, al inicio, era como súper linda; nunca hablaba del peso, nunca hablaba de prohibir alimentos. Por ella me enviaron todos los estudios de ovario poliquístico y RI, y todo salía bien. Y el año pasado, a la última cita que fui, a la señora, no sé qué le pasó, pero ese día parecía Chucky y empezó: “Es que estás toda gorda y es que te la pasas tragando. ¿Quién sabe cuántas empanadas te tragas en un día, cuántas hamburguesas?”. Y yo estaba como: “Señora, vine para que me dijera cómo estaba”. Pero la profesional que me había tratado durante casi tres años, de repente, me empezó a tratar re mal... Me mandó pastillas para vomitar, pastillas que no me dejaran comer, que me quitaran el apetito, y me mandó metformina y me mandó unos antidepresivos, porque, según ella, yo era una histérica loca que necesitaba calmarse.” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Esta experiencia me pareció muy dolorosa porque un lugar que Ana había considerado seguro por años, lo cual es difícil de encontrar en un contexto tan gordofóbico como lo son los espacios médicos, dejó de serlo de forma repentina. No solo dejó de serlo, sino que además se convirtió en un espacio violento que

promovía conductas de riesgo para la salud, la relación con la alimentación y el cuerpo y el bienestar general de su consultante, todo en búsqueda de la delgadez pasando por encima de su deber ético de brindar una atención compasiva, sin prejuicios y que procurara el bienestar de quien consulta (Asociación Médica Mundial, s.f.). Las recomendaciones que le hizo esta médica a Ana fueron inapropiadas y perjudiciales ya que, al recetarle medicamentos para vomitar y suprimir el apetito, así como hacer comentarios prejuiciosos y violentos sobre el cuerpo de su consultante, pudo haber desencadenado en ella el inicio de un trastorno de la conducta alimentaria o haber contribuido a deteriorar la relación de Ana con su cuerpo, la alimentación y la salud mental.

La experiencia de Ana tuvo un fuerte impacto en ella, dejándola decepcionada y vulnerable. Sin embargo, gracias a su conocimiento sobre la gordofobia y su cercanía con el movimiento gordo, pudo cuestionar las recomendaciones médicas recibidas y reconocer que el trato en ese consultorio fue violento e irresponsable. A pesar de ello, es evidente que la mayoría de las personas gordas no cuentan con estos recursos, por lo que acciones como las de esta profesional, que reflejan una realidad cotidiana para muchos, pueden generar serias afectaciones en su salud y bienestar.

Este tipo de comportamientos por parte del personal médico refuerzan la idea de que los cuerpos gordos no deberían existir, asociándolos con defectos e indignidad. Así, las personas gordas quedan sometidas a una constante vigilancia y presión bajo la premisa de que solo merecen respeto y cuidado si cambian su cuerpo. Como resultado, muchas llegan a normalizar estas agresiones y a creer que quienes las discriminan lo hacen con buenas intenciones, dificultando aún más el reconocimiento de la violencia que sufren.

Para comprender mejor esto quisiera usar un apartado de la entrevista a Lucía quien daba su perspectiva sobre la dificultad para que las personas gordas puedan reconocer la gordofobia de la que son objeto constantemente.

"Entonces, claro, yo siento como si uno no se pregunta nada. Pues toda la vida es víctima de violencia, sin entender que está siendo violentado, siendo discriminado.

Que también es una palabra que uno no usa con las personas gordas; uno no dice, 'estamos discriminando a la persona gorda', uno usa discriminación para cosas más, entre comillas, 'fuertes' o que la gente considera fuertes: racismo, xenofobia, pero para el gordo es como no, el gordo se merece, además que también es una cuestión de merecimiento. Es como: tú puedes cambiar eso; digamos que tú no puedes cambiar ser negro y la gente es como: igual te discrimino, pero pues es que ser gordo sí es una cosa que la gente asume como que es cambiabile, entonces que si no cambia es porque no quiere, entonces que, si no lo quiere, pues se lo merece. Uno se merece que lo maltraten porque no hace nada para cambiar eso." (Lucia, 32 años, Psicóloga y Orientadora)

Entonces ya que la gordofobia es un problema estructural que afecta salud, derechos y bienestar; es la sociedad en conjunto la que debe promover cambios para garantizar equidad, respeto y diversidad. Por ende, reconocer la gordofobia como una forma de opresión sistémica y estructural es crucial no solo para las personas gordas, sino para la sociedad en su conjunto ya que la invisibilización de las consecuencias de la gordofobia perpetúa la violencia y limita la posibilidad de las personas gordas para acceder a sus derechos fundamentales, incluyendo una vida libre de violencias, la salud, el respeto y la dignidad.

Precisamente la visibilización de esta problemática podría cambiar el paradigma con el que se aborda la gordura, promoviendo una comprensión más empática y respetuosa que desafíe las narrativas dominantes sobre el peso, la salud y el valor personal (Puhl y Heuer, 2010; Fikkan y Rothblum, 2012). Esto permitiría también cuestionar sistemas como el sexismo, el machismo, el capitalismo, la cultura de dieta y el salutismo, promoviendo la construcción de una sociedad que acepte la diversidad corporal, las distintas formas de cuidado y de salud posibles, beneficiando a todas las personas.

Con este fin, le pregunté a las entrevistadas sobre los cambios sociales que consideraban eran necesarios para abordar la gordofobia y me dieron elementos muy valiosos, que analicé y clasifiqué sus respuestas en cuatro aspectos clave, coincidentes con lo señalado por activistas e investigadoras. Así que les presentaré las acciones colectivas e individuales para enfrentar la gordofobia y promover el

respeto, la dignidad y el acceso a derechos para todas las personas, sin importar su peso o estado de salud. Estas propuestas provienen de quienes han experimentado la gordofobia y, por tanto, pueden describir mejor sus necesidades.

Comencemos abordando la normalización de la diversidad corporal y la representación de las personas gordas en diversos contextos como los medios de comunicación, la publicidad, la moda y otros espacios públicos. Esto es esencial para desafiar los estereotipos negativos que han dominado durante mucho tiempo, donde las personas gordas son frecuentemente vistas como flojas, irresponsables, enfermas, indeseables y con múltiples defectos. Promover una imagen más realista de los cuerpos contribuiría a normalizar la existencia de diferentes formas y tamaños, impulsando la creación de espacios y productos más inclusivos. Al mostrar a personas gordas en roles diversos, positivos y cotidianos, se desafía la idea de que la gordura equivale a fracaso, falta de salud o baja autoestima y que hay cosas que pueden y no pueden hacerse cuando se habita un cuerpo gordo.

Esto permitiría que las personas gordas se identifiquen positivamente con representaciones reales y se reconozcan como seres valiosos y merecedores de respeto. Ana (28 años) compartía lo importante que ha sido para ella encontrar un espacio en que se sienta representada y validada.

“Yo amo la moda, amo la ropa y eso, pero antes no me atrevía a usar una falda o un pantalón ancho. Esa comunidad que se ha ido creando de personas gordas hablando de personas gordas, diciendo que una persona gorda puede habitar su cuerpo como se le dé la gana, me ha ayudado a entender que si ellas pueden, otras persona puede porque es normal. Eso me ha dado ganas pues de ponerme ese vestido, ese crop top, como que esa comunidad que han creado Fat Pandora y también la fatshionista y hablar de eso abiertamente ha dado la oportunidad de que yo personalmente vuelva a comprarme ropa.” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Además, esta representación no solo beneficiaría a las personas gordas, sino que también educaría a la sociedad en la aceptación y valoración de la diversidad corporal, el respeto a las personas independientemente de su tamaño y a la liberación de la opresión del cuerpo.

Continuemos con lo referente al ámbito médico y de la salud, uno de los ámbitos más problemáticos según las entrevistadas y señalado en la literatura como clave para abordar la gordofobia. Por ello varias de las entrevistadas plantearon la importancia de reevaluar la asociación entre gordura y enfermedad para que los diagnósticos no se basen en la apariencia física, sesgando el diagnóstico y el tratamiento y que en su lugar se adopte un enfoque integral de la salud que contemple la multidimensional de esta.

También destacaron la necesidad de sensibilizar a los profesionales de la salud para tratar a las personas gordas con respeto, trabajando sus propios prejuicios sobre las personas gordas y que así brinden una atención oportuna, de calidad y no centrada en el peso sin exigir la pérdida de peso como requisito para tratar a los pacientes. En palabras de Nadia:

“Yo digo que, con el tema de mejorar la salud, sería ideal que el médico, el tratante, el especialista, la persona que lo va a ver a uno, hiciera su consulta como si lo estuviera haciendo con un cuerpo delgado. Es decir, que no se asuma que la solución de todo sea bajar de peso. Que si hay una condición, que si hay una enfermedad que amerita un tratamiento, que amerita algún tipo de intervención, que se realice sin juicios. Y también sin decirles que tienen que bajar de peso antes. No! es que a veces uno necesite algo y lo necesite sin importar el cuerpo que usted tenga.” (Nadia, 34 años, Comerciante Independiente)

Ahora en lo que respecta a la educación y la sensibilización entorno a la diversidad y el respeto de los cuerpos, las mujeres entrevistadas manifestaban la importancia de promover la empatía y el respeto hacia la diversidad corporal desde edades tempranas, tanto en el hogar como en las escuelas, para evitar opinar o intervenir en los cuerpos ajenos, en sus elecciones alimenticias o de movimiento. También señalaban la importancia de desmontar la delgadez como ideal de belleza y salud, promoviendo el respeto por el cuerpo sin exigir una aceptación incondicional, en un contexto que dificulta la construcción de una relación positiva con uno mismo. Así lo expresaba Ana:

“Uno es empezar a hacer conciencia de la diversidad de cuerpos que hay, o sea, no solo en temas de un cuerpo gordo, sino en otras características: tonalidades de piel,

estatura, malformaciones, etcétera. Entonces, creo que es importante empezar a generar una educación en ese aspecto, a ser empáticos con todo tipo de cuerpos: con los cuerpos delgados, con los cuerpos bajitos, con todo tipo de cuerpo. Creo que ahí es importante empezar a sensibilizar a las personas respecto a ese ámbito, para que entiendan que no está mal tener un cuerpo en específico. Porque es también empezar a deconstruir esa creencia que se ha instaurado.” (Ana, 28 años, Diseñadora Gráfica)

Finalmente, lo que denominé cambio político y cultural, en este aspecto las mujeres planteaban visibilizar la gordofobia como un problema de discriminación y salud pública, reconociendo la necesidad de crear políticas públicas antidiscriminatorias y de protección a las personas gordas y sus derechos. Como lo mencionaba Lucia:

“Pues, en lo político también es importante ponerlo sobre la mesa, ya que es un tema importante de la discriminación y que afecta a la salud pública y a la salud de las personas gordas. Las barreras de acceso a la salud y a muchas cosas aumentan si eres gordo, ¿sí? Porque, por ejemplo, ya no te aceptan en un trabajo.” (Lucia, 32 años, Psicóloga y Orientadora)

Adicionalmente en este ámbito las participantes también consideraban importante desafiar la cultura de la dieta y la presión hacia la delgadez, cuestionando la relación entre la sociedad, estos estándares y los sistemas que la mantienen.

En conclusión, la implementación de las acciones propuestas por las mujeres entrevistadas para enfrentar la gordofobia implica un esfuerzo colectivo que debe ser apoyado tanto a nivel individual como institucional. Es a través de un esfuerzo conjunto y continuo como podremos construir un entorno en el que cada individuo sea respetado y valorado, independientemente de su tamaño corporal o su estado de salud. Abordar estos problemas desde múltiples frentes permitirá avanzar hacia una sociedad más justa e inclusiva, donde todas las personas vivan con libertad corporal, libres de gordofobia.

4.3. Enfrentando la gordofobia desde la psicoterapia

Ante todo, quisiera iniciar hablando en este apartado de una experiencia personal que hace que esta parte de mi trabajo sea muy importante. Cuando planteé mi

interés de investigar las consecuencias que la gordofobia traía para el bienestar y salud de las personas gordas, algunos docentes me cuestionaron, porque les costaba trabajo entender cuál era la pertinencia del tema para nuestra área del conocimiento, la psicología clínica; más bien, ellos consideraban que este tema era algo que le correspondía a la psicología de la salud o incluso a otras profesiones como la sociología. Sin embargo, para mí, la respuesta era clara: la gordofobia es un asunto de la psicología clínica porque afecta directamente el bienestar, la calidad de vida y la salud mental de las personas gordas, personas que son nuestras consultantes, o nuestra familia o nuestra pareja o una persona desconocida que merece vivir con dignidad, equidad, libertad y bienestar.

Por mi parte considero que si bien la psicología clínica y la psicoterapia tienden a enfocarse en un trabajo más uno a uno o en una relación directa de consultante(s)-terapeuta, no es posible dejar de lado el hecho de que la psicoterapia se da en un contexto sociocultural y que por ende la psicoterapia no puede ser apolítica (Caro, 2019). Adicionalmente es importante reconocer que el ser humano además de un ser individual es también un ser social e histórico, es decir el ser humano se constituye en interacción con otros, en un contexto histórico y social específico (León et al, 1996; Yubero, 2005; Zubiri, 2006). Esto implica que las experiencias individuales están profundamente influenciadas por factores sociales, culturales y políticos y por ende, la psicoterapia, al abordar las experiencias y dificultades de las personas, debe contemplar y trabajar con estas dimensiones más amplias de la existencia humana.

En este sentido, es importante que desde la psicología clínica y la psicoterapia reconociendo su función como entes que propenden por el bienestar y la salud mental de las personas, consideren que el bienestar y la salud no puede concebirse únicamente como la ausencia de enfermedad o la optimización de indicadores biomédicos; sino que debe buscarse de forma integral, incluyendo todas las dimensiones del ser humano, tanto físicas como emocionales, sociales, espirituales, etc. También al adoptar este enfoque se debe tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud, así como las desigualdades estructurales presentes en la

sociedad en que habitamos. O sea, que la justicia social se convierte en un componente esencial para alcanzar el bienestar y la salud integral, ya que la discriminación y el estigma asociados al peso corporal no solo perpetúan las disparidades en salud, sino que también socavan los derechos humanos básicos, como la dignidad, la igualdad y la no discriminación.

Entonces considero que los, les y las terapeuta también debemos aportar en la lucha por la justicia social, que en el contexto de la salud en lo que respecta a la gordofobia, implicaría reconocer y desafiar los sistemas de opresión que afectan a las personas gordas, promoviendo un entorno que reconozca la diversidad corporal, que respete los derechos de todas las personas, que brinde una atención libre de prejuicios, que se reconozca la influencia del contexto en las problemáticas de las personas y aún más importante que se le de valor y lugar a todas las experiencias de vida independientemente de que tanto se ajustan a las experiencias e ideales normativos.

Para esto les, los y las profesionales de la salud mental, necesitamos tomar acciones que permitan que seamos personas aliadas en la lucha contra la gordofobia ya que, aunque pareciera que el espacio de psicoterapia por esencia sería un espacio seguro, empático y libre de juicios, la realidad es que este no es el escenario en muchos casos. Varias de las mujeres entrevistadas tuvieron experiencias cercanas o personales en las que se sintieron inseguras o vivieron gordofobia en el entorno de la terapia. Este fue el caso de Gaby quien estuvo un tiempo con una psicoterapeuta que la culpabilizaba por las cosas que vivía, esta fue su experiencia:

“Y, en algún punto, es como a reafirmar los temas de discriminación. Tipo, no sé, es que, si tú te quisieras, irías a terapia y harías lo que yo te digo, porque si no, es porque tú no te quieres, no te valoras. Una psicóloga me dijo eso y fue como: ¿qué, ¿qué?” (Gaby, 24 años, Estudiante de Lingüística)

Este tipo de situaciones en las que el entorno terapéutico resulta ser un espacio donde se perpetúan los mismos prejuicios y malos tratos que las personas enfrentan en otros ámbitos de su vida, resultan ser muy difícil para ellas. Por lo que muchas

de las mujeres entrevistadas coincidieron en reconocer el espacio de terapia y a su terapeuta como entorno en el que esperan sentirse validadas, acogidas, cuidadas, escuchadas y ayudadas, por lo que cuando se da de forma contraria genera un profundo daño en la relación terapéutica e incluso en la persona misma, ya que este es un entorno en donde las personas exponen partes de sí mismas que son muy íntimas, comparten aquellas cosas que las hacen sentir más vulnerables y donde llegan con la esperanza de encontrar bienestar.

A su vez, la continuidad del tratamiento puede verse afectada por la ruptura de la alianza terapéutica, un factor clave para el éxito de la terapia (Manubens et al., 2018). Por lo que, las experiencias negativas con profesionales de la salud mental no solo pueden llevar al abandono del tratamiento, sino también a evitar futuras búsquedas de ayuda, perpetuando el aislamiento y el sufrimiento. Además, la reproducción de estigmas por parte del terapeuta refuerza creencias negativas e internaliza la gordofobia, exacerbando la autocrítica y el rechazo corporal, dada la posición de autoridad del profesional -psiquiatra o psicoterapeuta- se amplifican estos efectos pues los consultantes depositan gran confianza en su conocimiento (Caro, 2019). Por ello, quienes trabajan en salud mental deben cuestionar críticamente sus propias creencias sobre la gordura y la salud, ya que los prejuicios suelen reproducirse de forma inconsciente o con la falsa idea de beneficiar al consultante.

En conclusión, el rol de los, las y los profesionales de la salud mental es fundamental en la lucha contra la gordofobia, no solo en el trabajo clínico directo, sino también como agentes de cambio social que cuestionen y transformen las narrativas y dinámicas dañinas sobre el cuerpo, incluso desde su cotidianidad. Adicionalmente quiero resaltar como que la psicoterapia, como espacio de confianza y cuidado, tiene el potencial de ser una experiencia reparadora que contrarreste los efectos negativos de la discriminación y de promueva no solo la resiliencia de las personas gordas sino también de ayudar a la persona a sumarse a resistencia y cuestionamiento del sistema que las oprime.

Mi convicción sobre el impacto transformador de lxs terapeutas en el cambio social y el bienestar de las personas gordas ha guiado este trabajo. Por ello, uno de sus principales propósitos fue brindar herramientas a les profesionales de la salud mental para mejorar el acompañamiento a sus consultantes, especialmente a consultantes gordxs. Sus voces y experiencias son el núcleo de esta propuesta, pues a través de sus testimonios emergen necesidades y expectativas que suelen quedar fuera de la práctica clínica tradicional.

Las recomendaciones se agrupan en tres ámbitos interconectados: el terapeuta, la terapia y la relación terapéutica. Estos pilares forman un marco integral que no solo evita reproducir la gordofobia, sino que contribuye activamente a su erradicación.

1. Terapia

Para iniciar hablemos de las sugerencias al terapeuta, aquí incluí las recomendaciones y estrategias relacionadas con las cualidades, conocimientos y comportamientos que psicoterapeutas podrían desarrollar para proporcionar una atención adecuada y empática a las personas gordas.

En primer lugar, es fundamental que los terapeutas desarrollen una conciencia de sus propios sesgos, necesitan reconocer y cuestionar sus prejuicios internos sobre los cuerpos gordos, así como sus creencias sobre la salud. Esta autorreflexión es crucial para evitar que las creencias personales del terapeuta afecten negativamente el proceso terapéutico y el bienestar del consultante.

Además, es esencial que los terapeutas inviertan en una formación continua en temas de gordofobia y género, así como otros temas que reconozcan la diversidad humana y se alineen al bienestar de las personas. Esto implica comprender los aspectos históricos y sociales que perpetúan la gordofobia y otras opresiones intersectadas, permitiendo un abordaje informado y contextualizado.

También es importante que los terapeutas desarrollen conciencia social, que les permita comprender la influencia del contexto en la vida de sus consultantes. Pues reconocer cómo el entorno social, económico y cultural impacta en la salud y

bienestar de las personas gordas permite evitar enfoques reduccionistas que culpabilicen al consultante por su situación y en lugar de eso, se tenga una visión integral y contextualizada de los desafíos que enfrenta su consultante.

Así mismo, la empatía y la validación son fundamentales en el proceso terapéutico. Mostrar empatía y validar las experiencias de los consultantes gordos ayuda a construir una relación terapéutica sólida, sin embargo, esto puede ser difícil si intermedian los prejuicios del terapeuta sobre las personas gordas y sus vivencias, ya que puede llevarles a minimizar o culpabilizar a la persona por sus experiencias y la gordofobia de la que son objeto. Por ello, los terapeutas deben enfocarse en humanizar al consultante y legitimar sus vivencias, sin emitir juicios ni minimizarlas, recordando que no se puede separar la gordura de la persona y por ende, cuando se enjuicia, se discrimina o se violenta a una persona por ser gorda, no se está cuestionando solo su peso sino a todo su ser.

Finalmente, es crucial que los terapeutas que no habitan cuerpos gordos eviten la apropiación de las experiencias de sus consultantes. En lugar de intentar apropiarse o asumir que comprenden completamente lo que implica vivir en un cuerpo gordo, deben centrarse en escuchar y empatizar, ya que, aunque los terapeutas pueden haber experimentado otras formas de violencia hacia su cuerpo, como la estética, es importante reconocer que esto no equivale a vivir la gordofobia, y que cada experiencia tiene sus propias complejidades y matices.

2. Terapia

Ahora continuemos con las recomendaciones sobre cómo puede estructurarse y desarrollarse la terapia para abordar de manera efectiva y asertiva las experiencias de gordofobia y sus consecuencias en las personas.

Inicialmente, es fundamental que la terapia debe adaptarse a la historia personal de cada consultante, explorando cómo sus vivencias personales, su contexto y sus experiencias únicas de gordofobia han afectado su vida y su salud mental. Lo que permitirá abordar las necesidades específicas de cada persona y reconocer el impacto individual de la discriminación por peso. Y aún más importante, el terapeuta

debe esforzarse por construir un espacio seguro para su consultante, observando el trato que le da a la persona gorda, el cual no debe ser condescendiente, culpabilizador, ni infantilizador, sino que debe favorecer que la persona reconozca el espacio de la terapia como un lugar seguro y libre de gordofobia reconociendo a las personas gordas como seres capaces y autónomos.

Asimismo, es crucial adoptar un abordaje de los procesos desde un enfoque crítico que permita al terapeuta desde su experticia y conocimiento sobre la gordofobia identificar cuando su consultante ha sido objeto de gordofobia para que puedan ayudarles a nombrar dichas experiencias y comprender las consecuencias que estas vivencias pueden causar, a la vez que pueda contribuir el proceso a desinternalizar la gordofobia y cuestionar la opresión que han recibido. Sin dejar de lado el motivo por el que consultan, sino más bien comprendiendo que la gordofobia puede ser en parte causa de este. Al hacerlo, se desafía activamente la perpetuación de estas formas de opresión dentro y fuera del espacio terapéutico.

Por otro lado, es importante evitar un enfoque centrado exclusivamente en la aceptación del cuerpo, ya que esto puede implicar una responsabilización indebida del individuo. En lugar de esto, se deben explorar estrategias que promuevan en las personas la autocompasión y la desidentificación de las normas impuestas sobre el cuerpo, fomentando una relación más saludable y respetuosa consigo mismas.

También es valioso proveer referencias gordas positivas, ayudando a los consultantes a encontrar figuras y referentes de personas gordas que representen modelos positivos. Ya que esta estrategia puede facilitar la identificación con figuras que fortalezcan su autoestima y ofrezcan más educación sobre el tema y crítica a la opresión gordofóbica.

Finalmente, en caso de que sea necesario los terapeutas deben explorar los motivos detrás del deseo de bajar de peso de sus consultantes, con el fin de desentrañar las influencias externas que pueden estar afectando sus percepciones y decisiones, así como evaluar las consecuencias que está trayendo o podría traer para la persona las decisiones que toma en esta búsqueda. Este proceso podría permitir a quien consulta reconstruir una relación más sana con su cuerpo, basada en el respeto y

la comprensión de sus propias necesidades y deseos, más allá de las presiones sociales y los estereotipos.

3. Relación Terapéutica

Por último, centrémonos en las recomendaciones sobre la relación consultante-terapeuta, estas se centran en cómo establecer y mantener una buena relación terapéutica.

Primero, es esencial mantener una comunicación abierta y directa y a su vez los terapeutas deben evitar el ejercicio de poder en su práctica. Es decir, es importante que no limite la autonomía de la persona gorda ni utilicen su posición para ejercer control sobre quien consulta, evitando considerar que tienen la potestad de decidir lo que es apropiado o necesario para su consultante y más si esto viene desde el prejuicio gordofóbico. Por el contrario, deben estar dispuestos a permitir que sus enfoques sean cuestionados, estar abiertos a modificar su práctica según las necesidades del consultante y a reconocer que no tienen el conocimiento para abordar el tema y remitir de llegar a ser necesario.

Además, la validación de las experiencias del consultante es otro aspecto crucial. Los terapeutas deben acoger y validar las vivencias de sus consultantes, sin minimizar el impacto de estas en la vida de la persona y evitando cualquier forma de culpabilización dichas experiencias de discriminación o por sus condiciones de salud. Es igualmente importante que los terapeutas pregunten y escuchen antes de asumir, por ejemplo, en lugar de hacer suposiciones sobre las razones por las cuales el consultante acude a terapia, deben practicar la escucha activa para entender y atender las necesidades reales que el consultante expresa, sin suponer que lo que realmente necesita es otra cosa.

Para concluir, considero que, al adoptar estas recomendaciones, los terapeutas no solo mejoran su práctica profesional, sino que también se convertirán en aliados en la lucha contra la gordofobia y en promotores activos de un cambio social necesario para favorecer la igualdad de acceso a los derechos de las personas gordas y la mejora de su calidad de vida. Llevar un enfoque inclusivo y respetuoso en la terapia

puede transformar la experiencia de las personas gordas, no solo aliviando su sufrimiento, sino también empoderándolas para desafiar las normas sociales opresivas que afectan su bienestar y que han hecho que interioricen la gordofobia.

Así, los terapeutas que se comprometen con esta misión no solo estarían ofreciendo un servicio valioso a sus consultantes, sino que también contribuirían a la creación de una sociedad más equitativa y justa, donde la diversidad corporal sea reconocida, validada y respetada, ayudando a que no solo las personas gordas tengan mayor bienestar sino que en general toda la población la tenga, al no sentirse presionadas a cumplir con estándares, tener la tranquilidad de tener acceso a sus derechos independientemente de su cuerpo y su salud y saberse merecedores de dignidad, respeto, amor y cuidados.

Conclusiones

Este estudio evidencia cómo la gordofobia es una forma de discriminación estructural que atraviesa múltiples ámbitos de la vida cotidiana y afecta profundamente la salud y el bienestar de quienes la experimentan. No se trata solo de un problema individual o de prejuicios aislados, sino de un sistema de opresión sostenido por estructuras sociales, políticas y económicas que imponen jerarquías corporales. La asociación entre delgadez y éxito, reforzada por el capitalismo, junto con la patologización de la gordura por parte de la medicina, han contribuido a la marginación de los cuerpos gordos, restringiendo su acceso a derechos fundamentales y generando consecuencias físicas y emocionales significativas.

Los hallazgos muestran que la gordofobia impacta la salud física al promover dietas restrictivas que pueden generar deficiencias nutricionales y enfermedades como gastritis. Además, las barreras en el acceso a la salud—retrasos en diagnósticos, negación de tratamientos y sesgos en la atención médica—acentúan la vulnerabilidad de las personas gordas. En el ámbito emocional, la exposición constante a comentarios despectivos, presiones para adelgazar y discriminación en distintos contextos genera un deterioro en la autoestima, ansiedad, depresión y

una relación conflictiva con el cuerpo y la alimentación. Estas dinámicas no solo afectan el bienestar individual, sino que perpetúan la exclusión social y limitan el acceso a oportunidades.

Tal como se evidenció en este estudio, abordar la gordofobia requiere considerar las particularidades de este fenómeno en distintas experiencias de vida, es decir, la interacción de factores como género, raza, clase social y orientación sexual. Una perspectiva interseccional permite comprender cómo las personas gordas, especialmente aquellas en otros grupos marginados, enfrentan discriminación de manera única y compleja.

En esta investigación se observó que las personas gordas, especialmente las mujeres, enfrentan una presión constante para modificar sus cuerpos y ajustarse a los estándares de belleza y salud impuestos por la sociedad occidental. Mientras que a los hombres gordos se les suele asociar con características como simpatía o amabilidad, las mujeres gordas son vistas como descuidadas o poco atractivas, lo que intensifica la estigmatización. Esta diferencia de percepción refuerza su exclusión social y limita su acceso a oportunidades, afectando su bienestar.

Otra conclusión central de este trabajo es la crítica a la patologización de la gordura, que perpetúa la gordofobia. La literatura ha mostrado cómo el sistema de salud equipara delgadez con bienestar y gordura con enfermedad (Paim & Kovalski, 2020; Jiménez, 2021), ignorando determinantes como factores sociales, económicos y emocionales. Este enfoque reduccionista deriva en una atención médica que desestima la complejidad del bienestar integral y reproduce violencia contra las personas gordas (Navajas-Pertegás, 2017; Goínvo, 2020; Schwartzman, 2022).

Las mujeres entrevistadas compartieron experiencias en las que la gordofobia y la patologización de sus cuerpos resultaron en un trato discriminatorio en entornos médicos. Relataron cómo profesionales de la salud asumían malos hábitos de vida sin fundamento y minimizaban sus síntomas, recomendando la pérdida de peso como única solución, lo que en ocasiones les negó el acceso a tratamientos adecuados y agravó sus condiciones de salud. Esto no solo afectó su bienestar

físico, sino que también deterioró su confianza en el sistema de salud y su disposición a buscar atención médica.

Asimismo, las barreras sistémicas de la gordofobia impactaron sus vidas en múltiples ámbitos, desde el laboral hasta el interpersonal y el autoconcepto. Algunas entrevistadas reportaron haber sido rechazadas en entrevistas de trabajo a pesar de contar con las competencias requeridas. La mayoría compartió experiencias de bullying o discriminación desde la infancia en el entorno familiar y escolar, lo que afectó su autoestima, relaciones y desarrollo personal. Estas barreras refuerzan la desigualdad y limitan el acceso a derechos, oportunidades y una mejor calidad de vida para las personas gordas.

Las participantes compartieron cómo la gordofobia impacta su vida cotidiana, especialmente en el acceso a servicios esenciales y la falta de representación. Varias mencionaron la frustración de no encontrar ropa en sus tallas, lo que no solo limita su expresión personal, sino que refuerza la idea de que sus cuerpos no son considerados dignos en la moda convencional. Esta invisibilidad genera sentimientos de aislamiento y vergüenza. Además, actividades cotidianas como ir a un restaurante o usar el transporte público se vuelven experiencias estresantes debido a la falta de asientos adecuados o el temor a miradas de desaprobación por ocupar más espacio o por sus elecciones alimenticias. Como se ha discutido en este trabajo, la falta de representación y los obstáculos para acceder a servicios esenciales perpetúan la exclusión y refuerzan la invisibilidad de las personas gordas, afectando no solo su estabilidad económica, sino también su bienestar emocional y psicológico.

En este contexto, el movimiento antigordofobia ha sido y sigue siendo fundamental para desafiar las estructuras que sostienen esta discriminación, promoviendo la aceptación de la diversidad corporal y la garantía de derechos, independientemente del cuerpo o estado de salud. Este movimiento no solo cuestiona las narrativas hegemónicas que asocian la delgadez con salud y éxito, sino que también expone su relación con otras formas de opresión, como el colonialismo, el patriarcado y el capitalismo, que buscan controlar los cuerpos para

mantener el poder. Así, el activismo, la educación y la creación de espacios seguros son esenciales para transformar la percepción social de la gordura y fomentar una mirada inclusiva y justa que respete la dignidad y los derechos de todas las personas.

Los relatos de las participantes evidenciaron que aquellas que han logrado cuestionar la opresión gordofóbica desarrollan una relación más saludable con su cuerpo y su autocuidado, impactando positivamente en su bienestar general. Al dismantelar los estigmas internalizados sobre la gordura, establecen relaciones sociales más equilibradas y crean redes de apoyo alejadas de los ideales normativos de delgadez. Además, cuentan con mayores herramientas para enfrentar situaciones de discriminación en ámbitos laborales, sociales o médicos, desplazando la crítica de su cuerpo hacia la estructura gordofóbica que los oprime. En contraste, aquellas que no han accedido a este conocimiento tienden a experimentar una menor calidad de vida al seguir internalizando narrativas que asocian la gordura con fracaso, falta de valor o enfermedad. Por ello, el activismo y la educación en torno a la gordofobia resultan cruciales para dotar a las personas de herramientas que les permitan transformar su relación con su cuerpo y resistir ante una sociedad que constantemente las juzga por su apariencia.

Sin embargo, esta lucha no debe reducirse a una responsabilidad individual, sino que requiere un esfuerzo colectivo. Es fundamental que la sociedad en su conjunto se involucre en la generación de cambios estructurales para combatir la gordofobia y mejorar el bienestar de las personas gordas. Paradójicamente, muchas de las acciones gordofóbicas se justifican en nombre de la salud, cuando en realidad terminan perjudicándola. Por ello, estos cambios deben centrarse en el bienestar integral, más allá de la delgadez o una visión reduccionista de la salud. Desde nuestras interacciones cotidianas, podemos desafiar los estereotipos, exigir tallas inclusivas, cuestionar la gordofobia en los medios de comunicación, rechazar discursos que refuercen la cultura de la delgadez y promover entornos donde se respete la diversidad corporal. Solo así se podrá construir una sociedad

más justa e inclusiva, en la que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto, independientemente de su tamaño o forma corporal.

El rol del psicoterapeuta en la lucha contra la gordofobia requiere reconocer a las personas como seres sociales, cuyas experiencias, salud y bienestar están profundamente influenciados por los sistemas culturales, sociales e históricos en los que viven. En este sentido, la labor terapéutica no puede ser apolítica ni ajena a estas realidades. Comprender estas dinámicas permite a los profesionales no solo brindar un espacio seguro y libre de gordofobia, sino también adoptar un enfoque crítico que visibilice y cuestione los sistemas que la sostienen

Por ello, es fundamental que los psicoterapeutas incorporen en su práctica las recomendaciones surgidas en esta investigación, basadas en los aportes de las entrevistadas y los aprendizajes construidos a lo largo del estudio (ver capítulo 4).

En primer lugar, se debe garantizar un entorno terapéutico seguro y libre de prejuicios, donde las personas gordas puedan nombrar y procesar sus experiencias de discriminación sin temor a ser juzgadas ni revictimizadas.

Además, es crucial que los terapeutas reflexionen sobre sus propios prejuicios y trabajen activamente para transformar las narrativas gordofóbicas interiorizadas, ejerciendo su profesión desde la empatía y la conciencia social.

Asimismo, se requiere un enfoque terapéutico que no se limite a la aceptación corporal, ya que esta perspectiva puede individualizar la responsabilidad del bienestar, ignorando que las personas están inmersas en estructuras de poder que moldean sus creencias, hábitos, privilegios y opresiones.

De otro lado, a nivel estructural y cultural, esta investigación reafirma la necesidad de cambios que promuevan la diversidad corporal y combatan la gordofobia de manera integral. Es imprescindible implementar políticas públicas que reconozcan la gordofobia como una forma de discriminación sistemática y garanticen el acceso equitativo a servicios esenciales. Algunas de las medidas clave incluyen la inclusión de la diversidad corporal en la educación desde edades tempranas, la regulación de la atención médica para prevenir prácticas discriminatorias y la promoción de representaciones realistas de cuerpos gordos en los medios de

comunicación. Estas transformaciones son esenciales para avanzar hacia una sociedad más inclusiva, donde todas las personas, independientemente de su tamaño o estado de salud, tengan igualdad de derechos y oportunidades.

Finalmente, este estudio abre la puerta a investigar sobre el impacto de los prejuicios gordofóbicos en la adherencia a la terapia y en la efectividad de intervenciones psicológicas informadas en gordofobia. También evidencia la necesidad de una mayor formación en psicología sobre este fenómeno, lo que permitiría fortalecer el trabajo clínico desde un enfoque más inclusivo y socialmente consciente.

Referencias:

Abeso – Associação Brasileira Para O Estudo Da Obesidade E Da Síndrome Metabólica. (2016). Diretrizes brasileiras de obesidade: 2016. São Paulo - 4ª Edição.

Acuerpada. (s.f.). Salud en todas las tallas. Acuerpada. <https://www.acuerpada.com/salud-en-todas-las-tallas>

Ainsworth, M., Bell, S., & Staton, D. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. En M. P.M. Richards (Ed.), *The integration of a child in the social world* (pp.99-135). London: Cambridge University Press.

Alvarez, C. (2014). *La cerda punk. Ensayos desde un feminismo gordo, lésbico, antikapitalista & antiespecista*. Trío editorial.

American Psychological Association. (2013, April 15). *Comprendiendo el estrés crónico*. <https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico>

Amy, N. K., Aalborg, A., Lyons, P., & Keranen, L. (2006). Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Obstetrics & Gynecology*, 107(2), 328-335. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000194235.12565.f9>

Aranda, M. (2021). *Devenir gorda. Proceso de identificaciones y afectaciones deseantes*. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6(53), 217-248. Epub 23 de febrero de 2021. Recuperado en 28 de julio de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362021000100217&lng=es&tlng=es.

Araújo, L. S., Coutinho, M. da P. de L., Alberto, M. de F. P., Santos, A. M. D., & Pinto, A. V. de L. (2018). DISCRIMINAÇÃO BASEADA NO PESO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE INTERNAUTAS SOBRE A GORDOFOBIA. *Psicologia Em Estudo*, 23. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23i0.34502>

Arendt, H. (2005). *Sobre la Violencia*. (Trad. Solana, G.) Madrid. Alianza Editorial.

Artiga, S., & Hinton, E. (2018, May 10). Beyond health care: The role of social determinants in promoting health and health equity. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>

ASDHA. (2024). Acerca de Health at Every Size® (HAES®). Documento de traducción al español [PDF]. Association for Size Diversity and Health. Recuperado de <https://asdah.org/wp-content/uploads/2024/04/SpanishTranslation.pdf>

Asociación Médica Mundial. (s.f.). Código internacional de ética médica. <https://www.wma.net/es/policias-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>

Avellana, A. (2023). Gordofobia en la industria de la moda hacia la mujer: estudio en Mango, H&M y Zara (Trabajo de fin de grado). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <https://docta.ucm.es/entities/publication/7b3048ec-184a-4421-a802-b22ff91e7056>

Ayala, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de Investigación Educativa*, 26 (2), 409-430. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321909008>

Bacon L. and Aphramor L. (2011). Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal*, Vol: 10.

Baile, J. I., González-Calderón, M. J., & Rabito-Alcón, M. F. (2022). Obesity Bias in the School Setting: A Brief Report. *Children* (Basel, Switzerland), 9(7), 1067. <https://doi.org/10.3390/children9071067>

Basante, R & Puerto, J. (2016). La obesidad: una visita a la Historia. *Real Academia Nacional de Farmacia* Vol. 82, pp. 27-43 . Spain

Bayer, R. (2008). Stigma and the ethics of public health: not can we but should we, *Social science & medicine*, 67(3), 463-472.

Berger, C., Milicic, N., Alcalay, L., Torretti, A., Arab, M. P., & Justiniano, B. (2009). Bienestar socio-emocional en contextos escolares: la percepción de estudiantes

chilenos. *Estudios Sobre Educación*, 17, 21-43. <https://doi.org/10.15581/004.17.22422>

Berger, P. L. y Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Londres, Reino Unido: Penguin.

Bradley, E. H., Elkins, B. R., Herrin, J., & Elbel, B. (2011). Health and social services expenditures: associations with health outcomes. *BMJ quality & safety*, 20(10), 826–831. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.048363>

Bravo, A. (1996). *Femenino singular: la belleza a través de la Historia*. Madrid: Alianza.

Brownell, K. D. (2005). The chronicling of obesity: Growing awareness of its social, economic, and political contexts. *Journal of the American Medical Association*, 293(8), 1046-1048. <https://doi.org/10.1001/jama.293.8.1046>

Brownell, K. D., Puhl, R.M., Schwartz, M.B., y Rudd, L. (2005). *Weight Bias: Nature, Consequences, and Remedies*. New York: Guilford.

Burke, G. L., Bild, D. E., Hilner, J. E., Folsom, A. R., Wagensknecht, L. E., & Sidney, S. (1996). Differences in weight gain in relation to race, gender, age and education in young adults: The CARDIA study. *Ethnicity and Health*, 1, 327–335.

Butler, J. (2010). *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós.

Cairns, K., & Johnston, J. (2015). Choosing Health: Embodied Neoliberalism, Postfeminism, and the “Do-Diet.” *Theory and Society*, 44(2), 153-175. <https://doi.org/10.1007/s11186-015-9242-y>

Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., & Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic?. *International journal of epidemiology*, 35(1), 55–60. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi254>

Cañete, R., Guilhem, G. & Brito, K. (2013). Paternalismo médico. *Revista Médica Electrónica*, 35(2), 144-152. Recuperado en 06 de marzo de 2024, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000200006&lng=es&tlng=es.

Capano, A. & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(11): 83-95. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000100008

Caro, I. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, 30(213), 73-91. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.304>

Chung, G. (2022). Resignificando el corset: una mirada íntima a sus efectos adversos, la sexualización del cuerpo y los estereotipos de belleza en la mujer contemporánea. Pontificia Universidad Católica Del Perú.

Contrera, L y Cuello, N. (2016), *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. Buenos Aires, Madreselva.

Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.

Cruz, A. (2015). ¿Desaparecer para ser vista? Consideraciones en torno a la intersección entre obesidad y género. [Tesis para optar al título de maestría] Pontificia Universidad Javeriana.

Díaz, M. (2022). *Resistencias gordas bogotanas: Espacialidad y fronteras estéticas* (Trabajo de pregrado). Universidad Santo Tomás

Eisenberg, M. E., Berge, J. M., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Weight comments by family and significant others in young adulthood. *Body image*, 8(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.11.002>

Eisenberg, M. E., Berge, J. M., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disordered eating behaviors in young adults. *Journal of behavioral medicine*, 35(5), 500–508. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9378-9>

Energici, M., Acosta, E., Huaiquimilla, M. & Bórquez, F. (2016). Feminización de la gordura: estudio cualitativo en Santiago de Chile. *Revista de psicología (Santiago)*, 25(2), 01-17. Recuperado en 10 de septiembre de 2024, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812016000200008&lng=es&tlng=es.

Engel, G. (1997). The need for a new medical model: a Challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196:129-36.

Epel, E. S., Lapidus, R., McEwen, B., & Brownell, K. D. (2001). Stress may add bite to appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 26(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(00\)00035-4](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(00)00035-4)

Esteban, M. (2011). Cuerpos y políticas feministas. El feminismo como cuerpo. En: Villalba Augusto, C.; Álvarez Lucena, N. (coords.) *Cuerpos Políticos y Agencia. Reflexiones Feministas sobre Cuerpo, Trabajo y Colonialidad*. Granada: Universidad de Granada. Colección Periferias nº 12, pp. 45-84.

Fachim, F. L. (2022). Narrativas sobre o (meu) corpo gordo: Estudo autoetnográfico rumo a uma psicologia gorda.

Fernandez, S. & Lozada, V. (Presentadoras). (2020, 12 de Agosto). Salud cueste lo que cueste (Núm. 13) [Episodio de pódcast de audio]. Esto es Nutrición. <https://open.spotify.com/episode/5wAnf5yxSRUSRUnF11iBbM>

Ferreira, F. (2008). A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface Comum Saúde Educ*. 2008; 12(26):471-83.

Fikkan, J. L., & Rothblum, E. D. (2012). Is fat a feminist issue? Exploring the gendered nature of weight bias. *Sex Roles: A Journal of Research*, 66(9-10), 575–592. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5>

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*, trad. Aurelio Garzón, México, D.F.: Siglo XXI. (Obra Original publicada en 1975)

Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós.

Fourcade, A. (2020). Cultura y derechos humanos: Las prácticas sociales nocivas y la violencia contra la mujer. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/103046>

Fuentes, P. (2012). Algunas consideraciones en torno a la condición de la mujer en la Grecia Antigua. Universidad del Bío-Bío, Chile. *Intus-Legere Historia* / issn 0718-5456 / Vol. 6, Nº 1; pp. 7-18

Gaesser, G. A. (2020). *Big fat lies: The truth about your weight and your health* (2nd ed.). Gurze Books.

Gallardo, A & Franco, P. (2021). Cuestión de peso: estudio exploratorio hacia la identificación de estereotipos de cuerpo internalizados por mujeres 10.18774/0719-448.x2020.17.461.

Gallardo, A. (2021). Gordofobia: Una deuda en el campo de la psicología. *REVISTA PERSPECTIVAS* Nº37, pp. 151-168

García, I. (2017). *Cuerpo, gordura y feminismo. La experiencia de mujeres feministas en la CAPV*. Universidad del país Vasco.

García, J y Hernández, C. (2022). Estereotipos de belleza y discriminación: un análisis desde la perspectiva de género. *Revista de Psicología de la Universidad*

García, M. (2020). La obesidad en el arte: de la Venus de Willendorf a 'La última cena'. *Historia y Vida*. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-antigua/20200528/481427614695/obesidad-arte-venus-willendorf-ultima-cena-monstrua-desnuda.html>

Garner, D., & Wooley, S. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11, 729 – 780.

GAUDENZI, P. y ORTEGA, F. (2012). Estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

Gil, F. (2010). Vivir en un mundo de "blancos". Experiencias, reflexiones y representaciones de "raza" y clase de personas negras de sectores medios en Bogotá D.C.

Goinvo. (2020). Determinants of Health. Recuperado de <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>

Gómez, L. (2020). Estereotipos de belleza: formas de control hacia los cuerpos femeninos. Un acercamiento desde las cirugías estéticas. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/50209>.

González, A. & Torrado, E. (2019). Cosificación y mercantilización de las mujeres: las tecnologías como instrumento de violencia. *Sociología y Tecnociencia*, 9(1), 1-8. doi: 10.24197/st.1.2019.1-8

Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., & Hannan, P. J. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2), e209–e215. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1242>

Hayward, L. E., Vartanian, L. R., & Pinkus, R. T. (2018). Weight Stigma Predicts Poorer Psychological Well-Being Through Internalized Weight Bias and Maladaptive Coping Responses. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 26(4), 755–761. <https://doi.org/10.1002/oby.22126>

Hernández, Y. (2016). Impacto social del sobrepeso y obesidad en la mujer adulta. *Revista Psicomotricidad, Movimiento y Emoción (PsiMe)*, 2(1), 1-11.

Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M., & Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), 1236-1239. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1104-8>

Illich, I. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Pantheon Books.

Jáuregui-Lobera, I. (2017). Fad diets, miracle diets, diet cult... but no results. *JONNPR*. 2017;2(3):90-93. DOI:10.19230/jonnpr.1301

Jimenez, M. (2021). Gordofobia na moda plus size. *Signos Do Consumo*, 13(1), 111-113. <https://doi.org/10.11606/issn.1984-5057.v13i1p111-113>

Jimenez, M. (2021). Gordofobia: injustiça epistemológica sobre corpos gordos. *Revista Epistemologias do Sul*. Vol. 4 Núm. 1 (2020): Corpos e sujeitos na/da modernidade

Kristensen, D., Lim, M., & Askegaard, S. (2016). Healthism in Denmark: State, market, and the search for a “Moral Compass.” *Health*, 20(5), 485–504.

La República. (2023, junio 14). La industria del cuidado personal y bienestar mueve alrededor de \$30,4 billones al año. <https://www.larepublica.co/empresas/la-industria-del-cuidado-personal-y-bienestar-mueve-alrededor-de-30-4-billones-al-ano-3587084>

Laguna, A. (2005). Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 13 (4), pp. 197-202.

Lemke, T. (2011). *Biopolitics: An Advanced Introduction*. New York University Press.

León Rubio, J.M., Cantero Sánchez, F.J., y Medina Anzano, S. (1996). Socialización y aprendizaje social. En J.M. León Rubio (Ed.), *Psicología social: una guía para el estudio* (pp. 51-66). Sevilla: Kronos

León, J. (2006). Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial: Bases para la construcción de una psicología social de la salud. *Lusiada. Psicología*, Porto n° 3/2006.

Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 48(4), 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>

Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Castle, D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1349-1356. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.021>

- Lewis, S., Thomas, S. L., Hyde, J., Castle, D. J., & Komesaroff, P. A. (2011). A qualitative investigation of obese men's experiences with their weight. *American Journal of Health Behavior*, 35(4), 458-469.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis, and interpretation*. (Vol. 47). SAGE Publications, Inc.
- Lloyd, M. (1923). "Vision and Contact". Chapter 8 in *Emergent Evolution*. London: Williams and Norgate (1923): 210-242.
- Lobatón, R. (2020, noviembre 17). Mi privilegio de delgadez. Raquel Lobatón. <https://raquel-lobaton.com/mi-privilegio-de-delgadez/>
- López, G. (2015). El rol de la familia en los procesos de educación y desarrollo humano de los niños y niñas. Universidad Metropolitana. p: 1-30. Disponible en https://www.uam.mx/cdi/pdf/redes/xi_chw/cendif_rol.pdf
- López-Espinoza, A. (2005). ¿Son las dietas una causa del sobrepeso?: Un análisis contrafáctico. *Universitas Psychologica*, 4(1), 23-30.
- Mancuso, L., Longhi, B., Pérez, M., Majul, A., Almeida, E. y Carignani, L. (2021). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *INCLUSIVE. LA REVISTA DEL INADI N.º 4 AÑO 2 2021*
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62(3), 220-233. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.220>
- Manubens, R., Roussos, A., Olivera, J. & Gómez, J. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *Academo (Asunción)*, 5(2), 143-158. <https://doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.7>
- Martín, M. (2002). La tiranía de la apariencia en la sociedad de las representaciones, en *Revista Latina de Comunicación Social*. 50. <https://bit.ly/3qzSpJK>

Martínez, M. (2022). "No Soy Musa, Soy Artista, Y De Las Gordas": Activismo Gordo Hispánico En Instagram. *Lectora* 28

McCartney, G., Hearty, W., Arnot, J., Popham, F., Cumbers, A., & McMaster, R. (2019). Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews. *American journal of public health*, 109(6), e1–e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305001>

McGovern, L. (2014). The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health, *Health Affairs Health Policy Brief*, August 21, DOI: 10.1377/hpb20140821.404487"

McIntosh, P. (1988) "White privilege and male privilege: A personal account of coming to see correspondences through work in women's studies." Working Paper 189. Center for Research on Women, Wellesley College.

Mitjans, A. (2022). Fearing the Black Body. The Racial History of Fat Phobia. *Estudios sociológicos*, 40(spe), 257-264. Epub 22 de septiembre de 2023. <https://doi.org/10.24201/es.2022v40.2322>

Molina, A. (2023). ¿Qué es la gordofobia? *Acuerpada*. Recuperado en: <https://www.acuerpada.com/post/que-es-la-gordofobia>

Montalbetti, C. (2022). *Cuerpas Gordas de Abya Yala: Colonialidad, Racismo y Gordofobia*. Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA.

Moreno, J. (2020). *Informe sobre discriminación corporal en el trabajo*. Comisiones Obreras de Andalucía. ISBN: 978-84-09-21479-2

Müller, M. J., Bosy-Westphal, A., & Heymsfield, S. B. (2010). Is there evidence for a set point that regulates human body weight?. *F1000 medicine reports*, 2, 59. <https://doi.org/10.3410/M2-59>

Muñoz, W. (2022). *Biopoder y Biopolítica en Michel Foucault*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Deusto Universitat Internacional de Catalunya Facultat d'Humanitats]. Repositorio UIC Barcelona.

NAAFA. (2023). Why NAAFA? National Association to Advance Fat Acceptance. Recuperado de <https://naafa.org/>

Navajas-Pertegás, N. (2017). La gordofobia es un problema del trabajo social. AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar, (6), 37–46. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/297181>

Navajas-Pertegás, N. (2021). "Deberías adelgazar, te lo digo porque te quiero": reflexiones autoetnográficas sobre la gordura. Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social, Vol. 21 Núm. 1, p. 2434. DOI 10.5565/rev/athenea.2434 <<https://ddd.uab.cat/record/235670>> [Consulta: 28 agosto 2024].

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.001>

New Discourses. (s.f.). Privilegio. New Discourses. <https://newdiscourses.com/tftw-privilegio-esp/>

Nutriológicas, (2022). "Ni una Dieta más" en Curso propedéutico: Fundamentos de Alimentación Respetuosa y Liberación Corporal, México.

Nutriológicas. (2022). Módulo VI. Justicia Social y Privilegio. Nutriológicas (Ed.), *Certificación en Alimentación Respetuosa y Liberación Corporal*.

Nutriológicas. (2023). Curso Propedéutico "Fundamentos de Alimentación Respetuosa y Liberación Corporal". Sesión 2. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://nutriologicas.com/wp-content/uploads/2023/07/CursoPropedeutico2023_Sesion2_Nutriologicas.pdf

Olea, B. (2017). La estigmatización de la gordura femenina. Reproducción simbólico-cultural del estatus social de la delgadez. En J. Pavez (Ed.), *(Des)Orden de género. Políticas y mercados del cuerpo en Chile* (pp. 299–329). CRANN Editores.

OMS. (2024). Obesidad y sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Ortega, L. (2023). Adolphe Quetelet y el origen Astronómico del Índice de Masa Corporal. Milenaria, Ciencia y Arte. Facultad de Salud Pública y Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México.

Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E. M., Alexandre, G., Carmona de la Morena, J., Rodríguez, J., del Campo, J. M., Díez, M. L., Vallés, N., & Butrón, T. (2011). Medicalización de la vida (II). Revista Clínica de Medicina de Familia, 4(3),211-218. [fecha de Consulta 28 de Agosto de 2024]. ISSN: 1699-695X. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169622220005>

Paim, M. & Kovalski, D. (2020). Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. Saúde E Sociedade, 29(1), e190227. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>

Pedagógica Nacional, Ajusco, Ciudad de México. VOLUMEN 11, NÚMERO 27, FASCÍCULO 2, julio-diciembre 2022 / ISSN: 2007-7149

Pelletier, P. (2014), La discriminación estructural en la evolución jurisprudencial de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, IIDH, San José. Disponible [en línea] <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34025.pdf>.

Pereda-Pereda, Eva & Beltrán Garrayo, Lucia & Hidalgo, Marta. (2022). Revisión sobre el acoso escolar con relación al exceso de peso: mecanismos e impacto psicosocial en la infancia y adolescencia.

Pérez, P. (2017). Rozaduras: Proyecto expositivo de ilustración sobre la gordura y la disidencia corporal. <http://hdl.handle.net/10251/93820>

Pimentel, D. (2024). Los pies de loto: una tradición ancestral para la mujer en China. *Vita et Tempus*, 17(1), 24-34, <https://www.uqroo.mx/files/revista-vita-et-tempus/2024/Vita-numero-17-enero-junio-2024.pdf>

Piñeyro, M. (2016). *Stop gordofobia y las panzas subversas*. Zambra-Baladre. Málaga. Recuperado de: https://www.academia.edu/40409060/Stop_Gordofobia_y_las_panzas_subversas

Piñeyro, M. (2019). *10 gritos contra la gordofobia*. Penguin Random House. Grupo Editorial.

Piñeyro, M. (2020). *Guía básica sobre gordofobia. Un paso más hacia una vida libre de violencia*. Instituto Canario de Igualdad. Litografías Gráficas Sabater. España.

Piñeyro, M. [@magda_pineyro]. (25 de agosto de 2024) Seguro que hay muchas más, a mí se me ocurrieron estas 2 ❤️ [Post]. Instagram.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>

Poulain, J. (2013). *Sociología de la obesidad*. São Paulo: Senac.

Puhl, R & Heuer, C. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, Washington, Dc, V. 100, N. 6, P. 1019-1028, 2010.

Puhl, R. & Heuer, C. (2010). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *American Journal of Public Health*, 17(5), 941-64.

Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002>

Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>

Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: Prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, 32(6), 992-1000.

Puhl, R. M., Suh, Y., & Li, X. (2017). The role of stigma in weight loss maintenance among US adults. *Obesity*, 25(6), 1202-1209.

Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current obesity reports*, 4(2), 182–190. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>

Puhl, R., Latner, J.D., Brien, K., Luediche, J., Danielsdottir, S. & Forhan, M. (2015). A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity*, (39), 1166-1173.

Quiros, G. (2021). Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Revista Latinoamericana De Derechos Humanos*, 32(1). <https://doi.org/10.15359/rldh.32-1.7>

Ramírez, A., Carrillo, J., Hernández, L. & Pérez, A. (2022). Voces Que Han Sido Corporizadas: Resignificando La Gordura Femenina. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco

Roehling, M. V., Roehling, P. V., & Pichler, S. (2007). The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: The role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, 71(2), 300-318. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2007.04.008>

Rojo, J & Marco, R. (2008). Persuasión lingüística, salud y belleza. *Espéculo: Revista de Estudios Literarios*, ISSN 1139-3637, N°. 38, 2008.

Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press.

Sabin, J. A., Marini, M., & Nosek, B. A. (2012). Implicit and explicit attitudes toward overweight individuals. *Health Psychology*, 31(1), 68-74. <https://doi.org/10.1037/a0025568>

Saguy, A. & Ward, A. (2011). Coming Out as Fat: Rethinking Stigma. *Social Psychology Quarterly*, 74(1), 53-75.

Salas, D. (2021). Apariencias que desbordan el amor familiar. Mujeres, gordura y desobediencia. Universidad Nacional de Colombia.

Schwartzman, I. (2022). Salud en Todas las Tallas: un nuevo, y necesario, enfoque de trabajo en salud. *Revista Límica Vol. III Núm. 4* (2022). ISSN 2718-7241

Seixas, C. Y Birman, J. (2012). O peso do patológico: biopolítica e vida nua. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 13-26.

Shah, M., Hannan, P. J., & Jeffery, R. W. (1991). Secular trend in body mass index in the adult population of three communities from the upper mid-western part of the USA: The Minnesota Heart Health Program. *International Journal of Obesity*, 15, 499 –503.

Sin Pelos en los Labios Podcast. (10 abril de 2024). Ep21. “PLACER y GORDOFOBIA” ft @LaFatshionista. [Archivo de Vídeo]. Youtube.<https://www.youtube.com/watch?v=8qGnkdo4LZc&t=4052s>

Soto, G. (2021). Body Positive: en busca de otra forma para experimentar la gordura. [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. México.

Sousa, A., Freitas, T., Cremonezi, C., Gracia-Arnaiz, M. y Rodrigues, F. (2018). “A magreza como normal, o normal como gordo”: reflexões sobre corpo e padrões de beleza contemporâneos. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, vol. 6, núm. 4, pp. 808-813, 2018.

Strohacker, K., McCaffery, J. M., MacLean, P. S., & Wing, R. R. (2009). Adaptations of leptin, ghrelin or insulin during weight loss as predictors of weight regain: A review of current literature. *International Journal of Obesity*, 33(6), 697-705. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.89>

Suárez Palacio, P. A., & Vélez Múnera, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar

y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 173-198.
<https://doi.org/10.25057/21452776.1046>

Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological science*, 26(11), 1803–1811.
<https://doi.org/10.1177/0956797615601103>

Taylor CB, Bryson S, Celio Doyle AA, Luce KH, Cuning D, Abascal LB, Wilfley DE. (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics*. 2006; 118:731–738.

Tejeda, J. L. (2012). Biopoder en los cuerpos. *Educación Física y Ciencia*, 14, 13-25. En Memoria Académica. Disponible en:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5663/pr.5663.pdf

Tomiya A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8–15.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>

Tomiya, A. J., & Mann, T. (2008). Focusing on weight is not the answer to America's obesity epidemic. *The American psychologist*, 63(3), 203–204.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.203>

Tomiya, A. J., Hunger, J. M., Nguyen-Cuu, J., & Wells, C. (2016). Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012. *International Journal of Obesity*, 40(5), 883-886.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2016.17>

Tovar, V. (2018). Tienes Derecho a Permanecer Gorda. Traducido por: Begoña Matinez. Editorial, Melusina.

Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daníelsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of obesity*, 2014, 983495. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>

Vigarello, G. (2009) *Historia de la Belleza: el cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Vigarello, G. (2011). *La metamorfosis de la grasa. Historia de la obesidad. Desde la Edad Media al siglo XX*. Barcelona: Península.

Wolf, N. (2020). *El mito de la belleza* (Trad. M. Perez). Editorial, Continta me tienes, Madrid. (Trabajo original publicado en 1991)

Yoshino, N. L. (2010). *A normatização do corpo em excesso*. Tese de Doutorado, Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. de Porto Alegre. (Trabalho original publicado em 1958-1959).

Yubero, S. (2005). Capítulo 24: *Socialización y Aprendizaje Social*. Psicología Social, Cultura y Educación

Zola, I. (1972). *Medicine as an institution of social control*. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.

Zubiri, X. (2006). *Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica*. Madrid: Fundación Xavier Zubiri.

Zuluaga, D y Insuasty, A. (2011). *Metodología feminista en la investigación: el reto epistemológico del cuerpo*. Centro de Estudios de la Mujer

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

___ de _____ de 2024

Consentimiento informado

El siguiente documento busca explicar en qué consiste su participación en esta investigación y solicitar su consentimiento para participar. Por ello se solicita sea leído atentamente y se realicen las preguntas y aclaraciones necesarias pues al firmar este documento se entenderá que está de acuerdo con la participación.

La entrevista en la que va a participar se desarrolla en el marco de la investigación del trabajo de grado de Jessica Rodriguez psicóloga estudiante de la Maestría en psicología con profundización en clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Cuyo objetivo es Analizar las consecuencias para la salud mental que deja el vivir gordofobia (discriminación y violencia que viven las personas gordas solo por el hecho de serlo) y recomendar a partir de la investigación acciones para enfrentar la gordofobia desde la psicoterapia.

- Su participación consistirá en establecer un diálogo con la entrevistadora, quien le realizara preguntas y usted tendrá la libertad de responderlas y hablar hasta donde lo desee o considere oportuno.
- La entrevista será grabada y transcrita con el fin de analizar la información recolectada. Además, fragmentos del diálogo podrán ser retomados en el trabajo escrito final. En todo este proceso su identidad se mantendrá en el anonimato, a menos que desee lo contrario.
- Que podré hacer preguntas y recibiré las aclaraciones que solicite de los asuntos relacionados a la investigación en la cual estoy participando.
- Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio, en cualquier momento del proceso sin ninguna repercusión.
- Su participación en este estudio es importante puesto que brindará información para visibilizar y comprender como la gordofobia afecta la salud de las mujeres y en especial su salud mental. Así como para brindar recomendaciones a terapeutas para que puedan acompañar de mejor forma a personas que hayan vivido discriminación y violencia por su peso.

Datos de la entrevistadora.

Datos de la entrevistada.

Nombre: Jessica Rodriguez

Nombre:

Cédula: 1019107958

Cédula:

Anexo 2. Guía de Entrevista

GUIA DE ENTREVISTA

Introducción:

1. Podrías contarme un poco sobre ti (tu nombre, edad, de dónde eres, a qué te dedicas, etc.).

Experiencias Personales:

2. ¿Has experimentado situaciones en las que te sientes incómoda respecto a tu cuerpo o tu apariencia física?
3. ¿Has sentido la necesidad de cambiar tu comportamiento debido a tu peso?
4. ¿Has vivido rechazo, burlas, insultos, aislamiento, juicios, comentarios y/o sugerencias no pedidas sobre tu cuerpo y tu peso en tu familia (en la infancia y la adultez)?
5. ¿Has usado o usarías la palabra gorda para referirte a ti?
6. ¿Han usado otras personas la palabra gorda para referirse a ti? ¿Cómo te sientes cuando la usan?
7. ¿Cuál es tu percepción de la palabra gorda? (En caso de ser negativa ¿Qué otra palabra prefieres y por qué?

Relaciones Sociales:

8. ¿Has vivido rechazo, burlas, insultos, aislamiento, juicios, comentarios y/o sugerencias no pedidas sobre tu cuerpo y tu peso en tus relaciones de amistad?
9. ¿En situaciones sociales has sentido la necesidad de ocultar tu cuerpo debido a tu peso?
10. ¿Has percibido que tu cuerpo y tu peso han influido de alguna forma en como estableces relaciones afectivas y/o sexuales?
11. ¿Alguna vez has sentido que has sido rechazada, subestimada o no tenida en cuenta, debido a tu peso?

Salud y Acceso a la Atención Médica:

12. ¿Qué experiencias has tenido en los contextos médicos? ¿Cómo te trata el personal médico? (¿Has vivido estigmatización, discriminación o violencia por tu peso en contextos médicos?)
13. ¿Crees que la manera en la que has sido tratada por el personal de salud influye en cómo te sientes al momento de buscar atención medica? (En caso de necesitar profundizar ¿Has retrasado tu asistencia o dejado de asistir a los servicios de salud por esta razón?)

14. ¿Sientes que los tratos que recibes por tu peso han tenido un impacto en tu salud?
En caso afirmativo, ¿podrías detallar de qué manera te ha afectado?

Salud Mental y Emocional:

15. Podrías contarme cómo te sientes contigo misma (acerca de tu cuerpo, tu peso, tu personalidad).
16. ¿Consideras que ser percibida socialmente como una mujer gorda y lo que eso conllevaba (malos tratos, burlas, estigmatización, etc.) ha afectado la relación que tienes contigo misma?
17. ¿Sientes que los tratos que recibes por tu peso han afectado tu salud mental y/o emocional? ¿podrías contarme más detalladamente?
18. ¿Has tomado psicoterapia?
19. En el caso de responder positivamente, ¿El motivo de consulta ha estado relacionado con la relación con tu cuerpo y tu peso o con experiencias difíciles relacionadas a cómo otras personas te tratan debido a tu cuerpo y peso? ¿Cómo evaluas el proceso? ¿Cómo te sentiste con tu terapeuta?

Sesgos y Violencia:

20. ¿Has experimentado alguna forma de violencia o agresión relacionada con tu peso?
21. ¿Crees que las personas tienen creencias, estereotipos o sesgos de ti por tu peso?
22. ¿Sientes que las personas que son percibidas socialmente como delgadas son tratadas de forma diferente a ti?
23. ¿Has observado diferencias en cómo se ve y se trata la gordura en hombres y mujeres?

Reflexión Final:

24. ¿Conoces el término gordofobia, que piensas de él? (Luego de contextualizar) ¿Qué piensas de lo que te acabo de mencionar, te sientes identificada con algo así?
25. ¿Te parece importante que se nombre y visibilice la discriminación y violencia que viven las personas gordas por su peso?
26. ¿Qué piensas de la reivindicación de la palabra gorda?
27. ¿Qué cambios crees que son necesarios a nivel social para abordar la gordofobia y mejorar la salud mental de las personas gordas?
28. ¿Tienes alguna sugerencia para profesionales de la salud mental sobre cómo apoyar mejor a las personas que enfrentan discriminación y violencias por ser percibidos como gordas?