



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD  
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

**SER GORDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD:  
LA EXPERIENCIA DE MUJERES GORDAS  
ACTIVISTAS DE LA CDMX**

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL

**PRESENTA:**

CAROLINA AYALA HILARIO

DIRECCIÓN: DRA. SARA ELENA PÉREZ-GIL ROMO  
ASESORÍA: DRA. ADDIS ABEBA SALINAS URBINA  
MTRA. ANA GABRIELA ROMERO JUÁREZ

CIUDAD DE MÉXICO A 15 DE FEBRERO DE 2024

## RESUMEN

**Objetivo:** explorar la experiencia de un grupo de mujeres gordas activistas en relación con el abordaje peso-centrista en los servicios de salud. **Material y métodos:** mediante la perspectiva fenomenológica se describen la experiencia de cuatro mujeres gordas activistas de la CDMX sobre la asesoría de su peso corporal que recibieron asistiendo a distintos servicios de salud, la relación con su cuerpo, la alimentación y la actividad física y las diferentes acciones, prácticas, dietas y conductas que habían seguido para perder peso. **Resultados:** Las cuatro participantes manifestaron haber vivido situaciones de violencia y estigma en las consultas médicas y en los servicios de salud. Además, por cumplir con la exigencia de delgadez impuesta desde el ámbito médico y social han llevado a cabo distintas conductas que en el ámbito de la nutrición son consideradas como conductas alimentarias de riesgo. Sin embargo, a través del activismo han construido redes comunitarias que les permite posicionarse políticamente ante el discurso que patologiza sus cuerpos. **Conclusiones:** en las mujeres gordas, el estigma y la violencia son las principales experiencias que explican algunos de los problemas que enfrentan en los servicios de salud por lo que se sugiere explorar nuevos enfoques de atención en salud con perspectivas humanistas en los servicios médicos y en la formación de profesionales de la salud.

**Palabras clave:** gordura, activismo, estigma, medicalización, género

## ABSTRACT

**Objective:** Explore the experience of a Fat women activist's group in relation to the weight-centric approach in health services. **Material and methods:** With regards to the phenomenological perspective, the experience of four activists fat women from CDMX is described about the advice on their body weight that they received while they were attended in different health services, the relationship with their body, food and physical activity, and different actions, practices, diets and behaviors they had followed to lose weight. **Results:** Four participants stated that they had experienced situations of violence and stigma in medical practice and health services. Furthermore, in order to meet with the requirement of thinness imposed from the medical and social field, they have carried out different behaviors that in the field of nutrition are considered risky eating behaviors. However, through the activism they have built community networks that allow them to position themselves politically in the face of the discourse that pathologizes their bodies. **Conclusions:** In fat women, stigma and violence are the main experiences that explain some of the problems they face in health services, which is why it is suggested to explore new approaches to health care with humanistic perspectives in medical services and training of health care professionals.

**Keywords:** fatness, activism, stigma, medicalization, gender

## INTRODUCCIÓN

Alrededor del mundo, desde el paradigma biomédico y hegemónico, se ha descrito y concebido al sobrepeso y a la obesidad como problemas y retos de gran importancia para la salud pública, dada su magnitud, la rapidez en su incremento y el supuesto efecto negativo que ejercen sobre la salud de las poblaciones. Parte de este incremento se ha atribuido a altos consumos calóricos, al aumento de conductas sedentarias y a la inactividad física de la población. Para el caso de México, las Encuestas Nacionales de Salud reportan que las prevalencias siguen en aumento lo que resulta paradójico porque pese a todas las intervenciones y políticas públicas encaminadas a erradicar la obesidad las intervenciones parecen no ser efectivas. Lo anterior solo demuestra la construcción alarmista y el pánico moral con el que se ha descrito a la gordura, colocándola y convirtiéndola en una patología con destinos catastróficos<sup>(1)</sup>.

En la actualidad vivimos en una sociedad altamente medicalizada donde hay un contexto general de diagnosticar de manera compulsiva las identidades y las formas de vida que no se ajustan o escapan a cierta norma<sup>(2)</sup>. Se ha conceptualizado a la medicalización como la expansión de los sistemas de salud en casi todos los campos de la sociedad moderna y a la creciente dependencia de la población respecto de los servicios proporcionados por los profesionales de la salud e industrias farmacéuticas<sup>(3)</sup> y la patologización –términos usados muchas veces como sinónimos– como el desplazamiento de un conjunto de estados fisiológicos al campo de lo anormal. Es decir, cuando hablamos de patologización nos referimos al proceso de convertir situaciones que no son propiamente médicas, en cuadros patológicos y que su solución mayoritaria o exclusivamente compete al campo médico<sup>(4)</sup>.

La construcción de la gordura como patología es de carácter reciente y empezó a consolidarse a finales del siglo XX. Y aunque se ha documentado que desde antes de que la gordura fuera considerada una enfermedad ya se tenían registros de personas buscando una figura corporal más delgada; no fue hasta finales del siglo XIX cuando la pérdida de peso se instauró como tratamiento para la obesidad<sup>(1)</sup>. Existen discusiones sobre si debe ser considerada una patología, pues no cumpliría con los criterios usados habitualmente para establecer qué es, o no una enfermedad; ser un factor de riesgo en el diagnóstico de otras enfermedades crónicas no es suficiente para soportar una definición de tal magnitud<sup>(5)</sup>.

No obstante, en los últimos años la práctica médica ha impuesto una determinada manera de ver, evaluar y diagnosticar a los cuerpos y ha estado supeditada al Paradigma de Salud Centrado en el Peso, este paradigma considera que el peso se puede controlar a voluntad y que, por si solo determina el estado de salud de las personas<sup>(6)</sup>. Por otro lado, ignora los avances científicos que cuestionan su vigencia y sigue reproduciendo ideales estéticos y morales en pro de la salud.

Para la investigadora Deborah Lupton<sup>(7)</sup>, desde el ámbito académico existen dos perspectivas sobre el estudio de la obesidad: la perspectiva en contra de la obesidad o anti-obesidad y las perspectivas críticas que, a su vez se dividen en dos tipos de psicociologías: psicociología de la obesidad y psicociología de la gordura. La primera hace referencia al grupo de estudio donde el diagnóstico biomédico es primordial y afirma que las personas con esta condición deben ser sometidas a atención, prevención y tratamiento, en esta perspectiva también se encuentran las teorías de estigmatización, discriminación y las desigualdades en salud que viven las personas gordas. Para el caso de la segunda perspectiva se encuentran los estudios donde se critica y cuestiona la patologización del cuerpo gordo atribuyéndole una serie de características negativas<sup>(8)</sup> en este grupo de estudio aparecen las construcciones sociales de la obesidad y los *fat studies*<sup>(9)</sup>.

Sobre la primera perspectiva, se ha descrito que los principales componentes del tratamiento del sobrepeso y la obesidad son en materia de alimentación y actividad física y que estos son un método “efectivo” para la reducción del peso corporal que, a su vez, derivará en mejoras a la salud. Sin embargo, la evidencia disponible ha descrito que, a la fecha no existe, un método sostenible para la pérdida de peso. A principios de este siglo Gaesser<sup>(10)</sup> señalaba que las intervenciones de pérdida de peso tenían una tasa de fracaso del 95%. Además, estudios de seguimiento han documentado que la mayoría de las personas recuperan todo el peso perdido durante las intervenciones o tratamientos sin importar si mantienen el programa de dieta y ejercicio<sup>(11,12)</sup>. Estas pérdidas son imposibles de mantener para la mayoría de las personas y, entre una y dos terceras partes de las personas ganarán más peso del perdido en un periodo de 4 a 5 años<sup>(6)</sup>.

Por otro lado, las intervenciones dirigidas al control y pérdida de peso están caracterizadas por fracaso, decepción y responsabilidad individual ya que se suele considerar a los sujetos

como únicos responsables por modificar su peso. Y no solo se trata de fracasos o decepciones sino también de daños y riesgos a la salud, por ejemplo, se ha documentado que las dietas restrictivas reducen la masa ósea e incrementan el riesgo de osteoporosis<sup>(13)</sup>, incrementa la producción de cortisol y de estrés crónico<sup>(14)</sup>. Otros mecanismos potenciales a través de los cuales los ciclos de pérdida y aumento de peso contribuyen a la morbilidad incluyen hipertensión, resistencia a la insulina y dislipidemia. De igual manera, esta fluctuación en el peso se ha asociado con peores desenlaces cardiovasculares y mayor riesgo de mortalidad<sup>(15,16)</sup> lo que podría indicar que la asociación entre el peso y los riesgos a la salud sea atribuible a los ciclos de pérdida y ganancia de peso más que a la adiposidad en sí misma.

Entre los daños psicológicos se encuentran depresión, insatisfacción y dismorfia corporal, mientras que los daños sociales incluyen deshumanización, discriminación, estigma, prejuicios y otras formas de opresión<sup>(6)</sup>. Ervin Goffman define al estigma como un atributo profundamente desacreditador que aparece durante las interacciones sociales y cuando la identidad social (atributos que posee) de un individuo dejan de satisfacer las expectativas sociales<sup>(17)</sup>. En el caso del cuerpo gordo, es considerado una imperfección del carácter individual a la que se le impone un diagnóstico, además de ser un estigma que no puede ser disimulado, es percibido como exceso (de carne o grasa) y falta (de cuidado o voluntad)<sup>(5)</sup>

El estigma de ser considerado un individuo enfermo por tener un peso alto puede generar 3 veces más probabilidad de desarrollar síndrome metabólico y 6 veces mayor probabilidad de tener un perfil de lípidos alterado<sup>(18)</sup>. De igual manera, el estigma por peso puede dar lugar a tensión arterial elevada<sup>(19)</sup>, procesos inflamatorios<sup>(20)</sup>, reactividad al cortisol<sup>(21)</sup>, mayor carga alostática y estrés oxidativo<sup>(14)</sup>. Se ha descrito que el estigma relacionado con el peso puede acortar la esperanza de vida pues está asociado con un casi 60% mayor riesgo de mortalidad. Esta asociación se evaluó a través de dos estudios longitudinales donde se describió que el riesgo de mortalidad variaba según el sexo, la etnia, la edad o el Índice de Masa Corporal (IMC). Este último fue generalmente más fuerte que el existente entre los otros rubros<sup>(22)</sup>.

Conviene mencionar que no solo los prejuicios y estereotipos de peso son aplicados por otros hacia las personas gordas, son los mismos sujetos gordos los que llegan a considerarlos como ciertos o verdaderos; llegando a normalizar, aceptar y asumir las mismas normas sociales que

las estigmatizan y descalifican llegando a autodevaluarse <sup>(23)</sup>. Se ha documentado que los profesionales de salud y los estudiantes en formación estigmatizan las actitudes y creencias hacia las personas con mayor peso lo que repercute en menor disposición, calidad y tiempo de consulta y la negación de consejos o tratamientos adecuados <sup>(24)</sup>. Un tercio de los médicos norteamericanos de atención primaria coinciden en que sus pacientes gordos son descuidados, flojos, perezosos y faltos de voluntad y más del 50 % los describe como no atractivos y torpes <sup>(25)</sup>. Además, mientras mayor sea el peso, mayor probabilidad existe de que se niegue la atención apropiada <sup>(26)</sup>. De hecho, los profesionales de la medicina han sugerido que la discriminación y la constante recriminación por el peso corporal pueden resultar benéficos para que las personas realicen un cambio de hábitos. La suma de estos factores conlleva a que las personas gordas evadan o retarden la atención médica lo que puede retrasar diagnósticos o empeorar pronósticos <sup>(5)</sup>.

En los últimos años, ha incrementado el número de estudios con suficientes argumentos a favor de un cambio de paradigma que no se centre en el peso y reconozca que la alimentación y la salud es un proceso complejo que va más allá de las decisiones individuales. Tal es el caso de *Health at Every Size*<sup>®</sup> (HAES<sup>®</sup>, Salud en Todas las Tallas) <sup>(27)</sup>. Este modelo propone que puede existir salud en cualquier tamaño de cuerpo. El principal objetivo de este enfoque es apoyar comportamientos que contribuyan a mejorar la salud de las personas y que estos puedan ser sostenibles para todos los tamaños de cuerpo, sin la necesidad de centrarse en la pérdida de peso <sup>(6)</sup>.

Es cierto que la hipervigilancia y patologización del cuerpo, en especial de los cuerpos gordos afecta a todo tipo de identidades. Sin embargo, el cuerpo de la mujer es visto, interpretado y valorado de manera más rigurosa que el cuerpo del hombre. Para estos últimos existe una mayor tolerancia y aceptación al distanciamiento de los estándares o ideales, mientras que para las primeras la presión y exigencia estética es más rigurosa. Además, históricamente el discurso médico ha posicionado al cuerpo masculino como la corporalidad estándar y perfecta. Al tomar como referencia el cuerpo masculino, el femenino es relegado a la imperfección; de este modo las corporalidades femeninas son inscritas como deficientes e inferiores <sup>(28)</sup>.

Particularmente en el caso de las mujeres cis<sup>1</sup> gordas, al acceder a la consulta clínica se han enfrentado a situaciones de discriminación y violencia tales como la palabra deslegitimada, es decir, los profesionales de salud minimizan o invalidan los hábitos y comportamientos alimentarios que reportan durante la consulta, dificultad en el acceso a exámenes diagnósticos y especialistas y, por último, la culpabilización y estigmatización por el tamaño de cuerpo que habitan<sup>(29)</sup>. A través de una revisión sistemática<sup>(30)</sup> se muestran las disparidades en el acceso a la salud que las mujeres cis gordas han enfrentado en los chequeos de detección de distintos tipos de cáncer, por ejemplo, tienen menos probabilidades de acceder a pruebas de detección de cáncer cervicouterino, de mama y colorrectal.

Al ser considerada una forma de reproducción de las desigualdades de género, ha surgido un nutrido núcleo de investigaciones sobre la gordura abordada desde perspectivas que involucran el género y el feminismo. Se ha descrito <sup>(31)</sup> que existe una feminización de la gordura expresada a través de cuatro dimensiones: a) existe una norma corporal más estricta para las mujeres, b) La gordura como asunto de preocupación exclusivamente femenina, c) La mujer como responsable del tamaño de su cuerpo y del de su familia y d) La gordura como materia de condena moral; una mujer gorda es vista como poco femenina, incapaz de controlar su apetito y que además, desobedece el mandato de ocupar poco espacio, el mínimo posible, tanto simbólico, como físico, siendo sus cuerpos la materialización física del desacato a ese mandato <sup>(31)</sup>.

En la medida en que las mujeres gordas desafían el patriarcado, promueven herramientas de resistencia a las figuras femeninas silenciadas por la opresión de la belleza normatizada y cuestionan el machismo y las creencias histórico-culturales tradicionales de abuso <sup>(32,33)</sup> como es el caso de una etnografía realizada con mujeres que se perciben y nombran como gordas y feministas. En dicho trabajo se observaron las diferentes vivencias corporales de acuerdo con distintos procesos y etapas en la vida de las mujeres participantes. Los resultados mostraron que además de los cambios culturales del cuerpo a través del tiempo, la influencia

---

<sup>1</sup> **Cisgénero:** Forma de identidad que se construye a partir de un modelo de correspondencia entre los caracteres sexuales asociados con la reproducción (usualmente, la genitalidad) y las categorías culturales mujer y hombre. Cuando se habla de mujer cisgénero se hace referencia a una persona asignada al nacer con el género “mujer” sobre la base de sus caracteres sexuales, cuya identidad autopercebida se corresponde con dicho género. La identidad de las mujeres cisgénero no necesariamente está asociada con vínculos, expresiones y prácticas normativas de feminidad (CONAPRED, 2016) <sup>(48)</sup>.

del feminismo intercepta en sus vivencias y las provee de herramientas de resistencia frente a las prácticas de disciplinamiento del cuerpo<sup>(34)</sup>.

No obstante, las feministas gordas se enfrentan a múltiples retos; rastrear a las mujeres en la historia, reclamar su lugar en ella y apuntar la opresión colateral auspiciada por el rechazo social al cuerpo gordo. Si a lo largo de la historia las mujeres no han sido nombradas, las gordas mucho menos<sup>(35)</sup>. Conviene recordar que el feminismo pionero estuvo formado por mujeres blancas pertenecientes a clases sociales privilegiadas y con grados de estudio superiores, tuvieron que pasar alrededor de treinta años para que se incorporaran a la agenda feminista otros temas relacionados con los grupos de negras, latinas y otras minorías étnicas<sup>(36)</sup>. La mujer gorda fue incluida al movimiento feminista años después con el objetivo de terminar con la discriminación, la protección a sus derechos y la búsqueda de una mejora en la calidad de vida. En los años setenta, nace en Estados Unidos este movimiento político que llevaba por nombre *The Underground Fat*, integrado por un grupo de mujeres gordas feministas y que, a través del *Manifiesto de la Liberación Gorda*, buscaron la reivindicación del respeto y el reconocimiento que merecen las personas gordas, así como el derecho a no ser discriminadas<sup>(37)</sup>.

Si bien, los problemas de las mujeres nacen en la individualidad, se convierten en colectivos; nacen en el ámbito de lo privado y es a través de movimientos sociales como el feminismo y el activismo que se hacen públicos y politizan a través de la lucha. Por lo anterior, esta investigación no tendría relevancia si omitiera el trabajo realizado por el activismo gordo quienes se han posicionado y organizado para impulsar y visibilizar el trabajo de personas gordas que normalmente pasa desapercibido. De manera que este agenciamiento muestre los saberes de la gordura a través de una genealogía más amplia. Se trata de reconocer un legítimo reclamo de la lucha que realizan las personas que viven y experimentan estas violencias en su vida cotidiana<sup>(38)</sup>. Es importante resaltar que el activismo que menciono y retomo es el surgido en Latinoamérica. Si bien, esta lucha política tiene sus orígenes en Estados Unidos e Inglaterra se ha instituido como hegemónico, pero no reconoce otras áreas que atraviesan la experiencia corporal como lo son la clase social, raza, género entre otras pues se enuncia desde su condición de blanco, hetero-cissexual, de clase media, no anticapitalista y androcéntrico<sup>(38)</sup>. El surgimiento de este movimiento en el ámbito



hispanohablante es de carácter reciente, por allá del año 2012 comienza la difusión de los trabajos y reflexiones generados en los espacios de resistencia gorda principalmente a través de recursos electrónicos (redes sociales, blogs, páginas web, *fanpages* de Facebook, cuentas en YouTube y Tumblr. Es a través de estos sitios donde se observa la existencia de otros marcos interpretativos sobre la gordura. Además de conocer las formas en que el activismo gordo se organiza, milita, lee, escribe, interpela y resiste. Destaca el trabajo de Constanza Álvarez en Chile quién a través de su libro *La cerda Punk* pone de manifiesto la necesidad de retratar en primera persona la historia propia de la gordura y tomarlo como un acto político. En el caso de México resulta importante el trabajo de la socióloga Alejandra, la bala Rodríguez quien realiza *foto performances* en torno a la gordura. En Argentina destaca el trabajo de la activista Laura Contrera quien construyó uno de los primeros e importantes blogs de internet entorno a la gordura al que denominó *La Gorda!Zine* y es en este sitio en donde publica sus propios artículos y reflexiones además de ofertar talleres. También comparte la traducción de textos de activistas angloparlantes <sup>(37)</sup>. Destaca también el trabajo del argentino Lucas Rodríguez Barozzi quien se encarga de administrar *Orgullo Gordo* la primera agrupación activista de habla hispana especializada en cuestiones médicas.

En España resultan importantes los trabajos de Magdalena Piñeyro y Carlos Savoie quienes en 2011 fundaron la plataforma *Stop Gordofobia*, donde de manera inicial era un grupo de acompañamiento entre personas gordas, pero a lo largo del tiempo se ha convertido en un espacio de denuncia sobre actos de Gordofobia. De forma conjunta Piñeyro realiza charlas y talleres sobre gordofobia y ha publicado dos libros que se consideran introductorios al activismo gordo, *Stop Gordofobia y las panzas subversas* y *10 gritos contra la gordofobia*.

Desde este ámbito se retoma una postura crítica en relación con la violencia epistemológica con la que se han estudiado los cuerpos gordos, principalmente en las ciencias médicas, por ello resulta crucial profundizar en las experiencias personales de las personas gordas desde otros ámbitos que permitan visibilizar las condiciones en que son atendidas desde los servicios de salud, también implica reconocer, nombrar y visibilizar la manera en que se están organizando para resistir y luchar ante el discurso patologizante hacia sus cuerpos.

Hasta el momento, son pocos los estudios que han explorado acerca de las experiencias de mujeres gordas en relación con el sistema de salud y respecto a su experiencia en las consultas

médicas o nutricionales todavía menos. Los artículos que lo han explorado siguen replicando el discurso patologizante de la epidemia de la obesidad y se centran poco en las narraciones y experiencias de las mujeres <sup>(29)</sup>. Por lo anterior, las preguntas que se pretenden responder durante esta investigación son ¿Cuál es la experiencia vivida en relación con el abordaje peso-centrista en los servicios de salud de un grupo de mujeres activistas que habitan cuerpos gordos? ¿cuáles son los principales comentarios, consejos y/o recomendaciones relacionadas con el peso y el cuerpo que han recibido por parte de sus familiares o amistades y por el personal de salud? ¿han modificado algunas prácticas alimentarias y de actividad física por causa de los comentarios, consejos y/o recomendaciones? de ser así ¿cuáles y por qué? ¿Cuáles fueron las repercusiones o efectos subjetivos de estas intervenciones y/o recomendaciones? Y, por último ¿Qué acciones han llevado a cabo para resistir al discurso peso centrista en los servicios de salud y en la vida cotidiana? Mientras que los objetivos son: Explorar la experiencia de un grupo de mujeres activistas que habitan cuerpos gordos en relación con el abordaje peso-centrista en los servicios de salud, conocer las diferentes acciones, prácticas, dietas, conductas que han seguido este grupo de mujeres para bajar/perder de peso y, por último, describir y analizar las maneras en que las mujeres gordas se han organizado para resistir al discurso peso centrista en los servicios de salud y en la vida cotidiana.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **1. Características del estudio**

Se trata de un estudio cualitativo, no experimental, observacional y exploratorio porque pretende entender fenómenos sociales por medio de la posición de los actores sociales, respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras<sup>(39)</sup>. Bajo una perspectiva fenomenológica se buscó explorar las experiencias personales de un grupo de mujeres gordas activistas de la CDMX. El método fenomenológico permite explorar y comprender la experiencia vivida en su complejidad; es decir, entender la esencia misma, el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y son definidas en la vida de los individuos<sup>(40)</sup>.

## 1. Participantes

Se entrevistaron a cuatro mujeres adultas que se reconocieran y autonombraran como gordas y activistas que radicaran en la CDMX. Al inicio se consideró que la población de estudio fueran mujeres gordas adultas que hayan tenido al menos una asesoría sobre su alimentación y su peso corporal. Sin embargo, el criterio cambió porque ¿Bajo qué criterio se define que alguien es gorda?; ¿quién lo decide? por lo anterior se tomó la decisión de incluir mujeres que se reconocieran y autonombraran de esta manera y que además fueran activistas contra la gordofobia<sup>2</sup> y el gordoodio para que fueran ellas mismas quienes pudieran compartir sus experiencias desde su propia voz y vivencia de habitar la gordura.

Por otro lado, todas las mujeres están sujetas a la exigencia de belleza y delgadez, no importa el tamaño de cuerpo que tengan y por lo menos alguna vez han acudido (la mayoría de las veces por voluntad propia) a consultas médico-nutricionales por este motivo. Sin embargo, las mujeres gordas no suelen hacerlo por esta razón, incluso lo omiten por el hecho de recibir trato diferenciado, estigma y violencia, además de no ser consideradas para una evaluación mucho más exhaustiva, saliendo de las consultas con la recomendación (la mayoría de las veces innecesaria) de pérdida de peso como diagnóstico o tratamiento.

El trabajo de campo se realizó en los meses de abril a agosto de 2023. A través de la red social *Instagram* se contactó a mujeres activistas que realizan distintas actividades colectivas con la premisa de “hacer comunidad para resistir”. Lo común en la mayoría de estas actividades es la manera de compartir historias sobre el cuerpo, la lucha y la vida diaria acerca de la gordura. El primer contacto con la comunidad gorda (lejos del acercamiento profesional, más bien vivencial y experiencial) fue a través de un picnic organizado por “Ana Pau” Molina (@Acuerpada)<sup>3</sup> en El Complejo Cultural los Pinos donde a través de distintos círculos se pudieron escuchar y compartir historias acerca del cuerpo, alimentación, ejercicio y los vínculos con otras personas de su entorno.

---

<sup>2</sup> Se considera un sistema de opresión y que es definido como “la discriminación a las que se ven sometidas las personas gordas por el simple hecho de serlo” (Piñeyro, 2016:48).

<sup>3</sup> @Acuerpada es la cuenta de Instagram de Ana Paula Molina, psicóloga y activista antigordofobia

Posterior a ese encuentro, se agendó una reunión virtual con Matilde, una de las fundadoras de la colectiva “Gordas expansivas”<sup>4</sup> donde compartió un poco de su trabajo y de las actividades que como grupo llevan a cabo, destacando los círculos de “Gordoridad”<sup>5</sup> (virtuales y presenciales). El resto de las participantes fueron invitadas a colaborar por medio de la técnica “bola de nieve”. Matilde fue la primera en participar y a partir de sus contactos se construyó la red de colaboradoras. Previo a iniciar la etapa de entrevistas se estableció un primer acercamiento vía WhatsApp (también estuvo la posibilidad de que fuera vía telefónica) para explicar de manera más detallada en qué consistía la presente investigación y responder cualquier duda o inquietud sobre la misma.

Después de acceder a participar y ser entrevistadas, se les entregó un consentimiento informado, donde se explicaba a detalle los objetivos, los tópicos a abordar, la garantía del uso de sus testimonios con absoluta discreción, así como la autorización para ser grabada en audio. De igual forma, se hizo de su conocimiento que su participación en el estudio era voluntaria y podían retirar su colaboración en cualquier momento de la fase de investigación. A cada activista se le adjudicó un pseudónimo, para garantizar su privacidad.

## **2. Instrumento de recolección de la información y análisis**

Se utilizó como instrumento de recolección de la información una guía de entrevista semiestructurada con diversos tópicos que permitieran explorar e indagar la manera en que las personas piensan, sienten y experimentan sus vivencias y así describir su experiencia vivida.

Se realizó una entrevista piloto, se hicieron ajustes y se elaboró la versión final de la guía dividida en los siguientes ítems: a) la relación con su cuerpo, la alimentación y la actividad física, b) los vínculos con otras personas sobre dicha relación, c) su experiencia sobre la asesoría de su peso corporal que recibió asistiendo a distintos servicios de salud y, por último, d) su experiencia y participación en el activismo gordo. Tres de las entrevistas se realizaron de manera presencial y una de manera virtual, cada una tuvo una duración de entre una hora

---

<sup>4</sup> Se denominan como “gordas en rebeldía y resistencia, incómodas e incendiarias y que trabajan en comunidad para que se reconozca y celebre la diversidad corporal”

<sup>5</sup> Llamados así por su creadora y moderadora principal, son exclusivos para personas gordas y se trata de un espacio de escucha y acompañamiento donde se comparten experiencias, deseos, conocimientos y luchas.

y hora y media y en cada una el orden fue diferente, pues se abordaron los temas conforme iban emergiendo.

Para el análisis de la información obtenida se siguieron los principios de análisis de contenido donde se identifica, codifica y se construyen categorías principales a través de los datos obtenidos en los testimonios. El proceso de análisis estuvo dividido en tres fases: la primera consistió en la transcripción de las entrevistas, para posteriormente realizar una breve descripción de estas, el segundo momento consistió en identificar y codificar las categorías principales donde a través de una minuciosa lectura se identificó de manera preliminar algunos temas y subtemas sobre las vivencias en los consultorios médicos y de nutrición de las mujeres gordas, en ese sentido se generaron códigos para por último proceder con el análisis, y finalmente integraron los principales hallazgos, mismos que se describen y profundizan en la sección de resultados.

## **RESULTADOS**

Las características sociales de las participantes se muestran en la tabla 1. Todas se encuentran casadas, con edades comprendidas entre los 28 y 43 años. La mayoría de ellas son madres, con excepción de Matilde quien durante la entrevista mencionó que en sus planes no estuvo la maternidad. Existe también una diversidad de profesiones y ocupaciones entre ellas, sin embargo, todas coincidieron que, a través de sus actividades profesionales, ejercen su activismo.

Matilde y Azucena brindan acompañamiento terapéutico individual y de grupo donde buscan construir espacios seguros para que las personas puedan compartir sus experiencias, así como hablar de su gordura. En el caso de Marcela, abogada de profesión, su activismo lo implementa a través de la creación de una asociación civil, conformada por otras compañeras de diversas profesiones, con un objetivo en común: reivindicar la diversidad corporal como parte de la naturaleza humana desde la justicia social. Una de las principales acciones que lleva a cabo esta asociación es la creación de un directorio de más de cuatrocientos profesionales de salud de Iberoamérica con más de 35 especialidades que trabajan bajo un enfoque no centrado en el peso. Para Noemí, la fotografía ha significado un espacio de libertad donde su cámara fotográfica se convierte en la herramienta que le permite

desentrañar la intimidad propia y ajena<sup>6</sup>. A través de las sesiones fotografías le han surgido reflexiones que la impulsaron a crear espacios exclusivos de mujeres y a crear campañas, reflexiones y exposiciones sobre el cuerpo, la autopercepción y la autoestima.

**Tabla 1**  
**Caracterización de las participantes**

<b>Pseudónimo</b>	<b>Edad (años)</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Hijos</b>	<b>Profesión/ocupación</b>	<b>Activismo</b>
Matilde	40	Casada	Sin hijos	Psicoterapeuta	Acompañamiento terapéutico/ Círculos de reflexión
Marcela	37	Casada	Un hijo	Abogada	Asociación civil (ALICYA)
Azucena	28	Casada	Un hijo	Psicóloga	Pláticas, talleres y acompañamiento terapéutico
Noemí	43	Casada	Una hija	Fotógrafa de retrato	Sesiones fotográficas <i>Boudoir</i>

**Nota:** ALICYA: Asociación por la Liberación Corporal y Alimentaria; Boudoir: es un tipo de fotografía de retrato íntima, sensual y elegante que se hace habitualmente a mujeres en un entorno de «tocador».

A continuación, se presentan los testimonios de las mujeres gordas activistas entrevistadas, así como la descripción y análisis cualitativo de sus experiencias. Para mayor claridad el análisis se desglosa de manera organizada a través de secciones que incluyen coincidencias y diferencias entre las participantes, así como las relaciones con la teoría descrita anteriormente.

### **1. “Consejos” recibidos por parte del personal de salud en consultas**

Como ya se mencionó con anterioridad, el discurso ha construido a la gordura como una condición que depende única y exclusivamente de quién la padece, de esta manera, se considera el peso excesivo como la única causa del mal funcionamiento del organismo; a esta conclusión se llega solo utilizando el dato aislado, es decir, el número que indica la báscula, sin hacer evaluaciones más precisas o detalladas, dejando fuera otros datos que podrían aportar más información sobre el estado de salud de una persona. Este apartado fue de los más extensos; todas las entrevistadas coincidieron haber sufrido situaciones de violencia y vulnerabilidad en las consultas médicas y los servicios de salud a través de prácticas y

<sup>6</sup> Tomado de: <https://carinafavela.net/semblanza/>

verbalizaciones respecto a su peso o tamaño de cuerpo, siempre bajo el argumento de que es una cuestión de salud.

Marcela cuenta que tuvo una experiencia muy fuerte cuando enfermó de la tiroides y comenzó a ingerir Yodo como parte del tratamiento. Durante un año su cuerpo sufrió cambios, siendo el principal la ganancia de peso, reconoce que de cierta forma vivir estos cambios corporales le resultó incomodo, sin embargo, sus niveles de hormonas tiroideas se estabilizaron, aunque tenía que perder peso debido a que en una de sus revisiones médicas le sucedió lo que a continuación relata:

“Me toca la directora general de nutrición, una señora ya muy grande como de 65 años, delgadísima y así de “a ver, Marcela” [...] ¿no tienes dignidad?” es lo primero que me dice, ¿que tú no tienes dignad? ¿Qué no te ves en un espejo?; ¿cómo quieres acabar?” (**Marcela, 37 años**).

También destaco el testimonio de Noemí, quién en los últimos años ha tenido complicaciones de salud que le impiden realizar actividades de la vida diaria y ha sido “toda una odisea”, como ella lo menciona, buscar un diagnóstico certero. Al no tener acceso a exámenes médicos que le permitan tener un diagnóstico médico y ser derivada de manera constante con distintos especialistas las recomendaciones siempre resultan ser las mismas:

“Cada vez que entro a un consultorio no me dan un diagnóstico, es decir, [les dice] oye, pues me está pasando esto, no me puedo sostener, este es mi historial es... ¡claro, el peso! Entonces es “tienes que bajar de peso [...] Entonces siento que también por eso sigo sin diagnóstico porque siempre es como “pues hay que bajar de peso” y esto que está pasando pues se va empeorando, se va empeorando y sigo así”

“Los doctores por supuesto que te dicen “pues es que no es sano que estés así” igual con un neurólogo que vi me dijo, “es que mira, acabo de bajar 30 kilos y entonces pues tú también puedes” y le dije “doctor, o sea, llevo toda la vida, bajando y subiendo y yo no vine aquí por eso, o sea, yo no vine a que me baje de peso, yo vine a un problema de que no puedo estar parada, o sea, tiemblo” y duro y dale con el peso y “no, es que yo ya te tomé la presión y seguramente eso esto y me dijo “pues es que hay que saber mantenerse; mírame a mí” (**Noemí, 43 años**).

En el caso de Matilde, cuando ha acudido a consulta médica a atenderse esguinces, producto de ser ciclista urbana, lo primero que ha recibido, antes de una revisión por su lesión, son comentarios respecto a su peso y hasta sobre la maternidad, que por supuesto nada tenía que ver con el motivo de consulta:

“Recuerdo una vez que me esguincé un tobillo bajando la banqueta, la forma más estúpida [ríe] y el médico que me recibió me dice “es que estás muy gorda” o sea, estoy esguinsada del tobillo eh “estás muy gorda y si te quieres embarazar” [expresión] tienes que bajar de peso porque no vas a aguantar, tu espalda no va a aguantar el peso del bebé Ah, porque también caí de sentón, o sea, como me torcí caí de sentón, me duele del sentón, pero no se veía lastimada la espalda, se veía bien, lo único que se veía como lastimado era el tobillo no, pues “es que no vas a aguantar”; “¿cómo es posible que tengas ese tamaño?” (Mati, 40 años).

También recuerda algunas acciones que el personal de salud llevaba a cabo en la toma de signos vitales previos a entrar a las consultas médicas:

“En el IMSS siempre que iba me pesaban y gritaban mi peso así de “200 kilos” [risa], nunca dijeron 200 kilos. Diciendo el peso en público porque las básculas estaban ahí, en el pasillo. Entonces como 98 kg, 101 kg ,95 kg, 89 kg y también tener el registro del peso ahí es como, “¿no manches! Pero aquí pesaba 85 kg ¿por qué ahora estoy pesando 97?” entonces también como el recordatorio de las fluctuaciones de peso “¡claro, tengo que volver a hacer dieta!” (Matilde, 40 años).

Una de las experiencias más vividas que tiene Azucena es respecto a la maternidad, un ámbito muy importante en su vida porque desde pequeña deseaba convertirse en madre:

“Una nutrióloga más adelante ya como en la adolescencia pues era “¿sabes qué? si quieres tener hijos pues tienes que bajar de peso, no puedes embarazarte con el peso que tienes. Entonces si quieres tener hijos en un futuro, tienes que empezar a hacer algo desde ahorita y era como un poco la amenaza y la motivación para que hiciera lo que lo que hacía. Siempre he deseado tener hijos, desde como los 12 años, entonces en ese momento pues su amenaza funcionó, su amenaza funcionó y ha sido la época o la temporada en la que con más bajo peso he estado y que más me comprometí por hacer este régimen” (Azucena, 28 años).

Todas coinciden que, además de sentirse incómodas, asumieron que el médico tenía razón, por lo que permitieron este tipo de comentarios, tal y como lo menciona Azucena cuando un médico, amigo de su familia, en una plática casual sugiere pesarla a ella, a su mamá y a su hermano:

“Honestamente no sé por qué accedí porque ni siquiera estaba en una consulta con él ni nada, pero a lo mejor por lo que representaba como médico accedí y me pesó, pesó a mi mamá y pesó a mi hermano. A ellos no les dijo nada o no les dijo mucho y a mí sí me dijo: “sabes qué, tienes



que ponerte a dieta porque ese peso que tienes está muy elevado y vas a terminar enfermándote” ¿por qué lo acepté? pues no sé, a veces vamos aceptando violencias que no deberíamos de permitir y deberíamos de levantar la voz, pero en ese momento acepté dije “ay, si es cierto” incluso me puse triste porque dije “pues sí tiene razón, ¿cuánto estoy pesando? (Azucena, 28 años).

Al igual Marcela, cuando acudió a uno de los Institutos Nacionales de Salud se enfrentó a una situación de violencia y estigma por parte del médico que la atendió:

“El más doloroso fue una consulta de menos de 6 minutos donde el doctor nunca me ve la cara, y me dice que seguramente yo no duermo bien, que me va a mandar a la clínica del sueño por [mi] peso y que ... yo ya ahí sabiendo todo lo que sabía, aunque yo estaba ya muy mal de todo lo que me decía le dije: “sé que es malo bajar de peso de golpe” y me dijo “malo es estar como tú, podrías bajar 7 kg a la semana si quisieras con pastillas y aquí te vamos a mandar a la clínica de obesidad; al psiquiatra para que bajes de peso y si no puedes ahí mismo te van a ver para la operación bariátrica” y yo sentí un nudo en la garganta, ahora todavía te lo platico y me siento incómoda y salí a llorar, o sea, no pude defenderme porque le di oportunidad a él de pisarme” (Marcela, 37 años).

En nombre de la salud se llevan a cabo y normalizan prácticas que, por lo regular resultan ser reiterativas y, conviene resaltar, algunas son hasta riesgosas, pues poco tienen que ver con la preservación o cuidado del estado de salud, más bien con cumplir el imperativo moral de adecuarse a la norma y de que todos sean iguales, lo cual es prácticamente imposible, para una muestra de ello, retomo lo relatado por Marcela:

“Una vez te digo que me tocaron unas gotas que me daban sed, que iban debajo de la lengua recetadas por nutrióloga eh ... este nunca supe que fue, ahí sí no supe y ella es la misma que me quería inyectar cuando yo llegué a un punto que ya no bajaba y es verdad que cada que me inyectaba se bajaba mi brazo o yo bajaba medidas, pero pues después las recuperaba igual como todo, como todo el peso perdido” (Marcela, 37 años).

En los últimos años, se ha incrementado la prescripción y realización de cirugías bariátricas como método para la pérdida de peso y mejorar la salud, siendo México uno de los países donde más se realizan por su relativamente bajo costo<sup>(41)</sup>. Lo cierto es que poco se habla de los costos, riesgos y cuidados especiales de por vida que se requieren. Al menos Matilde, Marcela y Noemí coinciden en que al menos una vez recibieron esta sugerencia por parte de

profesionales de salud. En el caso de Matilde, estaba dispuesta a conseguir un préstamo para poder llevar a cabo la cirugía:

“No me puse el balón gástrico porque no me alcanzó y pensé en pedir un crédito para ponérmelo, o sea, llegué a hablar con mi marido y le dije “mira es que el balón gástrico y suena bien y con mi panfletito eh ... ahí el médico con el que estaba, el que me daba pastillas y me picaba la panza, tiene ahí los panfletitos, él tiene un amigo que lo pone, o sea, pues ya nada más pido un crédito y lo voy pagando” (Matilde, 40 años).

## 2. Gordura y familia

En los cuatro casos, el tema de la gordura en la familia se aborda con tensión, sobre todo por la asociación que tiene con el tema de la salud. Por lo anterior, existe una constante hipervigilancia en forma de comentarios y acciones sobre el peso corporal y la alimentación lo que genera conflictos, como es el caso de Noemí a quien le resulta curioso porque a pesar de no ser la más gorda de la familia, es la que más comentarios recibe sobre su peso y cuerpo:

“Mi mamá a cada rato, en este tiempo que he estado en doctores manda esa imagen a la familia de este, no sé si la has visto que es como de una radiografía<sup>7</sup>. Me lo manda justo cuando yo voy saliendo del doctor y entonces claro que me enojé, y le dejé de hablar unos días porque es como “mamá, o sea, de verdad de todas las personas ¿no ves lo que estoy pasando y me mandas esto?” o sea como diciéndome “¡claro es que date cuenta, no!” (Noemí, 43 años).

Marcela vive una situación parecida ya que su familia constantemente le hacía comentarios sobre su cuerpo y peso, además de darle recomendaciones para sugerir la pérdida de peso

“En realidad la familia entraba a dieta conmigo no, era como el apoyo moral y entonces la esposa de mi papá (porque es su segundo matrimonio de mi papá) ella cocinaba y entonces comíamos mejor y ellos normalmente la soltaban más rápido que yo, yo era “más disciplinada” entre comillas no, entrecomillado porque obviamente el cuerpo estaba sufriendo, pero pues yo podía pasar 1 año completo a dieta y ellos se sorprendían de que yo era muy disciplinada y me aplaudían esto porque el privilegio de ser delgado es que todo mundo te aplauda y te haga sentir bien porque te estás mal alimentando entonces a nivel familiar se reforzaba la idea de que estar a

---

<sup>7</sup> Hace referencia a una resonancia magnética donde se muestran la distribución de grasa corporal entre dos cuerpos de diferente tamaño, generalmente es utilizada como herramienta para mostrar la cantidad de grasa corporal a disminuir.

dieta estaba bien, de hecho ahorita hay una preocupación constante de porque sigo subiendo de peso”

“Yo vi muy preocupado a mi papá por mí, me saca de la casa, me sube al carro y me dice: estoy muy preocupado por tu salud. O sea, si muy bien que alimentación intuitiva, pero ¿nunca vas a parar de subir de peso?; ¿qué va a pasar?; ¿qué vamos a hacer?” (**Marcela, 37 años**).

Resalta el hecho de que una de las figuras principales que emerge en el ámbito familiar es la madre, quien además de validar y reforzar las recomendaciones médicas de pérdida de peso, es la encargada de fomentar y ser referente de la preocupación por la apariencia física y la pérdida de peso, sea por estética o por salud. Lo que coincide con lo desarrollado por Ernegici y colaboradoras <sup>(31)</sup>, cuando hablan de la feminización de la gordura, la madre como responsable del cuidado de la salud de su familia y que traslada esta preocupación a sus hijas.

Matilde recuerda que los primeros comentarios que recibió sobre su cuerpo, peso, alimentación y apariencia provenían de su mamá:

“cierra la boca; ¿te vas a comer todo eso?; ya tienes que hacer dieta, ya estás muy gorda; eso no se te ve bien; es que me preocupa tu salud; es que te va a dar diabetes; es que no te cuidas; es que te ves muy fea” (**Matilde, 40 años**).

Consideraba que su mamá tenía razón al emitir este tipo de comentarios “porque claro, era gorda”. Además, sabía que provenían de una madre que la amaba por lo que los recibía sin emitir ningún tipo de queja o comentario mucho menos manifestar que le resultaba doloroso. Un recuerdo muy presente que tiene es sobre la primera vez que tuvo una pérdida significativa de peso, recuerda percibir a su madre orgullosa, “orgullosa de la hija que tenía” tanto que ahora compartían y disfrutaban una actividad que antes ocasionaba tensión: comprar ropa.

“Mi mamá ¡uf! cuando bajé muchísimo de peso, un día me dijo “vámonos de compras” y me dijo “compra lo que te quieras comprar” eh ... uta nunca me había pasado eso no, o sea, sí ya habíamos ido a comprar a Estados Unidos ... pero aquí se veía orgullosa, estaba verdaderamente orgullosa de mí y esa era una mirada fácil de tener de parte de mi madre entonces se sentía bien, o sea, lo que me mantenía en el camino era que era aplaudida socialmente, mi mamá se sentía orgullosa de mí” (**Matilde, 40 años**).

“La primera dieta me la puso mi mamá, cuando yo tenía como ocho años, tuve un accidente y no me podía mover, mis piernas me las había lastimado con un vidrio y entonces ella se preocupó porque no fuera a subir de peso y me puso una dieta que ella se inventó; desayunaba y cenaba un *Slim fast*<sup>8</sup> y comía una lata de atún, con cinco galletas saladas. Entonces, era horrible porque entre que no me podía mover y bueno, el *Slim fast* después de cinco días pues yo ya no quería ¡quería comida! Y pues no sé si habré bajado o no habré bajado, pero si me acuerdo de que, eso fue peor que estar sin moverme” (Noemí, 43 años).

Para Noemí venir de una familia donde la mayoría de las integrantes son mujeres significaba estar constantemente expuesta a comentarios sobre el cuerpo, el peso y la cultura de dieta.

“Mi familia es sumamente gordofóbica y somos casi puras mujeres, o sea, es mi mamá, mi hermana, mi sobrina y siempre está el tema, siempre, o sea, mi hermana todo el tiempo con mi sobrina es de “es que ya están muy gordas, es que ya tienen que bajar” a mí como que ya me dejan en paz porque saben todo el rollo que traigo, pero lo comentan en la mesa “ya no coman pan, ya no sé qué” (Noemí, 43 años).

Para Azucena resulta doloroso recordar que su mamá fuera la primera persona que le puso un apodo que hacía alusión a su corporalidad, aunque le decía que era de cariño y ahora en la actualidad dice no acordarse. También fue ella quien le fomentaba la preocupación por su cuerpo haciendo alusión a la salud, prohibiéndole consumir ciertos alimentos o comer diferente al resto de la familia.

“Yo recuerdo, y se lo digo a mi mamá hoy por hoy, y me dice que no se acuerda y es como algo fuerte también porque a veces no medimos nuestras palabras y a veces ya ni nos acordamos de que las dijimos. Entonces, ella me empezó a decir “Gogi, gogi, gogi” pues de gorda no, de “gordis”

“Otra de las cosas también que sucedía mucho es que como en la mayoría de las familias creo yo pues ponen a dieta a la persona gorda y todos los demás siguen comiendo como comen no, entonces recuerdo mucho esa esa frustración en mí, que veía a mi mamá y a mi hermano seguir comiendo sus cereales, su hamburguesa, todo ese tipo de cosas y yo no, yo tener que comer lo que decía ahí mi dieta” (Azucena, 28 años).

---

<sup>8</sup> Sustituto alimenticio en forma de malteada utilizado para el control y la pérdida de peso.

### 3. Las mujeres y el mandato social de la delgadez

Este apartado hace alusión a otra de las dimensiones en que la feminización de la gordura se expresa: la gordura como asunto de preocupación exclusivamente femenina. Las mujeres son construidas como seres más preocupadas por su apariencia y su peso, además de estar más expuestas a ser juzgadas por el tamaño de su cuerpo.

No es de extrañarse que algunos de los temas centrales en las pláticas femeninas sean el peso, la alimentación, el cuerpo y el ejercicio físico; además de funcionar como un medio de socialización, ejemplo de lo anterior son los testimonios de Matilde y Noemí quienes en su círculo de amigas compartían consejos, recomendaciones y prácticas para perder peso. En el caso de Matilde, recuerda que cuando se mudó a vivir sola a la CDMX sus dos *roomies*, además de compartir el espacio para habitar, también lo hacían con las dietas, menús, planes de alimentación y prácticas para la pérdida de peso como el uso de ciertos productos o fajas:

“A donde llegué a vivir, era una casa y rentaban cuartos y había dos chicas que vivían ahí, que eran más grandes que yo, ellas ya estaban trabajando y yo estaba estudiando y, como buenas mujeres obedientes a mantenerse delgadas, una de ellas era muy delgada, [...] y la otra, no era gorda, pero no era tan delgada, era como esto que llaman como *Midzise*. Entonces todo el tiempo en dietas, en fajas, entonces yo muy identificada con ella y la otra chica que era muy delgada, o sea, no basta con ser muy delgada, también hay que hacer dietas porque ¿lo sabemos no?, no importa el nivel de delgadez que tengas, tienes que seguir dietas. Entonces pues era algo que nos impulsábamos, como “¡oigan no manchen, empecé esta dieta!” y la pasaba y así todas empezábamos a hacer la misma dieta; “¡oigan y me estoy embarrando este producto!”; “¡oigan y me estoy poniendo esta faja!” eh entonces ahí también tenía con quién coludirme para, para las dietas estando acá. (Matilde, 40 años).

Noemí recuerda que las actividades que compartía con amigas eran: visitar al nutriólogo, compartir dietas, y tomar pastillas para la pérdida de peso:

“Cuando entré a prepa [...] desde ahí empecé a empastillarme, por amigas de “oye, estoy tomando estas pastillas” “oye, estoy haciendo esta dieta” y pues era la constante también con mis grupos de amigas, íbamos a nutriólogos [...] fuimos en grupo, a un disque nutriólogo que no era nutriólogo, era un señor que te daba un frasquito de pastillas que no sabías ni que era y aparte te manoseaba toda, o sea, ahora que lo pienso digo ¡qué mensas! pero ahí estábamos felices comprando el frasquito de algo que no sabíamos ni qué era y nos daba mucha sed y nos alteraba el hambre, yo por eso creo que eran anfetaminas y ahí íbamos cada mes por nuestro frasquito a pesarnos con este doctor” (Noemí, 43 años).

Recuerda también que cuando inició su actividad como fotógrafa femenina le llamaron la atención estas constantes preocupaciones y se vio reflejada en ellas, se preguntaba por qué las mujeres nunca están conformes con el cuerpo que habitan o se perciben más gordas de lo que están. Reconoce también que el medio de la fotografía es un espacio complejo, porque es el cuerpo lo que está en juego, al inicio trabajó con modelos y le afectaba ver cuerpos hegemónicos lo que ocasionaba que tuviera mayor preocupación por su cuerpo y peso.

“El medio de la foto también es difícil porque al principio trabajaba con modelos y entonces, por un lado si era esta reflexión de “¿por qué las mujeres siempre estamos preocupadas por vernos bien?” y por otro lado, pues sí me afectaba estar viendo tantas mujeres no, o sea, como delgadas, con un cuerpo hegemónico y todo, y entonces yo decía “ay, tengo que bajar más”; “ay no ya me dio la dieta tal”; “si ya me recomendó el masaje quien sabe qué, que bajas cinco kilos en una sesión” (Noemí, 43 años)

La preocupación por la imagen física recae mayoritariamente sobre las mujeres debido a las diferencias sociales que se establecen entre ellas y los hombres para moldear su apariencia y, por lo tanto, dedican gran parte de su tiempo a realizar todo tipo de acciones correctivas, desde dietas restrictivas hasta conductas alimentarias de riesgo que en ocasiones evolucionan en trastornos alimentarios. El rol, el estatus y valor de las mujeres en la sociedad está determinado por su cuerpo; a las mujeres se nos socializa y enseña a *ser* cuerpo y son evaluadas de acuerdo con su exterioridad (apariencia y atractivo), mientras que los hombres son principalmente evaluados según su interioridad <sup>(42)</sup>. La cultura de la delgadez está tan arraigada socialmente que poco se cuestiona sacrificar el cuerpo y llevar a cabo acciones para modificarlo.

#### **4. Lo que han hecho para perder peso**

Todas las activistas coincidieron en: 1) haber realizado cambios en su alimentación, como incluir ciertos alimentos o sustituirlos por otros que consideraban más saludables, 2) hacer dieta de un solo alimento, 3) realizar ejercicio de manera excesiva la mayoría de veces sin supervisión profesional, 4) haber consultado a otras personas (que no fueran profesionales de salud o nutrición) en busca de ayuda para perder peso y 5) haber realizado conductas que en el ámbito de la nutrición son consideradas como conductas alimentarias de riesgo. Dichas

conductas incluyen la preocupación por engordar, los atracones con sensación de falta de control al comer, conductas alimentarias restrictivas (práctica de dietas, ayunos, ejercicio excesivo y consumo de pastillas para adelgazar) y purgativas (uso de laxantes, diuréticos y vómito autoprovocado) que tienen como fin la reducción de peso<sup>(43)</sup>.

Noemí cuenta que podría contar su vida entera hablando de las dietas que siguió buscando perder peso, pero destaca que desde muy joven comenzó a tomar pastillas para la pérdida de peso:

Desde la adolescencia tomé pastillas, tomé Sibutramina<sup>9</sup>, tomé Xenical<sup>10</sup>, tomé unas pastillas que no sabía que eran, que seguramente eran anfetaminas, me acostumbré a tomarlas diario, tenía pavor de subir de peso, si estaba delgada, pero tantito subía un kilo [...] yo era de pesarme DIARIO [...] y aparte era como que en estos descuidos de que en cinco días que no me pesé ¡ya subí los diez kilos! o sea, como que yo culpaba: “es que no me pesé”; “es que no me pesé y entonces no me cuidé”, pero si era como SÚPER estricta, cuando me embaracé, yo seguía tomando cuanta pastilla, me costó trabajo no tomarlas, en el embarazo (**Noemí, 43 años**).

Matilde recuerda que buscó asesoría profesional y no profesional para perder peso y que esta decisión se basaba en el aspecto económico, es decir, ya que podía pagar sus cuentas asistía a consultas de nutrición y cuando no, acudía con otras personas.

“[...] ya más un poco más grande, ya que yo ya podía pagar mis cuentas más o menos, ya me empecé a pagar nutriólogos [...] desde unos que no han sido nutriólogos, [el] que es médico que de pronto empezó a hacer tratamientos para bajar de peso, la señora de la esquina que pone balines, la señora que conocí que te pone agujas de acupuntura, que la que hace hipnosis eh, que ve a terapia para que bajes de peso, que el de *coaching* para que bajes de peso, masajes reductivos que me dejaban llena de moretones” (**Matilde, 40 años**).

Marcela en cambio siempre tenía asesoría nutricional donde supervisaban sus planes de alimentación. Sin embargo, recuerda haber hecho la dieta del libro de un doctor renombrado y que consistía en consumir un solo alimento:

---

<sup>9</sup> Fármaco anorexígeno utilizado para el tratamiento de la obesidad. La FDA ha ordenado suspender su comercialización en Estados Unidos debido a sus efectos perjudiciales sobre el aparato cardiovascular.

<sup>10</sup> Medicamento cuyo principio activo es el Orlistat utilizado para la pérdida de peso a través de impedir la absorción de grasas en el intestino.

“Esta dieta que fue del libro no me acuerdo ahorita el nombre, pero así este famosísimo que era yogur, yogur, yogur, yogur, yogur toda la semana y después de una semana incluías almendras ya sabes 3 o 5 no me acuerdo, solamente 3 veces al día y así otra semana completa y luego ya podías un poco más y luego ya podías comer y obvio la pérdida de peso era dramática y la subida era peor” (Marcela, 37 años).

## 5. Cambios en la vida por la cultura de dieta

La imposición social de la delgadez y la cultura de dieta transforma la vida cotidiana, principalmente hace que de alguna manera se pause, posponiendo encuentros o momentos con sus seres cercanos o bien, teniendo conflictos derivados de comentarios y prácticas en torno al cuerpo, peso, salud y alimentación.

Matilde expresa que la dieta le generaba discusiones y conflictos con su pareja “por comerse la comida que ya tenía medida o pesada” y también por los comentarios que hacía sobre su cuerpo alimentación y salud.

“El tener que medir todo y pesar todo, no sabes las peleas con mi marido porque entonces yo me medía mi media tacita o mi pedacito de pollo o lo que fuera, lo medía y lo ponía en un platito en lo que seguía midiendo lo demás y si él pasaba por la cocina y le parecía fácil agarrar una almendra, un cachito del pollo y yo “¡PERO ES QUE YA LO MEDÍ!” [...] “yo me encabronaba mucho porque era como: me estas quitando dos almendras de las nueve que me puedo comer” (Matilde, 40 años).

Por otro lado, Matilde y Marcela coinciden en que otra de las formas en que la dieta impactaba en su vida era en el ámbito social, por ejemplo, dejaban de asistir a reuniones con sus amigos y familiares o disminuían horas de convivencia, cuando acudían algún evento cenaban antes en casa para no consumir algo diferente a lo permitido o para “no romper la dieta”

“La dieta en sí misma hacía que tuviera mala relación con mi marido [...] o no convivir tanto con mis amigos o quitarme horas de convivencia porque ... “voy a romper la dieta si voy; voy a comer de más” ... eventos sociales también. Sí, si me entorpecía eventos sociales también” (Matilde, 40 años).

“yo muchas veces dije no para salir, no a salir en una foto porque no quería que me vieran así o cuando en realidad estaba perdiendo momentos invaluable de mi vida porque la vida sigue ocurriendo no, entonces es darme cuenta de que pausé la vida” (Marcela, 37 años).



Marcela describe que estar a dieta significaba estar constantemente con antojos y tener episodios de atracón constantes:

“Tenía estas ideas como de bueno”, “malo” [...] y yo tuve muchísimo atracón porque como me restringía mucho, cuando soltaba la dieta sentía que no podía parar y comía y no sentía esta saciedad, pero tampoco disfrutaba el alimento. Recuerdo mucho antojarme pastelitos de tienda y que yo lo comía y decía “¡ay no está tan bueno!” ¡pero me lo acababa! no podía parar de decir “esto no me gusta, voy a buscar el chocolate que sí” buscaba todos estos alimentos *fit*, el gansito *fit*, *healthy* y el “cero calorías” y pues es peor no, el deseo crece. Fue muy duro darme cuenta de que tenía atracón, o sea, siempre supe como que de pronto me “descomponía” y me refiero a porque como que perdía el control entonces siempre tenía estos pensamientos de “¿estaré con una adicción a la comida?” “¿porque no me puedo calmar?” (Marcela, 37 años)

Por su parte Azucena recuerda que durante su etapa de embarazo la nutrióloga le mandaba menús muy específicos pues estaba siguiendo una dieta hipocalórica que consistía en cuantificar las porciones de alimentos y constantemente se encontraba pensando en la comida:

“Se volvió como una obsesión de estar pensando todo el tiempo en la comida porque como tenías que comer lo que te decían, a veces no era lo que tu cuerpo estaba necesitando y entonces pues ya al poquito tiempo o a las pocas horas ya estabas teniendo hambre, entonces era estar pensando: “¿a qué hora me toca la siguiente comida?; ¿a qué hora voy a poder comer mi colación? ya tengo hambre” y todo el tiempo viviendo esta sensación de tener hambre, y que obviamente yo creo que algunas veces sí era hambre, pero otras veces era ansiedad” (Azucena, 28 años)

La cultura de dieta ha creado idearios culturales y aspiracionales prometiendo que una vez alcanzado el privilegio de la delgadez la vida será distinta y por ello hay que sacrificarse. Estar a dieta no solo implica restringir algún tipo de alimento, también implica dejar de lado todo lo que la comida representa, disfrute, placer, variedad, compartir con otros, por mencionar algunos aspectos. Todas las participantes coincidieron en que cuando estaban a dieta no se sentían libres, pero había algo que las hacía cuestionarse y cuestionar las recomendaciones por lo que se “rebelaban”.

## 6. Rebeldía y activismo

En oposición al modelo hegemónico de belleza femenina y buscando romper con la objetivación del cuerpo, se han conformado grupos de mujeres gordas feministas que a través de la resistencia y la lucha buscan restituir su propia belleza por quienes son, en defensa de la percepción positiva de su autoimagen. Este proceso fue posible gracias a que otras mujeres reivindicaron el derecho a que sus cuerpos sean vistos y representados como cuerpos, bellos, saludables, merecedores de amor y respeto, aunque no encarnen lo que el imaginario social estándar dicta<sup>(36)</sup>.

Matilde, Marcela, Noemí y Azucena coinciden que el activismo representa un lugar que les ha permitido construir comunidad, donde han encontrado a otras mujeres que comparten vivencias y que a través de compartir experiencias e historias se sienten abrazadas y acompañadas. También les permite posicionarse ante un discurso que las culpabiliza y enjuicia. Además, en el camino se han encontrado con otras gordas activistas que años atrás han luchado y gracias al producto de esas luchas, los espacios que hoy construyen son posibles. También reconocen que no hay un tipo de activismo más válido que otro, cada una desde su respectiva trinchera está colaborando a que sane esa herida sistemática y estructural.

“Significó libertad y la libertad siempre es “un poder elegir” eh, pude ELEGIR ser gorda, pero no la gorda como lo pone Ale Oyosa, no la gorda del estigma eh, pude elegir ser la gorda que quiero ser y eso está cabrón porque antes de eso, ser la gorda era la gorda dejada, la gorda que no le importa, la gorda huevona, la gorda que no hace nada por su vida y hoy soy la gorda que tiene amigas gordas, que es feliz, que disfruta su cuerpo que lo muestra” (**Matilde, 40 años**).

“¿Sabes? yo varias veces que me ha tocado hablar, algo que tengo muy claro y que se lo quise externar a Alejandra Oyosa, Magda Piñeyro, entre otras, que llevan haciendo trabajo de activismo mucho más grande, de muchos más años, yo siempre digo que nosotros, sobre todo Alicia y yo, somos el resultado de esas luchas pasadas, desde las mujeres negras que hacían esta labor y [...] somos el resultado de todo ese esfuerzo, de esas vivencias, de ese sufrimiento” (**Marcela, 37 años**).

“Honestamente me gustaría estar más activa dentro del activismo, pero a veces el hecho de ser mamá es una limitante [...] pero actualmente creo que, desde mi trinchera, desde lo que he podido hacer pues sí, es darle voz [a las personas gordas] y con al menos lograr que una persona viva su vida en libertad siendo

gorda, siendo delgada, haciendo lo que sea en medio de su diversidad pues creo que ha valido” (Azucena, 28 años).

## 7. Un nuevo enfoque de atención en salud

Las cuatro participantes tuvieron acceso a nuevas formas de atención en salud basadas en un enfoque no centrado en el peso. En este modelo, el peso corporal no es tomado como indicador para el tratamiento o intervención médica; es decir, se enfoca en mejorar la relación de las personas con la comida y la actividad física, eliminar los juicios morales en torno a la comida, crear conciencia sobre las señales de hambre y saciedad y enfatizar el bienestar emocional y físico por encima de la búsqueda de un peso o tamaño corporal más pequeño.

Este modelo alternativo de atención en salud tiene como fundamento a *Health at Every Size*<sup>®</sup> (HAES<sup>®</sup>, Salud en Todas las Tallas)<sup>(27)</sup> cuyo marco conceptual principal incluye el reconocimiento y respeto a la diversidad corporal. Busca apoyar comportamientos que contribuyan a mejorar la salud de las personas y que puedan ser sostenibles para todos los tamaños de cuerpo, sin la necesidad de centrarse en la pérdida de peso. Dentro de sus planteamientos incluye la importancia de entender la salud como un área que no solo abarca el ámbito de lo físico, sino que involucra también componentes emocionales, psicológicos y sociales como lo son los determinantes sociales de la salud.

Al momento de la entrevista, todas las activistas coincidieron que encontrarse con un enfoque de atención distinto les ha resultado benéfico, de primera instancia, tener acceso a estudios médicos que les permitieron conocer que presentaban deficiencias nutrimentales o condiciones médicas que no habían sido diagnosticadas. Consideran que se trata de un espacio donde se viven libres, lejos de restricciones o de un “deber ser” o lucir, que a su vez les permite implementar técnicas de autocuidado que realmente tengan impacto en su bienestar como reconciliarse con la alimentación explorando sus gustos y preferencias, dejando de lado la restricción alimentaria. También han aprendido a conocer y reconocer sus señales de hambre y saciedad y a comer desde el disfrute y el placer y no desde el miedo, la angustia o la culpa. Durante las consultas se sienten acompañadas, escuchadas y que reciben una atención individualizada. También les resulta esperanzador saber que existen otras formas de atención más humanitaria y personalizadas.

Aunque para Azucena encontrar este nuevo discurso le resultó intrigante y la primera reacción que tuvo fue cuestionar y dudar de su veracidad, comparte que después de documentarse un poco más ahora le resulta un espacio seguro.

Después, ya de investigar un poquito más, fue un alivio al corazón y terminó siendo como un lugar seguro y algo reconfortante cuando dije “bueno, o sea, no sé en qué se sustenta” a lo mejor sí hay artículos, a lo mejor sí hay libros, a lo mejor sí hay estudios, a lo mejor sí hay cosas acerca del tema, pero el estar aquí a mí me hace bien y si a mí me hace bien pues no sé, a lo mejor me pueden decir “es que este artículo dice que ...” pero a mí me hace bien (Azucena, 28 años).

Sin embargo, en la actualidad considera que este nuevo enfoque es esperanzador y triste a la vez porque “toda medicina debería tener un trato humano” (Azucena).

En el caso de Matilde, encontrar nuevas formas de atención, alejadas del peso corporal le resultó sorprendente y también pedagógico pues comparte que aprendió que la nutrición no solo es una cuestión de restricción y prohibición, también se trata de mostrar qué es y en qué consiste la alimentación:

“Lo primero que me sacó de onda es ver que una nutrióloga me mandaba a hacer estudios de sangre porque nunca, en mi perra vida, me habían mandado a hacer estudios de sangre; ninguna de las nutriólogas que había visitado, ni una sola y fue aprender a comer con ella [...] fue bien bonito, como decir ¡ah no mames ya entiendo cómo funciona la comida! ya entiendo cómo impacta en mi cuerpo y desde ahí fue mucho más fácil eh, para empezar, pues ya tenía un diagnóstico; entonces fui con una médica que me recetó, que me acompañó y una nutrióloga que me estuvo enseñando a comer” (Matilde, 40 años ).

Marcela reconoce que gracias a esta “medicina amable” (como ella la llama) puede implementar técnicas de autocuidado que provienen del amor y del cuidado.

Además, le permite tomar decisiones informadas sobre su alimentación y la de su familia. Mientras que para Noemí significó todo, pues le cambió la vida, porque no solo se trata de un enfoque más amable y compasivo, sino que es un espacio donde se siente escuchada, atendida y donde se busca la verdadera salud.

## DISCUSIÓN

Uno de los principales objetivos de este estudio fue explorar la experiencia de un grupo de mujeres gordas activistas en relación con el abordaje peso-centrista en los servicios de salud. La experiencia de las entrevistadas refleja que, ser una mujer gorda en el sistema biomédico resulta deshumanizante y violento. Una de las manifestaciones de esta violencia es expresada a través de lo que Fricker<sup>(44)</sup> denomina injusticia testimonial, la cual se produce cuando el grado de credibilidad del testimonio de un sujeto es disminuido debido a los prejuicios del oyente. Es decir, los puntos de vista y experiencias sobre sus vidas y cuerpos no tienen el mismo valor en comparación con el de personas que son consideradas normativas.

La medicalización del cuerpo gordo contribuye a generar mayores problemas de salud porque bajo la narrativa de que disminuir el peso corporal se trata de una cuestión de voluntad y disciplina, se prescriben y normalizan conductas que bien podrían ser consideradas conductas alimentarias de riesgo en una persona con cuerpo delgado. Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la evidencia disponible ha descrito que la pérdida de peso no es sostenible a largo plazo y, por otro lado, no hay evidencia que demuestre que el peso corporal de manera aislada sea un indicador de salud, sin embargo, se sigue evaluando el estado de salud a través del Índice de Masa Corporal (IMC) que además de ser una mera relación matemática entre la estatura y el peso corporal de una persona, funciona como un mecanismo de control e hipervigilancia corporal<sup>(7)</sup>. Además, la evidencia científica que sustenta una pérdida de peso exitosa a largo plazo no especifica metodológicamente la duración del mantenimiento de la pérdida. A menudo, se basa en estudios de menos de dos años de duración que es cuando empieza la re-ganancia de peso<sup>(45)</sup>. Sin embargo, los médicos y demás profesionales de salud utilizan los resultados de estos estudios como referencia para guiar y sustentar sus recomendaciones centradas en el peso.

Seguir pensando y tratando a la gordura como una patología no solo contribuye a la estigmatización de las mujeres gordas, sino que determina su acceso a los servicios de salud y esto se puede observar a través de las dificultades que enfrentan a exámenes médicos, diagnósticos certeros, adherencia a tratamientos, continuidad en las visitas médicas y el acceso a especialistas; conviene resaltar que sin importar la especialidad médica los diagnósticos y tratamientos médicos suelen ser enfocados en su peso.

Por ello es importante explorar nuevos enfoques para promover la salud en las personas sin importar su peso corporal, reconociendo que la salud y la alimentación son un proceso complejo que no solo dependen de decisiones individuales. No se puede hablar de salud sin tomar en cuenta temas como la justicia social por lo que resulta crucial reconocer la influencia decisiva que tienen los determinantes sociales de la salud, entre los cuales se encuentran el estigma y discriminación, la desigualdad socioeconómica, el racismo y los estereotipos de género. Tal como lo muestran los resultados de la presente investigación donde la imposición por cumplir con una determinada figura corporal lleva a las mujeres a realizar prácticas corporales que obedecen a patrones estéticos a través de la modificación corporal ya sea por medio de conductas o prácticas para alcanzar un ideal de belleza establecido y la mayoría de estas resultan riesgosas. En el caso de las mujeres gordas se enfrentan a una doble exigencia, el de la belleza y el de la salud, desde estos dos ámbitos se les exige cumplir con la normativa corporal y de salud establecida y muchas veces se alienta o normaliza que sigan patrones de conductas alimentarias de riesgo.

Al interrogar a las mujeres sobre su experiencia en otros modelos de atención en salud, todas coincidieron que era un lugar donde se sentían cómodas y donde podían enfocarse en el autocuidado, en lugar de seguir reglas rígidas y/o arbitrarias sobre alimentación y actividad física. Resulta prioritario combatir la estigmatización y discriminación hacia las mujeres gordas, e implementar alternativas de atención en salud con perspectivas humanistas en los servicios médicos y en la formación de profesionales de la salud.

Conviene subrayar el incremento en la realización y recomendación de cirugías bariátricas pues todas las participantes refirieron haber recibido esta recomendación como último recurso para el tratamiento de la obesidad. No obstante, este tipo de procedimientos tienen repercusiones a corto y mediano plazo entre los que se encuentran gastritis, infección por *Helicobacter pylori*, complicaciones biliares, complicaciones proctológicas, deficiencias nutrimentales, alteración en los procesos de digestión y absorción de nutrientes y vitaminas (hierro, vitamina B<sub>12</sub> y calcio) que de no tener un adecuado seguimiento y suplementación pueden derivar en complicaciones médicas importantes. Así mismo, algunos pacientes con grandes pérdidas de peso refieren no tener una mejora proporcional en su calidad de vida por las graves secuelas dérmicas que alteran su relación social, familiar y de pareja<sup>(46)</sup>.

Por tanto ¿las cirugías bariátricas son realmente por una cuestión de salud? ¿O solo se trata de la creciente demanda en un nuevo mercado que ha sabido explotar la imposición del cuerpo hegemónico? La medicalización desarrolla mercados y sistemas de salud cuya lógica de expansión es a través de una gran diversidad de productos y servicios que, por tratarse de cuestiones de salud y cuidado se vuelven en una demanda permanente. Lo anterior no solo beneficia a pacientes o médicos sino a las grandes industrias que “producen” salud a través de la medicación tal y como es el caso de las farmacéuticas<sup>(47)</sup>.

Otro punto importante a resaltar es que, a la fecha, son pocos los estudios que han explorado la patologización del cuerpo de mujeres gordas en las consultas médicas, por lo que resulta importante ampliar la información respecto a este tema, y para lo anterior retomo lo reflexionado por Devine y Lareo<sup>(29)</sup> quienes plantean la necesidad de generar estudios e investigaciones que contemplen a las mujeres gordas, pero no solo como sujetos de estudio, sino como productoras de los mismos, porque si bien, en la actualidad están surgiendo reflexiones en torno al tema se sigue privilegiando el discurso de mujeres que encarnan la hegemonía.

Por último y como reflexión final se comparten las aportaciones que cada una de las activistas consideró importante mencionar en este trabajo de investigación:

“Siendo una profesional de la salud, reconocer que a quién tenemos enfrente es una persona, con una historia amplia, compleja, cambiante y que lo que podemos tener en un momento de consulta es temporal, pequeño y mínimo en correspondencia a toda su historia, por lo tanto, la invitación es a reconocerle primero, como persona, persona con complejidades y a tratar de trabajar con una hermenéutica de la confianza [...] de decir “voy a confiar y creer aquello que tú me estás diciendo”; “voy a hacer un trabajo para conocerte A TI en tu contexto, en tu especificación, en tu historia, en lo que te atraviesa” porque nada de lo que sé ANTES te aplica” (**Matilde, 40 años**)

“Creo que sí sería importante decir que las instituciones públicas o de investigación [...] están sujetos a investigaciones donde se vulneran y violentan a las personas de esta manera para que al final sí o sí lo que se quiere es bajar de peso y no cuidar la salud de las personas me parece muy importante, o sea, creo que es un tema que tenemos que tocar y creo que sería algo muy importante a decir” (**Marcela, 37 años**).

“Por años nos han robado tanto, pero ya no, ya no vamos a dejar que nos sigan robando, que nos sigan robando felicidad, bienestar, que nos sigan robando el poder tener acceso a una medicina que nos trate bien, humanamente, que nos sigan robando el placer de vivir, el placer de disfrutar los alimentos, de

disfrutar nuestro cuerpo eso es algo que tengo claro no. O sea, entre tantos robos que hemos sufrido por años, pues es el tiempo de decir “¡ya basta! ya no lo vamos a permitir” y que eso les quede claro, que creo que es algo que pues les debe y nos debe de quedar también claro: ya no nos vamos a callar, ya no nos vamos a callar” (**Azucena, 28 años**)

“Creo que es necesario cambiar las perspectivas, es necesario avanzar, abrir espacios sobre todo, en la investigación en lo académico, en la salud por supuesto, yo creo que es el paso número uno, el paso número dos en la academia porque también ahí hay mucho sesgo y me faltó también hablar un poco como mamá, entonces agregaría que las nuevas generaciones, merecen vivir en un mundo donde haya más información, donde se puedan aceptar, donde no vivan con toda esta parte que tuvimos que vivir [...] Y ninguna discriminación, en este mundo debería de existir y menos una donde se te juzgue por el cuerpo, con el pretexto de salud (**Noemí, 43 años**)”.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación revelan la deshumanización y la violencia experimentada por mujeres gordas dentro del sistema de salud, donde el peso-centrismo y la medicalización del cuerpo gordo perpetúan estigmas y dificultan el acceso a servicios de atención adecuados. También, se contribuye a la comprensión del impacto que la violencia legitimada por la práctica médica produce en la salud y bienestar de las mujeres gordas.

La imposición de estándares corporales hegemónicos y la presión por adecuarse a ellos llevan a prácticas de riesgo y a la consideración de intervenciones quirúrgicas como la única solución. Resalta también que la familia, el ámbito social y los servicios de salud son lugares donde se legitima el discurso de la patologización de la gordura y el rechazo a la misma. Es crucial ampliar la investigación sobre la patologización del cuerpo gordo en contextos médicos, además de trabajar hacia un sistema de salud más inclusivo, equitativo y respetuoso, que reconozca y valore la diversidad de los cuerpos y experiencias humanas, y que promueva el bienestar y la salud de todas las personas, independientemente de su peso corporal.

### **Agradecimientos:**

Se agradece al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnología (CONAHCYT) y a la Universidad Autónoma Metropolitana por el apoyo brindado durante los estudios de maestría.



## REFERENCIAS

1. Oyosa A. De gordas, gordura y gordofobia: discriminación, opresión y resistencia. In: Sánchez M, Oyosa A, Álvarez G, editors. *Miradas convergentes frente a cuerpos divergentes*. México: La Cifra Editorial ; 2016.
2. Contrera L. Contra la patologización intensiva en términos de derechos humanos: activismo gordo en Argentina. *Arx Arx Ciències Soc.* 2020;(42):175–88.
3. Illich I. *Némesis Médica: La expropiación de la salud*. Barcelona, España: Borrall; 1975.
4. Orueta R, Santos C, González E, M<sup>a</sup> E, Becerra F, Alexandre G, et al. Medicalización de la vida ( I ). *Rev Clin Med Fam.* 2011;4(I):150–61.
5. Contrera L. De la patología y el pánico moral a la autonomía corporal: gordura y acceso a la salud bajo el neoliberalismo magro. In: *Fundación Soberanía Sanitaria*, editor. *Salud feminista Soberanía de los cuerpos, poer y organización*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón; 2019. p. 49–73.
6. O’Hara L, Taylor J. What’s Wrong With the ‘War on Obesity?’ A Narrative Review of the Weight-Centered Health Paradigm and Development of the 3C Framework to Build Critical Competency for a Paradigm Shift. *SAGE Open.* 2018 Apr 1;8(2).
7. Lupton D. *Fat*. Routledge, editor. Londres; 2013.
8. Energici M, Acosta E. El estudio de la obesidad y la gordura desde la sociología y la psicología social. *Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc.* 2020;20(2):1–19.
9. Meza M. *Mujeres y cuerpos gordos: una mirada desde las idealizaciones normativas y la antropología de las emociones en la actualidad*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2021.
10. Gaesser G. Is “permanent weight loss” an oxymoron? *Sport Med Dig.* 2000;22(8):92–4.
11. Mann T, Tomiyama A, Westling E, Lew A, Samuels B, Chatman J. Medicare’s search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol.* 2007;62(3).

12. Miller W. How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss? [Internet]. Vol. 31, *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1999. Available from: <http://www.acsm-msse.org/pt/re/msse/fulltext.00005768-199908000-00008.htm;jsessio...>
13. Bacon L, Stern J, Keim N, Van Loan M. Low bone mass in premenopausal chronic dieting obese women. *Eur J Clin Nutr*. 2004;58(6):966–71.
14. Tomiyama A, Epel E, McClatchey T, Poelke G, Kemeny M, McCoy S, et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. *Heal Psychol*. 2014;33(8):862–7.
15. Montani J, Vieceilli A, Prévot A, Dulloo A. Weight cycling during growth and beyond as a risk factor for later cardiovascular diseases: the ‘repeated overshoot’ theory. *Int J Obes*. 2006;30(4):S58–66.
16. Rzehak P, Meisinger C, Woelke G, Brasche S, Strube G, Heinrich J. Weight change, weight cycling and mortality in the ERFORT Male Cohort Study. *Eur J Epidemiol*. 2007;22(10):665–73.
17. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York ; 1963.
18. Puhl R, Suh Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep*. 2015;4(2):182–90.
19. Unger E, Kawachi I, Milliren C, Sonnevile K, Thurston I, Gooding H, et al. Protective misperception? Prospective study of weight self-perception and blood pressure in adolescents with overweight and obesity. *J Adolesc Heal*. 2017;60(6):680–7.
20. Vadiveloo M, Mattei J. Perceived weight discrimination and 10-year risk of allostatic load among US adults. *Ann Behav Med*. 2017;51(1):94–104.
21. Schvey N, Puhl R, Brownell K. The stress of stigma: exploring the effect of weight stigma on cortisol reactivity. *Psychosom Med*. 2014;76(2):156–62.

22. Talumaa B, Batterham R, Kalea A. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obes Rev.* 2022;23(10):1–16.
23. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro : LTC Editora ; 1988.
24. Flint SW, Oliver EJ, Copeland RJ. Editorial: Obesity Stigma in Healthcare: Impacts on Policy, Practice, and Patients. *Front Psychol.* 2017;8(2149).
25. Saguy A. *What's wrong with fat?* New York: Oxford University Press; 2013.
26. Bautista-Díaz M, Márquez Hernández A, Ortega-Andrade N, García-Cruz R, Alvarez-Rayón G. Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2019;10(1):121–33.
27. Bacon L. *Health at every size: The surprising truth about your weight*. BenBella Books I, editor. 2010.
28. García S, Pérez E. *Las mentiras científicas sobre las mujeres*. 2a ed. Catarata; 2018.
29. Devine B, Lareo A. La patologización del cuerpo de mujeres gordas en la consulta clínica. *Rev Estud y Políticas Género.* 2020;2(4):125–39.
30. Lee J, Pausé C. Stigma in practice: barriers to health for fat women. *Front Psychol.* 2016;7(2063).
31. Energici MA, Acosta E, Huaiquimilla M, Bórquez F. Feminización de la gordura: estudio cualitativo en Santiago de Chile. *Rev Psicol.* 2016 Jan 3;25(2).
32. Aphramor 2018. Feminism, dietetics and realistic fitness: Can they be team players? In: Mansfield L, Caudwell J, Wheaton B, Watson B, editors. *The Palgrave Handbook, Leisure and Physical Education*. 2018.
33. Hage N. Online activism and the probabilities of social media: The body positivity movement, social network sites, and the of discourse. *Utr Univ.* 2018;
34. García I. *Género, gordura y feminismo. La experiencia de mujeres feministas en la CAPV*. Universidad del país Vasco; 2016.

35. Aranda M. HACERSE GORDA. UNA AUTOETNOGRAFÍA FEMINISTA. Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2022.
36. do Amaral M, Freitas M. No tan desvergonzadas: El empoderamiento de las mujeres gordas y sus cuerpos en los destinos de sol y playa. *Rev Estud y Perspect en Tur.* 2020;29:472–500.
37. Guerrero S. Léxico e ideología sobre la gordofobia en la comunicación digital. *Círculo Lingüística Apl a la Comun.* 2020;83:93–107.
38. Contrera L, Cuello N. Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne. Buenos Aires : Madre selva ; 2016.
39. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación, la búsqueda de significados. Paidós, editor. México; 1994.
40. Fuster D. Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Represent.* 2019;7(1):201–29.
41. Maldonado D, Márquez S, Wimber M, Herrera M. Cirugía bariátrica en México. Características de la práctica en 2019. *Cir Gen.* 2022;44(3):116–20.
42. Olea B. Elementos teóricos y conceptuales en torno a la estigmatización social de las corporalidades gordas. Un análisis desde las dimensiones de la salud y la apariencia. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019.
43. Unikel-Santoncini C, Nuño-Gutiérrez B, Celis-de la Rosa A, Saucedo\_Molina T, Trujillo E, García-Castro F, et al. Conductas alimentarias de Riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Rev Investig Clínica.* 2010;62(5):424–32.
44. Fricker M. Injusticia Epistémica: el poder y la ética del conocimiento. Editorial H, editor. Barcelona, España; 2017.
45. Bacon L, Aphramor L. Ciencia del Peso: Evaluando la Evidencia para un Cambio de Paradigma. *Nutr J [Internet].* 2011;10(9). Available from: <http://www.nutritionj.com/content/10/1/9>
46. Burguera B, Ruiz de Anda J. Repercusiones a largo plazo de la cirugía bariátrica.

Cirugía Española. 2012;90(5):275–6.

47. de la Ravanal M, Aurenque D. Medicalization, prevention and healthy bodies: The topicality of the contributions of Illich and Foucault. *Tópicos, Rev Filos.* 2018;(55):407–37.
48. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (COPRED). *Glosario de la Diversidad Sexual de género y características sexuales.* 2016.