

**1^{ER} CONCURSO
DE INVESTIGACIÓN
SOBRE DISCRIMINACIÓN
EN LA CIUDAD DE MÉXICO**

**EXPERIENCIA DE PATOLOGIZACIÓN,
ESTIGMATIZACIÓN Y DISCRIMINACIÓN A MUJERES
GORDAS EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO**

María de Jesús López Alcaide
María de Lourdes Zariñana Nava



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED

Experiencias de patologización, estigmatización y discriminación a mujeres gordas en el sistema de salud mexicano

María de Jesús López Alcaide

María de Lourdes Zariñana Nava





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED

Clara Marina Brugada Molina
Jefa de Gobierno de la Ciudad de México

César Cravioto Romero
Secretario de Gobierno de la Ciudad de México

Araceli Damián González
Secretaria de Bienestar e Igualdad Social de la Ciudad de México

Geraldina González de la Vega Hernández
Presidenta del Consejo para Prevenir y Eliminar la
Discriminación de la Ciudad de México

©2025 CONSEJO PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO (COPRED)
General Prim 10, col. Centro (área 2),
Alcaldía Cuauhtémoc,
06010, Ciudad de México
www.copred.gob.mx

Autoras

María de Jesús López Alcaide
María de Lourdes Zariñana Nava

Coordinación editorial

Yesica Aznar Molina
Jorge Morales Novas

Portada y diseño

Ángel Jesús Velasco Quevedo

Diseño web

Lucero Alejandra Vega Olivares

Fotografía de la portada

Seudónimo [Mizianitka](#). (2015). Recuperado en [Pixabay Fotos](#).

Formación del documento accesible

Alejandra Estrada Esparza

Primera edición

Julio 2025

ISBN electrónico

978-607-99471-6-3

Se sugiere citar este documento como:

López Alcaide, María de Jesús. y Zariñana Nava María de Lourdes (2025). Experiencias de patologización, estigmatización y discriminación a mujeres gordas en el sistema de salud mexicano. México: Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México, COPRED.

Este documento cuenta con los criterios básicos de accesibilidad.

El contenido de esta investigación es responsabilidad de las personas autoras y no refleja el punto de vista del COPRED. Se autoriza la reproducción total o parcial del material incluido en esta obra con la condición de citar el nombre de las personas autoras y la fuente de la publicación para respetar los derechos de autor.

El presente documento es parte de las investigaciones ganadoras del 1^{er} Concurso de Investigación sobre Discriminación en la Ciudad de México en 2023.

Ejemplar gratuito. Prohibida su venta

ÍNDICE

Introducción	1
1. El cuerpo gordo.....	13
1.1 La gordura corporal	13
1.2 La patologización de los cuerpos gordos: surgimiento de “la obesidad y el sobrepeso”	14
1.3 Estigmatización de los cuerpos gordos	21
1.4 Discriminación de los cuerpos gordos: la negación al acceso a la salud de las personas gordas.....	24
1.5 El sesgo de peso como práctica médica socialmente aceptada.....	27
2. Experiencias de atención a personas con corporalidades gordas	33
2.1 El riesgo y las corporalidades gordas	33
2.2 El peso corporal como una decisión individual	45
2.3 El peso corporal como indicador de salud	49
2.4 Pronósticos de salud basados en el peso corporal	56
3. Experiencias de tratamiento en la atención a personas gordas.....	71
3.1 Tecnologías de la salud	71
3.1.1 Las dietas.....	73
3.1.2 El ejercicio.....	77
3.1.3 Los fármacos	79
3.1.4 Las cirugías	87
3.1.5 Otros procedimientos	91
3.2 Derivación a especialistas en nutrición	97
4. Experiencias emocionales de salud y gordura.....	103
4.1 El miedo a engordar, el miedo a morir	103
4.2 El odio a las corporalidades gordas	110
4.3 El asco a los cuerpos gordos	119
4.4 La vergüenza de ser una mujer gorda	122
Apuntes finales	128
Referencias.....	139
Semblanza de las autoras	146

Índice de Tablas

Tabla 1 Dietas y técnicas para bajar de peso.....	74
Tabla 2 Fármacos para bajar de peso.	83

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Mapeo de sitios y páginas web.....	5
Ilustración 2 Promoción de malla lingual para el control de peso.	92
Ilustración 3 Sonda nasogástrica para la pérdida de peso. "Uso de sonda para alimentación enteral que permita pérdida rápida de peso"	94
Ilustración 4 Dispositivo para adelgazar con imanes. "Idean un dispositivo para adelgazar que sella tu boca con imanes para que no puedas comer"	96
Ilustración 5 Revista Marie Claire, febrero 2023.....	113
Ilustración 6 Yessamyn Stanley	115
Ilustración 7 Comentarios el reportaje de Yessamyn Stanley	116

Introducción

De acuerdo con la actualización de la Cartografía de la Discriminación en la Ciudad de México, publicada por COPRED “los tres principales motivos del trato diferenciado [en la Ciudad de México] son: el color de piel (8.9%), el ser mujer (8.6%) y el sobrepeso (8.5%)” situándose este último como el objeto alrededor del cual construimos nuestra investigación. (COPRED, 2023a:11).

El “sobrepeso”, o la gordura, como preferimos llamar al fenómeno desde la politización de la diversidad corporal¹, no sólo está dentro de los tres principales motivos de discriminación en la ciudad, sino que además es objeto de una distinción socialmente aceptada porque se enmascara tras la supuesta preocupación por “la salud” de las personas gordas, siendo, muchas veces, los propios profesionales de la salud quienes, a través de una serie de prácticas basadas en estereotipos y estigmas, materializan la exclusión de estas personas.

La gordura, bajo la propuesta de la discriminación interseccional revela múltiples formas de reproducción de la desigualdad, como aquellas que se dan de manera simultánea por género, raza, situación económica o nivel educativo y también revela los ámbitos casi ilimitados donde estas desigualdades se presentan, como en los espacios laborales, educativos o en las relaciones sexo-afectivas, y en general, en todos los espacios públicos imaginables donde las personas gordas, a pesar de sus

¹ Utilizamos las palabras gordo/gorda, gordura de manera descriptiva, tratando de quitarle la carga valorativa negativa que la palabra posee socialmente, esto de acuerdo con los activismos corporales. Se utilizan las palabras sobrepeso y obesidad sólo en el contexto del discurso médico hegemónico.

corporalidades grandes, son impelidas a no aparecer, a no mostrarse, a tratar de pasar desapercibidas.

A partir de lo anterior, la investigación que a continuación presentamos planteó indagar cómo se produce y reproduce la discriminación hacia las personas gordas en los microespacios de interacción que se generan durante las consultas médicas. Se recogieron distintas experiencias, con el fin de que estas subjetividades den cuenta de la dimensión estructural de la discriminación que sufren, el rechazo que padecen y las dificultades que enfrentan para acceder a su derecho a la salud por el hecho de poseer un cuerpo grande.

Históricamente la gordura se ha construido como una entidad nosológica aparentemente objetiva, pero hoy sabemos que dicha objetividad se basa en una visión hegemónica de la salud y la medicina que la ha nombrado erróneamente como una enfermedad susceptible de cambio en todos los cuerpos donde se presente², que puede ser revertida con sólo tomar la decisión -individual- de hacerlo y que depende únicamente de la fuerza de voluntad y empeño de las personas (Campos, 2004; Gaesser, 2002); esta visión no sólo patologiza la diversidad corporal sino que además, obvia todas las condiciones sociales alrededor del fenómeno, como son: la situación económica de las personas, el acceso a servicios de salud que tengan, los recursos de tiempo, recreación y alimentación que se posean, su género y su edad, entre otras.

Por lo anterior, y para discurrir sobre la discriminación por peso en el sistema de salud mexicano, nos centramos en el concepto de sesgo de

2 La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa, el indicador más común que se utiliza para identificar el exceso de peso es el índice de masa corporal (IMC), y clasifica como sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 y la obesidad cuando éste es igual o superior a 30. Ver: [Obesidad y sobre peso](#)

peso (Panza, 2018; McMichael, 2013; Schwartz, 2003), para afirmar que el personal de salud -por su formación profesional, por el aprendizaje y uso normalizado de múltiples estereotipos asociados a la gordura- con frecuencia infringe daño a sus consultantes gordas, ya sea pasando menos tiempo con ellas, haciéndoles menos preguntas sobre su historia clínica, pidiéndoles menos exámenes físicos o de laboratorio y, particularmente, diagnosticándoles sólo a partir de su cuerpo y prescribiéndoles siempre bajar de peso para aliviar todo mal e, incluso, usando insultos y humillaciones para “estimularles” en su camino hacia la delgadez, y por tanto, a la salud.

Este sesgo se construye a partir de la patologización y estigmatización de las corporalidades gordas. La patologización hace referencia a la utilización de procesos vitales, funciones o formas corporales diversas como sinónimo de enfermedad (Canguillhem, 1971), en el caso de las corporalidades gordas esta patologización se construyó, por medio de las asociaciones que surgen entre la medicina, la industria de los seguros de vida y la industria de la belleza hegemónica. Mientras que la estigmatización es el proceso social mediante el cual ciertas personas son señaladas por poseer ciertas características físicas, de las que presuntamente se deriva su moralidad. En el caso de las personas gordas este señalamiento está ligado con una asignación de estereotipos y valores negativos que invariablemente definen su identidad de manera deteriorada (Goffman, 2006) como personas indeseables, flojas, sucias, sin voluntad, sin capacidad de movilidad y, por lo tanto, de productividad; y, para los fines de esta investigación, como enfermas perenes, siendo esto el resultado de su “inacción” y falta de cuidado individual.

Así, el sesgo de peso da **a priori** una evaluación negativa de las personas gordas; este sesgo es una característica internalizada en casi todo mundo, pero adquiere relevancia en el ejercicio del derecho a la salud cuando opera dentro de las prácticas de los profesionales de la salud.

Para indagar sobre la discriminación y el sesgo de peso en la consulta médica, diseñamos una investigación cualitativa que nos permitió recuperar las experiencias, vivencias y testimonios de diversas personas gordas en los consultorios médicos o en diferentes interacciones con profesionales de la salud en nuestro país, aunque haciendo énfasis en un sector de la población urbano, con ingresos suficientes para acudir a servicios públicos o privados de salud y, en su mayoría, pertenecientes a la Ciudad de México.

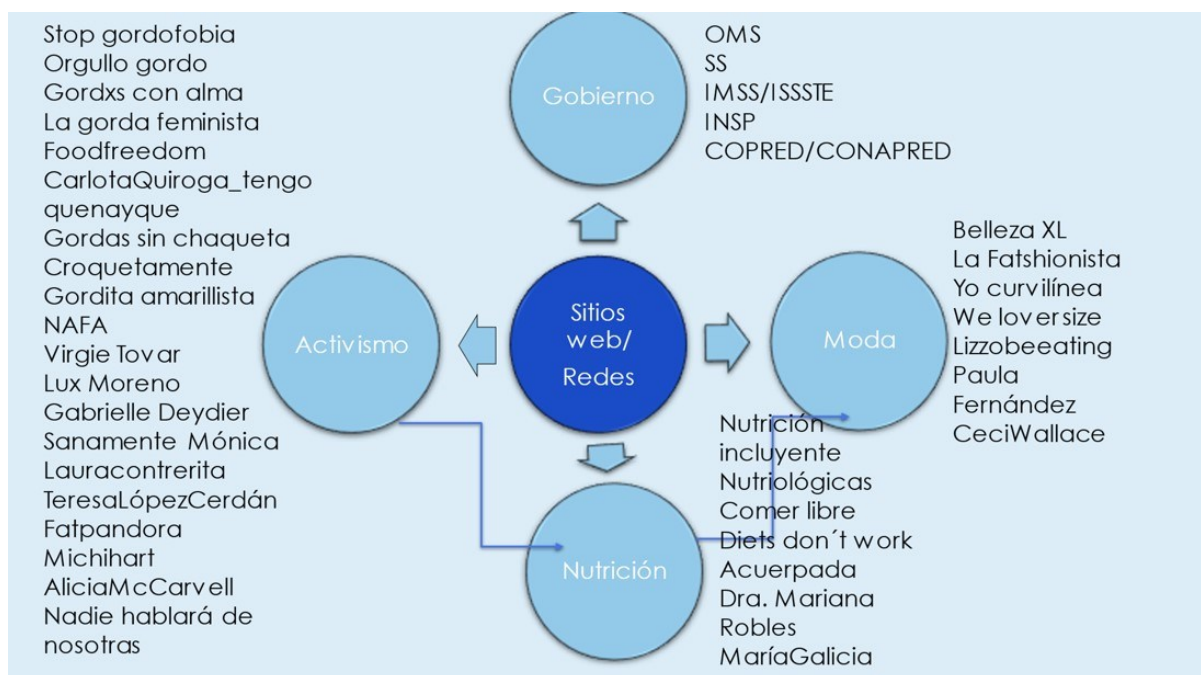
Para este trabajo se realizó una etnografía digital (Hine, 2001 y 2015; Abidin y de Seta, 2020; Gómez Cruz y Ardèvol Piera, 2013; Ardèvol Piera, 2017) destacándose la importancia de las redes sociales (RRSS) para dar cuenta de un fenómeno profundamente invisibilizado: la godofobia y/o el gordoodio.³ Es en las redes sociales donde muchas personas gordas han comenzado un activismo anti-discriminatorio, y para ello comparten sus experiencias en diferentes ámbitos (como el sanitario) donde han sido vulneradas por sus corporalidades.

Se observaron diversas páginas, principalmente en Facebook e Instagram, donde en general, se abordan los temas de la “obesidad”, “el sobrepeso” y la gordura, encontrando que en esos espacios virtuales surgían y se describían múltiples interacciones sociales entre consultantes gordas y diversos profesionales de la salud, destacándose

3 Al respecto ver: COPRED (2023b) Glosario para entender la godofobia y el gordoodio.

las experiencias, prácticas y significados de la atención que recibían. Posteriormente, se construyó un “campo de trabajo digital” (Ardèvol Piera, 2017) clasificándose los sitios observados de la siguiente manera:

Ilustración 1 Mapeo de sitios y páginas web



Fuente: elaboración propia con datos etnográficos

Las cuatro grandes categorías corresponden a:

- 1) Páginas oficiales o gubernamentales que abordan a las corporalidades gordas desde los discursos médicos hegemónicos, presentándolas como un problema de salud pública y nombrándolas como “obesas” o con “sobrepeso”.
- 2) Páginas sobre “activismo gordo”, siendo éstas una serie de blogs, páginas personales o sitios donde se abordan los cuerpos gordos desde la reivindicación política de su derecho a existir tal cual son sin estigmas, discriminación o patologización por su tamaño.

3) Páginas que reivindican la capacidad de los cuerpos gordos de ser y de estar en el mundo a través del acceso y consumo de la moda y de diversos productos asociados a ésta que tradicionalmente han estado restringidos para estas corporalidades, como: la ropa, los cosméticos, los viajes o el acceso a la práctica de algún deporte o actividad recreativa.

4) Páginas enfocadas en la nutrición como disciplina que aborda los cuerpos desde la visión médica del “consumo equilibrado” de los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento en el mundo y el bienestar asociado a un “peso adecuado”. En esta categoría también se agruparon las páginas de enfoques nutricionales “alternativos” como los enfocados en la visión de salud en todas las tallas (**HAES**⁴ por sus siglas en inglés), alimentación intuitiva o alimentación libre.

Al realizar este mapeo encontramos diversas conexiones y tensiones entre los sitios observados, por ejemplo: las páginas de activismo están constantemente intercambiando opiniones con las páginas de nutrición, tanto con las tradicionales como con aquellas que promueven una visión alternativa de la nutrición asumiéndose como “no centrada en el peso”, entre ellas comparten publicaciones o comentan las propias.

Por su parte, las páginas gubernamentales no establecen muchas conexiones con las páginas de activismo gordo ni con las páginas sobre nutrición no peso centrista; aunque su discurso sobre la salud es constantemente interpelado por el activismo, la posición oficial no la toma en cuenta, excepto por algunas publicaciones esporádicas como las de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM) donde se lee: “Que no estés delgada no significa

4 Health at every size

que estés enferma”⁵ o la del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (COPRED)⁶ donde se define la gordofobia como “la discriminación que sufren las personas gordas”⁷.

Tras la observación de estas conexiones y tensiones, se decidió observar de manera participante estas páginas, esto durante un año (de marzo del 2020 a marzo del 2021), con el fin de profundizar en las experiencias de las personas gordas en su acceso al sistema de salud. Así, se destaca la centralidad de lo que las personas gordas hacen y dicen sobre sus cuerpos, su salud y las diversas prácticas médicas de discriminación a las que han estado expuestas.

Una vez hechas la observación y la recolección de datos dentro del “campo digital” se decidió hacer una serie de entrevistas a informantes clave identificadas por su participación y relevancia en el campo, lo que permitió “la triangulación” (Okuda Benavides y Gómez-Restrepo, 2005), enriquecimiento y fortalecimiento de la información. Así, se obtuvieron datos específicos que a lo largo de la investigación fueron interpretados poniendo en juego la reflexividad de las participantes y de las investigadoras, esto a través de una serie de decisiones teóricas que tuvieron como fin analizar la complejidad de las experiencias de las personas con corporalidades gordas y las prácticas médicas que, **a priori**, denominan estas corporalidades como “insalubres” o enfermas.

Las decisiones teóricas e interpretativas se basaron en el uso de tres conceptos centrales: patologización (Canguillhem, 1971; Caponi, 1997;

5 Ver página de Facebook de CONAVIM

6 Sin embargo, cabe mencionar que en julio del 2023 el propio COPRED organizó la Primera Jornada de Conversaciones Gordas, con la participación de muchas activistas corporales y el lanzamiento de un glosario para entender la gordofobia y el gordoodio, así como un díptico con once pasos para no reproducir la gordofobia y el gordoodio, también elaborados por activistas corporales gordas.

7 Ver Página de Facebook COPRED

Foucault, 1993), estigmatización (Goffman, 2006; Bartolomé y López Guzmán, 2014; Contrera y Cuello, 2016; Cruz Sánchez et al. 2013) y discriminación (González Garza, 2018; Gordon, 2020; Amos, 2017), mientras que como complemento a estos conceptos transversales, se utilizó el llamado giro corporal de las ciencias sociales, donde el cuerpo se presenta como objeto de análisis más allá de su expresión biológica, empleando trabajos clásicos sobre el biopoder que dan cuenta del cuerpo como una construcción discursiva hecha desde el dominio y las normas disciplinarias (Foucault:1966,1988,1993 y 1995) así como sus posteriores revisiones y críticas a través, principalmente, de los estudios feministas (Bordo, 1993; Wolf, 1991; Wright y Harwood, 2009).

También se utilizaron como marco interpretativo los trabajos hechos desde el llamado giro emocional en las ciencias sociales (Ahmed, 2015) donde se considera el estudio de las emociones más allá de su categorización como entidades individuales, analizándolas como circuitos, regímenes o economías que afectan el devenir de los grupos sociales; en este caso, como parte de las prácticas disciplinarias y/o discriminatorias que se ejercen sobre los cuerpos gordos, asociadas a emociones como el asco, el miedo, la vergüenza y la culpa.

Y, finalmente, se retomaron los estudios del riesgo hechos desde la sociología, que apuntan a cómo este concepto se erigió a partir de la Modernidad como “un predictor” (Giddens,1991; Beck, 1998; Luhmann, 2006;) de posibles afectaciones sociales que suelen encarnarse; en este sentido, hay un cúmulo de discursos de riesgo en torno a la salud, más específicamente ligados a la dieta, la actividad física y una serie de hábitos individuales que estereotípicamente no están relacionados con las corporalidades gordas, por lo que sus experiencias en torno a “el

riesgo” que representa “el sobrepeso y la obesidad”, es un tema central en este estudio.

A partir de este ensamblaje teórico-metodológico en este estudio se presentan cuatro apartados que dan cuenta de diversas experiencias de patologización, estigmatización y discriminación en el sistema de salud mexicano en contra de personas gordas (en su mayoría mujeres) por el hecho de vivir en cuerpos grandes.

En el primer apartado de este trabajo presentamos un breve recorrido histórico de los significados de la gordura y del surgimiento de “la obesidad” como entidad nosológica, además, describimos la manera en que el cuerpo gordo ha sido patologizado, estigmatizado y discriminado a partir del llamado sesgo de peso; se aborda la historia cultural de la gordura desde la antigüedad hasta la modernidad, destacando el afán cuantificador de los pesos y las medidas corporales en los tiempos recientes.

También reflexionamos sobre el concepto de patologización de los cuerpos gordos, a través del relato de cómo la condición de gordura se fue transformando en una enfermedad por medio de las asociaciones que surgen entre la medicina, la industria de los seguros de vida y la corporación que promueve el canon de belleza hegemónica.

Posteriormente, se aborda la explicación de la estigmatización de los cuerpos gordos, mostrando la manera en que las corporalidades gordas son señaladas por sus características físicas, pero también por ciertas características morales. Se especifica cómo la discriminación de los cuerpos gordos, surge de su estigmatización y como estos fenómenos se pueden apreciar en diversos ámbitos sociales como el educativo, el laboral, el afectivo, y de particular importancia para la investigación, en sanitario, impidiendo el acceso a la salud a un sector importante de la

población mexicana. Finalmente, se muestra como el concepto de sesgo de peso se materializa en prácticas médicas concretas construidas a partir de la estigmatización y los estereotipos intrínsecamente ligados a la gordura.

En el segundo apartado se presentan y analizan las experiencias de las personas gordas respecto a ciertas prácticas médicas discursivas, es decir en relación con todos aquellos mensajes que en el ámbito sanitario son utilizados como formas de “combate a la obesidad y el sobrepeso”, pero que encierran señales de discriminación, violencia y odio contra las personas gordas, como por ejemplo: el señalamiento constante de sus corporalidades como “en riesgo” de enfermar o morir prematuramente, el discurso del peso como una decisión individual, siendo que el peso no es una actitud, ni una decisión, sino una característica corporal más como la estatura, el color de piel o de cabello, pero que además no depende sólo de la genética o la herencia sino también de una serie importante de factores sociales y económicos, mostrando que el sobrepeso está ligado más a un problema de justicia social que de disciplina individual.

En este apartado, también se desvelan las implicaciones erróneas de utilizar el peso corporal como indicador de salud, y la manera en que este error impacta a las personas gordas durante sus consultas médicas, se trabaja sobre la pretendida relación causal entre peso y salud problematizándola y explicando que ésta es una relación de correlación no lineal ni unicausal, que sin embargo ha dado como resultado la construcción de indicadores (como el IMC) que se utilizan como criterios diagnósticos de salud, cuando son simples descriptores de ciertas características de una población en concreto. Finalmente, las experiencias recabadas, nos muestran cómo las personas con cuerpos

gordos, con frecuencia, son diagnosticadas con base únicamente en su peso, lo que implica otras prácticas discriminatorias o violentas que van desde los sub-diagnósticos o diagnósticos tardíos de enfermedades graves hasta humillaciones y maltrato físico o verbal en los espacios sanitarios.

En el tercer apartado, se presentan las experiencias de las personas gordas respecto a las prácticas médicas de tratamiento, es decir, aquellas tecnologías y aprendizajes que en el ámbito sanitario son utilizados como las formas posibles y deseables de combate a la “obesidad y el sobrepeso”, aunque a lo largo del tiempo han mostrado su ineficacia, y que además, encierran señales de disciplinamiento y autodisciplinamiento de los cuerpos bajo el discurso de la salud.

Estos tratamientos, generan una evidente discriminación de las personas gordas en su derecho a una salud integral pues deterioran su salud mental y física en busca de un cuerpo hegemónico que se torna inaccesible en la mayoría de las situaciones descritas. Entre las tecnologías más destacadas se encontraron las dietas, el ejercicio, los fármacos, las cirugías bariátricas y otros procedimientos “menores”, todas ellas con una serie de efectos secundarios narrados en primera voz por las personas gordas.

Otra de las prácticas recurrentes, es la derivación de las personas gordas a consultas en nutrición; como parte de las experiencias encontradas las personas cuentan que independientemente de sus padecimientos o estado de salud si son gordas se les deriva a consultas en nutrición, donde tienen experiencias decepcionantes ya que sólo se les prescriben recetas estandarizadas para perder peso sin tomar en cuenta sus contextos.

Finalmente, en el cuarto apartado se muestran las experiencias de patologización y discriminación de las personas gordas en relación con ciertas emociones negativas que circulan en los espacios de consulta médica como resultado de su propagación en la sociedad, por ejemplo: el miedo generalizado que se tiene de encarnar una corporalidad gorda, el odio hacia las personas gordas que se expresa en su exclusión de los espacios públicos, el asco que se les demuestra a estas corporalidades y que llega a internalizarse en las personas que viven sus propios cuerpos desde la creencia que son desagradables y vergonzantes: todas estas emociones provocan una serie de actos discriminatorios en la consulta médica que traspasan el ámbito sanitario y que llevan a una vida entera de ostracismo⁸, dolor constante, y por supuesto, mala salud de las personas con corporalidades no hegemónicas.

Todas estas prácticas de disciplinamiento, exclusión y patologización son evidentes al centrarnos en el análisis de las voces de las personas que las padecen y que, con frecuencia, no son escuchadas o retomadas para tratar de entender un fenómeno que las afecta en los más íntimo de sus personalidades, de sus encarnaciones y, por su puesto, de su salud.

8 El concepto se refiere a la situación de exclusión, marginación, alejamiento y confinamiento que las personas gordas suelen padecer a lo largo de su vida, por los estereotipos asociados a su tamaño. Exclusión de los espacios públicos porque no están diseñados para ellas, marginación de las actividades sociales y relaciones sexo-afectivas porque sus corporalidades no se ven como "deseables" ni deseantes, alejamiento porque se consideran poco funcionales para participar en actividades que requieran esfuerzo, velocidad o precisión y confinamiento porque suelen sentirse mejor fuera de una sociedad que les rechaza constantemente.

1. El cuerpo gordo

1.1 La gordura corporal

De acuerdo con Georges Vigarello (2011) la historia de la gordura muestra que ésta ha sido casi siempre⁹ una condición corporal que ha generado desaprobación y rechazo hacia quienes la encarnan. Este rechazo es producto de una combinación de factores, en primer término, morales ya que la gordura se asocia con el pecado y el vicio; en segundo término, estéticos dado que el canon de belleza occidental se relaciona con la juventud, la blanquitud y la delgadez (Pineda, 2020); en tercer término, con ciertas sensaciones primarias ya que la grasa por su consistencia líquida o viscosa, provoca repugnancia (Lupton, 2013)¹⁰; y por último, encontramos los hallazgos y valores de la salud moderna, que de manera paulatina, fueron transformando a la gordura de una condición corporal más dentro de la diversidad, a una condición patológica.

La combinación de los anteriores factores ha dado como resultado, lo que hoy culturalmente consideramos como gordo u “obeso”; así, históricamente las representaciones de las corporalidades humanas

⁹ Vigarello también afirma que en algunos periodos históricos, en el marco de ciertas actividades o incluso para ciertos sectores sociales, la gordura se ha considerado como símbolo de abundancia o estatus, por ejemplo: en la Europa Medieval donde predominaban las hambrunas, las corporalidades gordas eran apreciadas por su resistencia, o en el contexto de ciertas profesiones o actividades como los cocineros y los panderos donde las corporalidades grandes se relacionan con el sazón y la buena cocina, además, menciona ciertos sectores sociales como la burguesía durante la Ilustración, comerciantes o financieros (siempre hombres) que se representaban a través de figuras con vientres prominentes denotando riqueza y prestigio.

¹⁰ Deborah Lupton en su texto *Fat*, desarrolla ampliamente el concepto de “pedagogía del disgusto” definiéndolo, como una sensación atávica de repugnancia hacia lo viscoso de la grasa y de las carnes gordas por su liminalidad, porque lo pegajoso o mucoso del cuerpo no puede categorizarse de manera estructurada, sino que se asocia a la fluidez y exceso.

consideradas bellas, saludables y de probidad comprobada han estado más cerca de los cuerpos jóvenes, blancos y atléticos, que de las representaciones de las personas gordas, que se emplean para personificar el vicio¹¹, lo grotesco, lo cómico, y, en fechas más recientes, lo insalubre.

De este modo, ser una persona gorda casi siempre ha implicado vivir actitudes de rechazo y estigmatización, porque se les considera glotonas, insaciables, tontas, codiciosa, sucias y, en términos generales, desagradables. Pero es hasta el siglo XX que la gordura se empieza a asociar con ciertas enfermedades para finalmente considerarla como una enfermedad en sí misma. Esta idea, será desarrollada, con una serie de cifras y medidas que poco a poco irán perfilando y clasificando los cuerpos de acuerdo con su peso y estatura, relaciones que veremos en el siguiente apartado.

1.2 La patologización de los cuerpos gordos: surgimiento de “la obesidad y el sobrepeso”

Es hasta el siglo XVIII cuando la gordura empezó a destacar dentro de los discursos médicos; durante la Ilustración y a partir del pensamiento científico-racional, se empezaron a construir marcadores “objetivos” que clasificaron a los cuerpos en diferentes tipos según sus medidas corporales, dando paso a la diferenciación entre “ gorduras”: “ello permitió realizar distinciones hasta entonces latentes: se estableció una diferencia entre un perfil masculino, al que se le permitía cierta redondez, y un perfil femenino, donde tal tolerancia no era admisible, y

11 Varios de los pecados capitales: la gula (por supuesto), la lujuria, la avaricia y la pereza, suelen representarse con figuras gordas.

también se estableció una diferencia social a partir de la cual la anchura moderada podía tener algún valor". (Vigarello, 2011:127)

También se empezaron a fijar relaciones numéricas entre la estatura y el peso de las personas, dando lugar a la sistematización de algunas conexiones implícitas y percibidas a simple vista, por ejemplo: el peso de una persona alta no es la de una baja, por lo que las anatomías empezaron a ser clasificadas, principalmente, por su volumen y estatura, para posteriormente dar sentido a algunas de las prácticas médicas modernas más conocidas en nuestros días: el pesaje y la medición de los volúmenes del cuerpo (principalmente de ciertos espacios donde suele acumularse la grasa: el vientre -la cintura-, el pecho, las caderas).

Surgen así, cuadros donde se proponen "modelos ideales de cuerpos", por ejemplo: Buffon en su **Historia natural** de 1777, presenta tablas de "la correspondencia numérica entre la estatura y el peso. Pero lo que resulta absolutamente original [para la época] es la presentación de esas relaciones: el peso «normal» y el peso «excesivo» lo son en función de una misma referencia, la de una altura corporal idéntica. La novedad consiste en sugerir las diversas gradaciones que existen para una misma medida: es la novedad de las fases intermedias, y de las cifras que indican el más o el menos." (Vigarello, 2011:134). Así, se puede establecer que las invenciones ilustradas sobre los cuerpos gordos son la "gradación de la gordura", el surgimiento y perfeccionamiento de instrumentos técnicos de medición individualizados (balanzas, cintas, espejos de cuerpo entero) y la creciente estigmatización de los cuerpos debido a su "poca funcionalidad".

Ya para el siglo XIX, un matemático de belga, Adolphe Quetelet (1835) en su **Ensayo sobre el hombre y sus facultades**, retoma la base de estas ideas de medición de los cuerpos en relación con su estatura y su peso, creando tablas para comparar los pesos relativos de personas de distintas estaturas tomando como referencia central a los hombres blancos y europeos de la época, pero cuya idea se ha trasladado hasta nuestros días con la construcción de “tipos ideales de pesos”, cuyas medidas no fueron, ni son pensadas como instrumentos de medición de salud, sino como un elemento comparativo entre diferentes personas y sus pesos.

A partir de estas cifras y mediciones, la concepción de la gordura como una patología se gestó a finales del siglo XIX y principios del XX en ámbitos disímboles como la medicina, la industria de los seguros y la industria de la belleza y el bienestar. En la medicina, a través de la investigación y establecimiento de la relación entre gordura y la diabetes: “Carl von Noorden fue el principal impulsor de la medicalización de la gordura, no sólo debido a que documentó a detalle la relación entre gordura y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), sino porque introdujo el término “obesidad” al vocabulario médico, propuso su clasificación clínica, [y creó] la idea de que toda persona obesa está necesariamente enferma, aun si esta se percibe a sí misma como libre de males o molestia alguna” (Sánchez-Graillet, 2022: 183-184), además, apuntaló a la práctica médica como la más capacitada para tratar el fenómeno, estableciendo una demarcación con otras profesiones -charlatanes desde el punto de vista científico- que intentaban acabar con la gordura.

En la industria de los seguros de vida se retoman las primeras correlaciones entre peso y salud para llevarlas al nivel del consumo de

pólizas que intentaban establecer los rangos de “riesgo”¹² con los que viven las personas y que determinan la cantidad de dinero que deben pagar para obtener protección; las aseguradoras establecieron que, a mayor riesgo, mayor la cantidad de dinero que se debe pagar por un seguro, sin embargo, la determinación del riesgo no es un simple cálculo de posibilidades, de acuerdo con la sociología del riesgo “el riesgo puede definirse como una forma sistemática de abordar los peligros e inseguridades inducidos e introducidos por la propia modernización” (Beck, 1998: 21), es decir que es la propia dinámica social la que genera nuevos riesgos y determina la necesidad de ponderarlos en el devenir cotidiano; es el caso del peso corporal que gradualmente, fue introducido como “un factor de riesgo” que debe ser considerado dentro de la esperanza de vida de las personas.

De esta manera, la relación estadística entre peso y mortalidad se estableció “mientras se intentaban encontrar variables para predecir la sobrevida de las personas aseguradas. A Louis Dublin, actuario en jefe de la **Metropolitan Life Insurance**, se le acredita [este] descubrimiento dado a conocer en un informe de 1913 en el que detallaba que, a nivel poblacional, el peso constituía un predictor fiable de riesgo aumentado de muerte prematura”. (Sánchez-Graillet, 2022:184).

A partir de estos estudios, resultaron las llamadas “tablas de peso ideal de la **MetLife**”, cuyo fin original era establecer estadísticamente la

¹² El riesgo es un concepto moderno que se desprende de la idea de que el destino de la humanidad no está predeterminado de ante mano, sino que está abierto a la acción y las decisiones de las personas sobre su entorno (o sus cuerpos), por lo que se pueden hacer cálculos y evaluaciones de esas acciones para evitar daños.

probabilidad¹³ de que una persona tuviera una vida más larga, poco a poco fueron adoptadas por la comunidad médica no sólo como un indicador de riesgo sino como un recurso diagnóstico que puede determinar de manera arbitraria la salud de las personas y las comunidades.

Para ese momento, la gordura no sólo era “un factor de riesgo” en abstracto, sino que se empezó a relacionar causalmente (aunque su relación es de correlación) con otras enfermedades además de la diabetes, como la enfermedad cardíaca o algunos tipos de cáncer. Además, se empezó a hablar no sólo de un riesgo -el peso corporal- sino de distintos riesgos que también nacieron en la Modernidad, lo que hoy conocemos como “estilos de vida”, como: el sedentarismo, el tabaquismo, el estrés, la alimentación, los hábitos de sueño, entre otros factores ambientales que pueden incidir en la salud de las personas.

En el año de 1949 la recién creada Organización Mundial de la Salud incluyó por primera vez a la “obesidad” como entidad nosológica dentro de su listado de enfermedades (OMS, 1949), pero es hasta finales del siglo XX que la misma Organización empezó a utilizar como criterio de demarcación entre lo saludable y lo no saludable los diferentes pesos encontrados dentro de la diversidad humana, adoptando el Índice de Masa Corporal (IMC)¹⁴ como pauta estandarizada de medición de los cuerpos a través de diferentes categorías que indican lo que se considera: infra-peso, normo-peso, sobrepeso y “obesidad” en tres

¹³ Tener cierta probabilidad de que algo suceda no significa que necesariamente eso vaya a suceder.

¹⁴ El IMC, cuyo antecedente histórico lo podemos encontrar en las ya referidas tablas de Quetelet, es el resultado de dividir el peso de una persona en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros. Debido a que la propia OMS define a la obesidad “como una acumulación anormal o excesiva de grasa” (OMS, 2024) este índice no sirve para medir con exactitud y especificidad los niveles de grasa corporales.

diferentes grados. El mayor problema de este índice es su construcción, pues no hubo, ni hay, una base científica amplia y sólida que respalde los puntos de corte que definen a las categorías de “obesidad”, “peso normal”, “sobrepeso” y “bajo peso”¹⁵, más aún, hay datos y estudios que se han hecho con poblaciones más amplias, a las utilizadas por la OMS, que sugieren que los puntos de menor riesgo se encuentran, entre el 25 y el 30, considerados dentro del IMC como con “sobrepeso”, y los de mayor riesgo en los puntos más bajos (con un IMC por debajo de los 18.5) o los más altos, por arriba de los 40.

Por su parte, la industria de la belleza y el bienestar, también han contribuido a la patologización de los cuerpos gordos. El discurso de la belleza constantemente ha tenido acercamientos con el discurso de la salud, de tal manera que en nuestros días muchos medios de embellecimiento están asociados a la salud: “la belleza es salud”, se lee y escucha entre los **mass media** que promueven diversos productos de embellecimiento. A partir del siglo XX los temas del bienestar y la belleza se volverán inseparables, en esta época “lo que configura la belleza es un cuerpo delgado y musculoso que se mueve con prestancia”. (Vigarello, 2009:204).

A partir de los años 30 del siglo XX, y emulando el proceso médico por el que se establecen medidas y tallas saludables, las revistas de moda y belleza comienzan a mostrar cifras con pesos y volúmenes que deben de corresponder a la talla de cada uno; Vigarello muestra como en este proceso hubo una progresiva reducción de peso en las medidas que se

¹⁵ Estas negociaciones de los puntos de corte para la obesidad son referidas en detalle por Michael Gard y Jan Wright, *The Obesity Epidemic: Science, Morality and Ideology*, Reino Unido, Routledge, 2005; Eric Oliver, *Fat Politics: The Real Story behind America's Obesity Epidemic*. EE.UU., Oxford University Press, 2006; e Isabel Fletcher *Obesity: A Historical Account of the Construction of a Modern Epidemic*. Tesis doctoral, Universidad de Edimburgo, 2012.

mostraban para las mujeres, por ejemplo: mientras que en el año de 1929 en la revista **Votre beauté** aconsejaba que una mujer de 1 m.60, debía pesar 60 kilos, para el año de 1939 la recomendación para la misma estatura y género era de 51.5 kilos (Vigarello, 2009: 206), mientras que para los años 90 esta cifra ha descendido hasta los 48 kilos (Vigarello, 2009: 251). Sin ningún sustento científico, estas cifras se fueron tornando cada vez más pequeñas para las mujeres, llegando a representar un canon de belleza hegemónico llamado "modelo anoréxico" o "**heroin chic**" que presentan un cuerpo de piernas esbeltas, pelvis marcada y silueta larga y afinada.

La industria de la belleza no sólo se enfoca en estas mediciones del peso femenino, además suele enfatizar el "engordamiento" de partes específicas del cuerpo que "afean" a las mujeres: las bolsas debajo de los ojos, la papada, la pérdida de firmeza de los senos, el crecimiento de los glúteos, entre otros, lo que la vuelve a acercar a otra área de la medicina: las cirugías estéticas: "el recurso quirúrgico confirma la presencia de una "ciencia" convertida en esperanza de metamorfosis: como "la varita mágica de las hadas", así también es visto el médico". (Vigarello:2009,223).

A partir de este momento la medicina y la belleza se presentan indisolublemente ligadas, de tal manera que las normas de belleza se alinean en torno de una nueva dualidad: malestar o bienestar; todas las revistas, programas o mensajes de belleza en los **mass media** (hoy en día incluidas las redes sociales) también utilizan el discurso de la medicina en torno a la gordura, por lo que terminan siendo tratados del "sentirse mejor", del bienestar.

Una vez que médicamente se estableció a la "obesidad" como una entidad nosológica que además está ligada, como nunca antes, al riesgo

de padecer ciertas enfermedades específicas (como cáncer, enfermedades cardíacas o diabetes) y asociando el peso como el elemento fundamental de la belleza femenina, las corporalidades gordas han estado sujetas a diversos análisis debido a las relaciones que guardan con una constante estigmatización social y diferentes discriminaciones, entre ellas un desigual acceso a la salud, principalmente por el trato a las personas gordas a partir del sesgo de peso, por lo que en los siguientes apartados se abordarán estos temas.

1.3 Estigmatización de los cuerpos gordos

Históricamente los cuerpos gordos han sido, y son, estigmatizados y discriminados a partir de las concepciones de su fealdad, su poca moralidad o su condición de salud degradada. Como establece Erving Goffman (2006) los estigmas tienen un componente corporal que permite distinguir a los extraños, a los otros, a los enfermos de un grupo social, además, este concepto alimenta sus distinciones con rasgos morales atribuidos a dichos cuerpos que adquieren significado a partir de los valores particulares de lo que en cada época se consideren defectos de carácter, ya sean individuales o sociales.

Los defectos individuales se perciben, por ejemplo, como falta de voluntad, apego a “vicios” o inclinación a creencias falsas y/o deshonestidad, ideas que encajan perfectamente con la construcción que se ha hecho de la gordura, por ello, las personas gordas viven constantemente con una asignación de estereotipos y valores negativos que definen su identidad de manera deteriorada, lo que las presenta como indeseables, sin voluntad, sin capacidad de movilidad y, por lo tanto, de productividad; además, estos valores se ligan indisolublemente con la idea de la “obesidad” como condición médica

que las personas “adquieren” por su “inacción” y falta de cuidado individual.

La estigmatización de las personas gordas se ve reflejada en diversos ámbitos sociales donde sufren exclusiones por los valores negativos que se asocian a sus corporalidades. El ambiente laboral es uno de los espacios donde el señalamiento físico y moral es más frecuente, se sabe que en general, las mujeres gordas tienen un grado menor de “empleabilidad” por su peso, ya que los contratantes suelen inclinarse a contratar a mujeres delgadas aunque tengan los mismos grados académicos, la misma experiencia para el puesto y/o los mismos méritos (González Garza, 2018), además, suelen ser menos promovidas, ganan menos dinero que sus pares delgadas o incluso son despedidas por su apariencia. (Amos, 2017).

El espacio público es particularmente hostil con las personas gordas, muchas son señaladas por extraños, no suelen encontrarse asientos adecuados y cómodos para las personas de talla grande, por ejemplo, en el transporte (camiones, aviones, trenes) (Gordon, 2020), o en los recintos de reunión y espectáculos (cines, teatros, auditorios) o incluso en los espacios sanitarios (hospitales sin aparatos técnicos o mobiliario que soporte pesos grandes).

En el mismo sentido, hay una estigmatización y señalamiento particular hacia las mujeres con cuerpos gordos (Fikkan, y Rothblum, 2012); combinando los valores negativos asociados a la gordura con el mandato hegemónico de belleza relacionado con la delgadez (Pineda, 2020) las mujeres son más estigmatizadas en diversas esferas como las del empleo (ya mencionado arriba), la educación, las relaciones sexo-afectivas y la salud física o mental; su representación dentro de los medios masivos de comunicación es casi nula o siempre bajo la rúbrica

estereotipada de ser mujeres sucias, flojas, sin atractivo sexual o, en el mejor de los casos, chistosas, sin roles protagónicos.

La estigmatización de las personas gordas, también se presenta en los espacios sanitarios, los profesionales de la salud producto de los estereotipos sociales, con frecuencia piensan a sus consultantes gordas como ineptas para tomar decisiones correctas para su salud, incapaces de seguir sus instrucciones o de tener la suficiente fuerza de voluntad para perder peso. Además, tienen una clara tendencia a no reconocer el impacto negativo de la estigmatización en la salud de las personas gordas, quienes frecuentemente padecen enfermedades mentales como la depresión producto del aislamiento social y del estrés constante al que son sometidas. Muchas veces sus males están subdiagnosticados y no son tratados adecuadamente porque los estereotipos sobre sus corporalidades están socialmente aceptados y justificados, paradójicamente, a través del discurso médico-epidemiológico, que señala a estas complexiones como grupos de enfermos perennes, mal alimentados y sedentarios.

La estigmatización y el señalamiento, tienen como consecuencia la discriminación de las personas gordas, de manera reincidente se les niegan derechos como el acceso a un empleo digno y bien remunerado, a espacios públicos accesibles, a un trato digno, y, particularmente para este estudio, resaltamos la discriminación que se ejerce sobre las corporalidades gordas en el sector médico.

1.4 Discriminación de los cuerpos gordos: la negación al acceso a la salud de las personas gordas

Si bien la Constitución Política de nuestro país¹⁶ (CPEUM, 2024), prohíbe la discriminación y reconoce la igualdad entre todas las personas, es innegable que el fenómeno está presente en nuestra sociedad; entendida ésta como: “cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia. En cualquier ámbito, público o privado, que tenga el objetivo o el efecto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales aplicables” (OEA, 2013) sabemos que en México sufrimos y ejercemos estas distinciones por nuestro origen étnico, nuestra lengua, nuestro género, nuestras preferencias u orientación sexuales, nuestra edad (principalmente los niños y niñas y los adultos mayores), nuestra condición económica, por vivir con alguna discapacidad, por padecer ciertas enfermedades estigmatizadas (como las que se adquieren por transmisión sexual), y de manera relevante para esta investigación, por nuestra apariencia física, lo que incluye características como el tono de piel, el uso de tatuajes o alguna otra alteración física, así como el peso corporal.

De acuerdo con la Cartografía de la Discriminación en la Ciudad de México COPRED, (2023a) uno de los principales motivos del trato diferenciado en la Ciudad de México es el “sobrepeso”, situándose nuestro tema investigación como uno de los motivos de exclusión más mencionados por las personas; pero para entender mejor estos datos y

¹⁶ El Estado Mexicano prohíbe toda discriminación “motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales. El estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto, anular o menoscabar los derechos o libertades de las personas” (CPEUM, artículo 1)

las formas en que las personas somos excluidas en nuestro país, es necesario remarcar que uno de los principales factores de discriminación es la pobreza, ésta como fenómeno social, impide el acceso de las personas a diversos derechos.

Si las experiencias de discriminación están estrechamente relacionadas con las características sociales, demográficas, económicas y culturales de las personas que las padecen, en el caso de la discriminación que sufren las personas gordas es importante rescatar este análisis colectivo y no ver el fenómeno como un problema individual; de hecho, la gordura vista como fenómeno social desenmascara múltiples formas de reproducción de la desigualdad como las exclusiones por género, raza, situación económica o nivel educativo; por ejemplo, se sabe que “la obesidad y el sobrepeso” no se presentan de manera homogénea sino que afectan de maneras particulares a las poblaciones más vulnerables, es decir aquellas con un déficit en su ingreso económico, con baja calidad de vivienda, sin seguridad laboral o alimentaria, con escaso acceso a la salud y/o a la educación.

En este sentido, resulta imposible presentar un problema de salud pública sin analizar y cuestionarse los contextos que lo producen. Los estudios críticos sobre la obesidad (Campos, 2004; Gaesser, 2002), plantean que la pobreza y algunos problemas asociados a ésta como la imposibilidad de las personas de practicar algún ejercicio por falta de espacios o de tiempo libre, están más relacionados con el “sobrepeso”, que la falta de voluntad de las personas, como indicarían los estereotipos asociados a la gordura.

Esta visión crítica también cuestiona la relación unicausal entre peso y salud y la problematiza agregando a la ecuación los factores sociales de riesgo que son ignorados o puestos en segundo plano por el discurso

médico hegemónico. Así, “la obesidad y el sobrepeso” afectan más a las personas pobres y a las mujeres por la desigualdad vivida en las estructuras sociales y de género (Orbach, 1978; Bordo, 1993) donde la belleza está asociada a la delgadez y ambas son exigidas como símbolos de femineidad a las mujeres; así, es necesario un análisis de la “obesidad” desde lo colectivo y no desde los hábitos individuales de las personas, porque éstos no necesariamente se toman de manera libre, sino que están condicionados por sus formas de vida dadas y/o heredadas. (Cruz Sánchez, et al, 2013).

La cultura alimentaria y sus cambios asociados a la época neoliberal, son otros factores sociales que inciden en el fenómeno. La historia del consumo alimentario da cuenta del surgimiento de “la obesidad” en relación con los cambios socio-económicos y los ajustes culturales contemporáneos que han dado lugar a los llamados “ambientes obesogénicos”, estos cambios son parte del desarrollo industrial y se refieren al incremento de la urbanización, la ampliación del sedentarismo, la hiperindustrialización y consumo de los alimentos procesados, transformaciones que han propiciado el aumento de peso de las personas, principalmente, a partir la última mitad del siglo XX. (Oddy, D. et al, 2009).

Como podemos apreciar, el fenómeno del “sobrepeso”, no sólo hace alusión a una condición física específica, sino a múltiples elementos sociales, económicos o culturales que inciden en el surgimiento y/o en el incremento de éste. La falta de acceso a la salud o a condiciones estructurales que permitan conservarla, así como los cambios en los modos de vida y en el consumo alimentario, destacan entre los factores que agravan la llamada “epidemia de obesidad y sobrepeso”, pero es importante recalcar que este acceso desigual a la salud, además, implica

intersecciones de género que hacen más complicado e improbable el acceso de las mujeres al bienestar porque ellas están sujetas a los mandatos occidentales de belleza y comportamiento.

Desde una visión no patologizante de los cuerpos, estas condiciones sociales no sólo contextualizan el fenómeno de la gordura, sino que además ponderan a las corporalidades gordas más allá de los discursos hegemónicos de salud, como una forma más de la diversidad humana, como una construcción social que cambia a través del tiempo y los contextos porque éstos son contingentes y diversos.

1.5 El sesgo de peso como práctica médica socialmente aceptada

Un factor central para el entendimiento de la discriminación por peso de las personas, es la construcción que se ha hecho de la gordura desde la medicina. De acuerdo con los postulados de la biopolítica (Foucault, 1966, 1988 1993, 1995) en el discurso médico hegemónico hay una repetición y sobreexposición constantes de los riesgos de salud que pudieran padecer las personas con “sobrepeso”, dejando en segundo plano diversas formas de discriminación a estas corporalidades, como la económica, por género o por raza.

A partir de los postulados sobre biopolítica, los cuerpos en las instancias de salud pueden verse como objetos de dominio; la medicina acumula conocimiento sobre ellos para administrarlos, regularlos y controlarlos, las corporalidades gordas no son la excepción, por lo que las cataloga y clasifica dentro de las nociones de lo normal y lo anormal, lo correcto y lo incorrecto, lo aceptable y lo inaceptable, trasladando su necesidad de control hacia las personas mismas, ejerciéndose el poder en múltiples relaciones de autovigilancia, llamadas biopedagogías (Rail, 2012), como las dietas, el ejercicio, pesarse constantemente, entra otras.

“En los contextos contemporáneos las biopedagogías se traducen en instrucciones sobre la **bios**: cómo vivir, cómo comer, cuánto comer, cómo moverse, cuánto moverse. Estas instrucciones son posibles a partir del conocimiento y son prácticas subjetivantes en tanto que “a los individuos se les ofrece un número de formas de **entenderse** a sí mismos, de **cambiarse** y de **tomar acciones** para cambiar a otros y su entorno” (Wright y Harwood, 2009:2)

Así, los estudios biopolíticos de la gordura, apuntan al análisis crítico del saber médico y sus tecnologías, que presentan a “la obesidad y el sobrepeso” como enfermedades producto de conductas individuales, desvelando que los discursos sobre la salud están revestidos de consideraciones políticas y morales, que ven a las personas gordas como flojas o sin voluntad para modificar sus cuerpos y que además utilizan tecnologías que se expresan mediante la vergüenza, la humillación y la culpa como “métodos” que estimulan la conciencia de las personas gordas para que logren bajar de peso, y así, ser saludables.

Estas biopedagogías y tecnologías se construyen desde el conocimiento científico y se ejecutan desde el personal médico que asiste a las personas gordas en combinación con los discursos de estigmatización arriba descritos, esta incorporación puede caracterizarse bajo el concepto de sesgo de peso (Alvear-Fernández, et al., 2021; Gómez-Pérez, et al, 2017; Phelan, et al, 2015 que en términos generales, da **a priori** una evaluación negativa de las personas gordas; este sesgo es una característica internalizada en casi todas las personas, pero adquiere relevancia en el ejercicio del derecho a la salud de las personas cuando lo ponen en práctica los profesionales de la salud. Las personas que son blanco del sesgo de peso son tratados de forma diferenciada – es decir, peor- en sus consultas médicas.

Aunque en general, se sabe de las consecuencias psicosociales del estigma por “obesidad”, porque las víctimas suelen relatar los malos tratos del que son objeto, pocas veces se ha puesto énfasis en el estudio de los profesionales de la salud que voluntaria o involuntariamente, estigmatizan a sus pacientes gordos. En muchas ocasiones, los médicos no son conscientes de sus propias prácticas que estereotipan, estigmatizan y violentan a las personas gordas y de cómo este sesgo se alimenta por la creencia de poseer la potestad del conocimiento médico, biológico y corporal, por ejemplo, se asume que el cuerpo gordo es insano por sí mismo y que hay una responsabilidad netamente individual en la condición de gordura, es decir que son las propias personas gordas quienes han decidido ser así, por sus conductas o “defectos morales”, cuando en realidad, la mayoría de los factores que inciden en el peso de una persona están fuera de su control, como la genética, el medio ambiente, la alimentación en una situación de pobreza, etc.

Asimismo, el sesgo de peso atribuye características negativas de personalidad a las personas gordas como la falta de voluntad, que en este marco de pensamiento les impedirían cambiar sus patrones conductuales en relación a la alimentación o el movimiento. Estas creencias se traducen en prácticas discriminatorias concretas que muchas veces tienen como resultado que las consultantes gordas eviten los entornos de salud y prefieran no acercarse a los especialistas. Estas prácticas también se manifiestan en actitudes amenazantes o comentarios negativos su salud, por ejemplo: “te vas a morir joven si no adelgazas”, “no te podrás embarazar sino adelgazas”, etc.

Los profesionales de la salud frente a consultantes gordas refieren tener constantes reacciones negativas por los altos niveles de frustración que les provoca el hecho de que ellas no puedan modificar su peso, esta

frustración suele traducirse en ofrecerles menos recomendaciones para mejorar su salud, como cambiar hábitos alimenticios, de movimiento o de sueño (independientemente de si bajan de peso o no); también se les ofrecen menos tratamientos farmacológicos para sus dolencias o incluso se hacen constantemente sub-diagnósticos de sus enfermedades, debido a que atribuyen todo malestar al sobrepeso; se omiten, pruebas y análisis más precisos para conocer sus enfermedades y restringen sus recomendaciones a la pérdida de peso o sobre simplifican los consejos en torno a la salud: “no comas comida rápida”, “restringe los carbohidratos” “restringe la ingesta de grasa”, “usa las escaleras en lugar del elevador”. Consejos que ignoran la complejidad del fenómeno de la gordura y que lo reducen a un pretendido balance de energía ampliamente difundido, donde la pérdida de peso es tan simple como: gastar más calorías de las que entran a los cuerpos por medio de la comida.

Otra práctica común asociada al sesgo de peso, es dedicarles menos tiempo a las personas gordas en consulta, esto en comparación con el tiempo que se les dedica a las personas con cuerpos normativos; las personas gordas refieren ser atendidas por períodos de tiempo más breves, lo que redundaría en una menor calidad en la atención recibida (Gómez-Pérez, et al., 2017:1161) En el mismo sentido, también se ha documentado la manera en que las consultantes gordas son objeto de comentarios despectivos y malos tratos por parte del personal de salud, hecho que sin duda, tiene un impacto en la salud y en la relación con el médico, ya que se genera desconfianza en el mismo al no poder comunicarle síntomas o situaciones complejas de vida. Mientras que los profesionales de la salud, no consideran ser más prolijos con sus explicaciones, diagnósticos y tratamientos porque piensan en los pacientes en términos estigmatizantes, es decir, que por ser gordos no

son receptivos a sus indicaciones, ya que son flojos, indisciplinados y sin voluntad.

Por ejemplo: “en un estudio con los proveedores de atención médica primaria asignados al azar para evaluar la historia clínica de pacientes obesos y de peso normal, se encontró que estos, al evaluar a los pacientes obesos tuvieron más probabilidades de calificar el encuentro como una pérdida de tiempo, y se encontró que pasaron un 28% menos de tiempo con el paciente obeso, en comparación con los que evaluaron pacientes de peso normativo”. (Phelan et al., 2015:321).

Otra práctica que suele realizarse durante la atención médica a consultantes gordas es el uso de equipos médicos inadecuados para sus corporalidades, tales como: “sillas para las salas de espera con descansabrazos que pueden resultar incómodos o demasiado pequeños, básculas, tensiómetros, batas de examen y los instrumentos de examen pélvico [que] a menudo están diseñados para uso con pacientes más pequeños.” (Phelan et al., 2015:322) Así, cuando las alternativas en equipos médicos para cuerpos más grandes no están disponibles, las consultantes gordas reciben el mensaje velado de que están en un lugar donde no caben, que su tamaño es inusual y que no pertenecen al espacio público.

Los efectos del sesgo de peso son tanto inmediatos como a largo plazo, los inmediatos se traducen en una baja calidad del encuentro médico perjudicando los diagnósticos y tratamientos que puede recibir la consultante. En el largo plazo, las personas estigmatizadas sufren un constante estrés que incluso puede afectar su salud emocional y cognitiva. En términos médicos el fenómeno que provoca el estrés asociado a la estigmatización es conocido como carga alostática, la cual “tiene consecuencias deletéreas para el cuerpo con la aparición de

enfermedades crónicas entre ellas la diabetes, hipertensión e infarto” (Cruz-Sánchez, 2013:170) esta idea sugiere que la ansiedad que provoca el estigma y la discriminación a las personas con corporalidades gordas, puede causar daños físicos serios no necesariamente relacionados con el peso, sino con su nula aceptación social, incluida la exclusión médica: estas condiciones también son factores que inciden en la salud de las personas, ya que el señalamiento y exclusión social constantes merma su calidad de vida al estar vinculadas a mayores tasas de depresión, ansiedad, insatisfacción corporal, baja autoestima y aislamiento. (Bartolomé y López Guzmán, 2014: 273-284).

Si la exposición constante a altos niveles de estrés tiene efectos en la salud fisiológica que a largo plazo incluyen enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, depresión y trastorno de ansiedad, cabe plantear la hipótesis de que estas enfermedades asociadas a las personas gordas, podrían estar relacionados empíricamente con la vivencia de la discriminación más que con el peso corporal.

2. Experiencias de atención a personas con corporalidades gordas

2.1 El riesgo y las corporalidades gordas

Dentro de la narrativa médica, el peso corporal se presenta como un marcador evidente de riesgo para las personas que están por arriba de su “peso ideal”, para comprender los alcances de este discurso y las prácticas médicas de discriminación que genera y cómo son experimentadas por las personas gordas, hay que iniciar por entender el significado del concepto de riesgo y cómo éste ha llegado a asociarse a la posibilidad de perder la salud.

Desde la sociología se ha establecido que la idea de riesgo surge en la Modernidad, como resultado del desarrollo del pensamiento científico-racional, que basado en la búsqueda de las leyes naturales que rigen el mundo, ha intentado predecir y controlar los acontecimientos futuros de la humanidad. Es en siglo XVIII cuando de manera generalizada se empieza a considerar que el destino de la humanidad no está predeterminado, sino que está abierto a la acción y las decisiones de las personas sobre su entorno o sus cuerpos, por lo que es necesario conocerlos científicamente para hacer cálculos y evaluaciones sobre ellos, que a su vez permitan tomar medidas y acciones que eviten posibles daños.

Luhmann (2006) define al riesgo como una determinación netamente humana y agrega que: “hablamos de riesgo únicamente cuando ha de tomarse una decisión sin la cual podría ocurrir un daño” (p.59). Los daños se presentan como eludibles o predecibles ya que dependen de las decisiones que tomen las instituciones o las personas, bajo esta lógica, la mejor forma de controlar los riesgos sobre temas como la

salud es a través del conocimiento médico que permite tomar acciones con el fin de evitar errores o arrepentimientos.

Por su parte Anthony Giddens (1991), coincide al señalar que el concepto de riesgo puede situarse dentro del pensamiento moderno, y agrega que, en esta etapa histórica la confianza en la predicción del futuro pasa de las manos de los "sistemas de fe" a los "sistemas expertos" pero en ambos subsiste la creencia generalizada de que se puede confiar en ellos para el manejo del futuro, la diferencia ahora es que la intervención no es divina, sino humana. Sin embargo, Giddens (1991) también expresa que todas las actitudes modernas adoptadas para evadir o mitigar el riesgo también tienen una concepción "providencialista" que nos permite no sólo confiar en los sistemas expertos para eludir riesgos, sino también creer que, si éstos fallan "al final, todo acabará saliendo forzosamente bien", (p. 168).

Giddens (1991) afirma que, en materia de riesgo, la época moderna también ha traído "consecuencias no deseadas" que pueden verse como nuevos peligros asociados a la rapidez del cambio tecnológico y social del momento, y concluye que, a pesar del avance científico, el cálculo de riesgos nunca será cien por ciento confiable pues todo cálculo está sometido "al error humano o al sabotaje." (p.158).

Por su parte Ulrich Beck (1998) asevera que: "el riesgo puede definirse como una forma sistemática de abordar los peligros e inseguridades inducidos e introducidos por la propia modernización" (p.21), de esta manera coincide, con Giddens y Luhmann, al afirmar que las actuales sociedades son producto de un nuevo momento histórico surgido de la Modernidad, pero agrega que son estas mismas sociedades las que producen los riesgos, evidenciando que los principios que animaron desarrollo social, como el progreso a través de la ciencia y la tecnología,

la libertad económica, el bienestar social mediado por la intervención del Estado, no han sido cumplidos, y por el contrario, han generado nuevos riesgos, así Beck (1998) afirma que “se ha transitado de una sociedad de producción de bienes a una sociedad de producción de riesgos.” (p.490).

En síntesis, el lenguaje del riesgo está inextricablemente ligado a la racionalidad política liberal que preconiza, como forma de “colonizar el futuro” (Giddens,1991:141-181), el cálculo de las posibilidades de sufrir algún daño futuro, atribuyendo este cálculo a los sistemas expertos y depositando en los individuos (o en algunas instituciones) la responsabilidad de tomar “decisiones correctas” en el presente para tener control del porvenir, sin embargo, estos cálculos y predicciones nunca son absolutamente confiables y, la Modernidad misma, ha generado nuevos riesgos entre los que podemos inscribir los relacionados con el peso corporal y la salud.

Sin duda, el concepto de riesgo también está ligado a los discursos médicos, en los cuales, mantener la salud y evitar enfermedades (incluso el envejecimiento) se convierte en una responsabilidad individual que se construye a través del autocuidado y la toma racional de decisiones sobre el cuerpo, en este sentido, Michel Foucault (1993) en su teoría sobre el poder explora las formas en que el Estado y otros aparatos de gobierno, como la ciencia, operan para regular a diversas poblaciones etiquetadas como “en riesgo”, no con medidas punitivas sino a través de los discursos del autocuidado, el amor propio y la superación personal. Foucault también coincide en que la idea de riesgo es el resultado de la aparición en la Modernidad del sistema de gobierno liberal, pero pone énfasis en el riesgo como un aparato que impone las reglas y el mantenimiento del orden a través de la autodisciplina.

“El riesgo se entiende como una de las heterogéneas estrategias de poder disciplinario mediante las cuales las poblaciones y los individuos son monitoreados y administrados para cumplir mejor con los objetivos del humanismo democrático. [...] La normalización es el método por el cual se identifican en las poblaciones las reglas de comportamiento o de estado de salud, característica de los gobiernos liberales”. (Lupton, 1999:4).

Aquellos que se “desvían de la norma” son típicamente etiquetados como “en riesgo”, el cual se puede “manejar” siempre que las personas se ciñan a las instrucciones que emanan de los “sistemas expertos”, en el caso de los riesgos en salud estos sistemas se engloban en el aparato de la medicina y de la epidemiología.

Con base en la anterior discusión sobre lo que significa el riesgo, sus implicaciones, sus alcances como práctica que permite medir, prever y controlar eventos futuros y sus usos sociales de clasificación, control y administración de las poblaciones, consideramos que el discurso del riesgo permite analizar el fenómeno del “exceso de peso corporal” etiquetado como un riesgo sanitario de envergadura mundial, con implicaciones económicas serias y que merece atención sistémica e individual para su prevención y/o mitigación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el sobrepeso y la obesidad se definen como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (OMS,2021) así, se catalogan como los peligros más destacados dentro del espectro de los riesgos sanitarios que la medicina mandata prevenir, evitar y “combatir”; los riesgos médicamente determinados son aquellos relacionados con conductas específicas que pueden dañar la salud: como

fumar, beber alcohol, comer en exceso productos industrializados, dormir mal, no tener hábitos frecuentes de higiene, tener una vida sedentaria o llena de estrés, etc.

Así, en sentido estricto, el peso no es una conducta sino una característica corporal que depende de algunas conductas, pero fundamentalmente depende de muchos factores no modificables por decisión individual, como sucede con la salud en general, en la que las estimaciones más optimistas reconocen que las conductas modificables no inciden en más de un 40% sobre el posible curso de la salud de una persona, siendo el 60% restante una combinación de factores sociales, ambientales, estructurales, culturales y/o genéticos, fuera del control de las personas. (Schroeder, 2007).

A pesar de lo anterior, la misma OMS (2024), establece que la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un “desequilibrio” energético entre calorías consumidas y gastadas; asumiendo que la pérdida de peso corporal depende de modificar hábitos que “equilibren” esta relación energética, y resume sus indicaciones de la siguiente manera:

En el plano individual, las personas pueden optar por:

- limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares;
- aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; y
- realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

Aunque concede que: “la responsabilidad individual sólo puede tener pleno efecto si las personas tienen “acceso a un modo de vida sano”.

Por consiguiente, en el plano social, es importante ayudar a las personas a seguir las recomendaciones mencionadas mediante la ejecución sostenida de políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres. Un ejemplo de una política de ese tipo es un impuesto sobre las bebidas azucaradas” (OMS, 2021).

Mientras que las autoridades sanitarias establecen la fórmula: menos consumo de energía, más actividad física es igual a pérdida de peso (y lo por tanto mejor salud), las narraciones encontradas en el trabajo de campo indican que esta fórmula es problemática, ya que las mujeres que ofrecen los testimonios de sus experiencias tratando de perder peso, cuentan cómo a pesar de reducir su consumo de alimentos o hacer ejercicio su peso no necesariamente se ve modificado y, en cambio, sus consultas médicas se tornan complicadas porque no son sujetas de credibilidad sobre sus propios hábitos y cuerpos y, muchas veces, se les niega atención médica en tanto no bajen de peso, es decir, en tanto no demuestren que han “equilibrado” su consumo y su gasto energético.

“A mí me sucedió con mi endocrinóloga y posteriormente con mi nutrióloga, me hizo hacerle un diario de mí comida para poder controlar lo que consumía porque no bajaba de peso, finalmente por esta acción desarrollé ansiedad para comer 🤔 prácticamente mi psicóloga me dijo que me está causando conflicto el hecho de tener que comer! 😞😞😞” (Claudia)

Si la concepción de riesgo promueve la idea del control personal de la salud, los factores que se eliminan de la ecuación son todos aquellos asociados a ciertas condiciones estructurales que también influyen en el bienestar de las personas, como: el hecho de nacer en situación de pobreza, como parte de una minoría racial o de género, sin acceso a servicios básicos de educación, salud o recreación; dichas desventajas no pueden remontarse con la adopción de “hábitos saludables”, o incluso la modificación de hábitos no es suficiente para perder peso o tener salud.

Por ejemplo, se dice que las personas son conscientes su corporalidad sólo cuando algo les duele, este lugar común presupone una universalidad en la encarnación de los cuerpos que se vuelve un argumento endeble si tan sólo pensamos en la “generización” de los cuerpos, y en cómo, para las mujeres es imposible olvidar nuestras corporalidades en tanto que estos se encuentran constantemente vigilados en relación con su comportamiento y, sobre todo, su apariencia; esta idea es importante porque a través de las experiencias recabadas, encontramos que para las mujeres el miedo de encarnar corporalidades gordas es perenne, sus cuerpos son señalados como riesgosos, son estigmatizados y sus voces son menospreciadas en las consultas médicas y en su vida cotidiana; este dato que se desprende de la multitud de relatos femeninos al respecto y del vacío de testimonios desde la percepción masculina, luego entonces, la complejidad del fenómeno del sobrepeso no puede reducirse a una fórmula o a indicaciones generalizadas para mitigar “el riesgo”.

De esta manera, el cuerpo femenino también puede analizarse a través de los discursos, conocimientos y estrategias del riesgo. “El cuerpo femenino ha sido consistentemente representado en los discursos

médicos y populares como sujeto al caos debido a los órganos reproductores femeninos y asociados a las hormonas; el cuerpo premenstrual, menstrual, embarazado o menopáusico es típicamente retratado como más emocionalmente lábil, vulnerable, menos capaz de pensamiento razonado y más propenso a la enfermedad y al desorden que la mayoría de los otros tipos de cuerpos adultos” (Lupton,1999:77), siendo el cuerpo gordo femenino “la encarnación” de estos males y, además de la falta autocontención, de lo grotesco y de la falta de salud por su escasa disciplina y autocontrol.

En el discurso del riesgo particular atención han recibido las mujeres embarazadas, porque se dice que sus cuerpos “portadores de nuevas vidas”, están en riesgo constante: “gran parte de la evaluación y los consejos que recibe están dirigidos a contener riesgos, tanto los que amenazan su propia salud, pero aún más intensamente, aquellos que amenazan el bienestar del feto que ella lleva.” (Lupton,1999:60).

Deborah Lupton (1999) afirma que el cuerpo embarazado no sólo es problemático por la responsabilidad de llevar a buen término el nacimiento de una nueva persona, sino también porque son cuerpos que físicamente no respetan las fronteras, las normas o el orden: “el cuerpo embarazado es un fenómeno más allá del control social, un florecimiento de la carne que termina en una violenta escena de individuación de un cuerpo en dos que tiene sus propios ritmos que no pueden ser regulado externamente.” (pp. 79-80) Si las mujeres embarazadas están en un estado liminal de riesgo, las mujeres gordas y embarazadas se encuentran en peligro duplicado por lo que las regulaciones médicas siempre se enfocan en la pérdida de peso antes del embarazo o en no subir “demasiado” durante él, y aquellas que no se sujetan a esta norma son condenadas a no poder ser madres o tener abortos no deseados:

Hoy tuve una experiencia que no quisiera que nadie pasara. Llevo años intentando quedar embarazada luego de tener un hijo de 9 años. Este año empecé a ir a una clínica para ver opciones y entender por qué no logro mi embarazo ya que mi esposo se ha hecho estudios y todo está bien con él. Hace dos semanas luego de muchos exámenes, muchas hormonas, muchos tratamientos, mi doctora decidió intentar con inseminación artificial. Por lo que hoy me tocaba realizarme un test sub unidad beta cuantitativa para ver si la inseminación había sido positiva y había logrado mi embarazo. Fui a un laboratorio clínico por mi casa y me atiende una "doctora" que me pregunta que, si estoy embarazada, entonces le comento sobre la inseminación. Y me dice: "Ahh, yo creí que mínimo tenía 3 meses ya de embarazo, pero no, es que está muy gordita, antes de pensar en un embarazo debería pensar en bajar de peso". Pero lo que ella no sabe es que padezco de la tiroides y bajar de peso no es nada fácil, además que tengo depresión y ansiedad. Pero para ella fue muy fácil decirlo. En fin, salí de ahí con los ánimos por los suelos" (Anónima)

Aunque no siempre se cumplen los peligros establecidos por el discurso del riesgo:

"Cuando decidí embarazarme me decían que no podría por mi peso, que tenía que bajar, al mes quede embarazada, [me dijeron que] tendría muchos problemas y complicaciones por mi peso, jamás tuve ni achaques, inada! súper bien." (Lupita).

"Cuando los/as ginecólogos/as están obsesionados con tu peso y toda cuestión la atribuyen a este, por ejemplo, irregularidades en el periodo aun cuando estén perfectos tus

análisis. Cuando el obstetra te dice no te peso más o te interno, o qué vas a hacer cuando ya lo tengas, al bebé, o así no vas a poder ser mamá. Y cuando [eres] mamá, sin hipertensión, por parto normal y sin complicaciones y aun así están esperando que se cumpla su predicción..." (Celeste)

Finalmente, es importante destacar cómo la idea de riesgo no sólo deposita la responsabilidad de la salud en la individualidad, sino que también nombra a todas las personas con cuerpos gordos como enfermas, incluso, antes de tener una evaluación o diagnóstico sobre ellas, afirmándose que la enfermedad que encarnan sólo necesita tiempo para manifestarse en otras dolencias, "Yo me hago exámenes casi que cada año con tal de tener "pruebas" de que estoy sana. Y aun viéndome mis resultados, me dicen siempre los doctores: "igual deberías adelgazar", o sea, según ellos soy una bomba de tiempo..." (Arkelei).

Por otro lado, el discurso de riesgo también puede asociarse al concepto de "pánico moral" acuñado por Stanley Cohen (1972), quien establece que éste es el fenómeno social que acontece cuando a una condición, episodio, persona o grupo se le destaca, presenta y define como una amenaza a los valores, intereses y formas adecuadas de vida de una sociedad, por lo que surgen actores, que se ven a sí mismos como "los guardianes del orden moral", y que, en muchas ocasiones, promueven una cruzada contra los sujetos, grupos o situaciones señaladas, justificando su persecución como una defensa racional de valores e intereses legítimos.

El concepto sociológico de "pánico moral" contiene, la esencia de las dinámicas sociales de lo que en otra época fueron las "cacerías de brujas". Sólo que, en el contexto moderno racional y científico, este

miedo se representa como una empresa fundada en la verdad que pretende la erradicación de “riesgos” sociales, criminales o sanitarios. De esta forma, el concepto de “riesgo” funciona también como recurso para racionalizar y legitimar el temor y el odio hacia personas o grupos subalternos, en este caso las personas gordas que ponen en riesgo los valores y el bienestar de las sociedades modernas:

“Hace dos semanas fui a médico, me encontró con un sobrepeso importante, me habló de los riesgos que conlleva la obesidad, y la importancia de una alimentación sana, también de lo mal que la gente llega a ver a los "gorditos". Que seguro yo sólo comía, pasteles, frituras, y bebidas azucaradas, que tenía que educarme, para alimentarme bien. Salí de la consulta echa mier... Me senté en el paradero de camiones a la salida del consultorio, muy apesadumbrada, en eso veo el doctor cruzar la calle, entró a la panadería de enfrente y al cabo de unos minutos salió con una empanada y una coca cola en las manos. Me paré de mi asiento, para que me viera y le regalé una sonrisa. Me miró con algo de culpa y bajó la mirada. Yo me volví a sentar y me juré que nunca nadie más me haría sentir una mier... Qué, si me tengo que cuidar será por mí y para mí, pues en la vida me encontraré con muchas personas que predicán y no practican.” (Angy)

Como vemos, el pánico moral y la estigmatización por el peso no sólo se encuentra en una dirección, las pacientes gordas también juzgan a los otros (en este caso a su médico) y a sí mismas desde el discurso del miedo y el señalamiento. Así, otro uso destacado de la noción del peso corporal como “riesgo” es la estigmatización de las personas gordas, y la focalización sobre ellas de odios y angustias colectivas, resultando en

objeto de diversas formas de acoso, silenciamiento y violencia física, simbólica y económica, que no sólo son ampliamente toleradas, sino incluso alentadas por el discurso médico, ello al punto de que, la gordura podría ser “un prejuicio aceptable”. (McMichael, 2013)

Por ello, es importante resaltar como las actitudes de pánico y estigmatización han resultado exacerbadas con la narrativa de “la obesidad” como riesgo sanitario a nivel mundial, como “epidemia” (haciendo alusión al “contagio” masivo de una enfermedad), presentando a la gordura como una enfermedad que se debe “combatir” (O’Hara y Taylor, 2018; Campos, 2004) por ser la condición más riesgosa para la salud de la población y la economía mundial, por los onerosos costos que está provocando, pero sobre todo, que provocará a los sistemas de salud; al final, todos estos discursos legitiman las actitudes de rechazo hacia las personas con cuerpos gordos haciéndolas socialmente aceptables.

El estigma sobre las personas gordas es tan poderoso que está totalmente justificado (y bien visto) bajo el discurso de la salud; no hay frase más estigmatizante para una persona gorda que: “te lo digo por tu salud”(¿cómo alguien que se preocupa por tu salud va a querer dañarte?) porque antes o después de ella siempre hay otras frases de rechazo (estás enferma, estás en riesgo, no te cuidas, no comes bien, no haces ejercicio, estás bonita pero delgada estarías más, eres un mal ejemplo, deberías esforzarte más, no vas a conseguir pareja, no vas a poder tener hijos, y un largo etcétera).

De esta manera, el concepto de riesgo sirve para entender un fenómeno como el problema sanitario asociado a las corporalidades gordas, aceptando que no puede verse simplemente como un concepto objetivo y sin problemas que ayuda a conocer y mitigar amenazas, sino que más

bien, es un concepto que debe cuestionarse y mirarse a través de las funciones sociales y políticas que cumple en la regulación, culpabilización y marginación de las personas con cuerpos gordos.

Así, se ha tratado de establecer la idea de riesgo como producto de la Modernidad, y la manera en que esta idea afecta la concepción de la salud de las personas, particularmente de aquellas que se encuentran fuera de los rangos de “normalidad” en términos de peso corporal, y cómo estas personas son sujetas de diversas afectaciones como la estigmatización, la culpa y el señalamiento desde el “pánico moral” que se produce al etiquetarlos como “riesgosos”.

Para el discurso del riesgo, la gordura es un peligro importante para la salud de quienes “la padecen”, ya que se asocia a diferentes enfermedades cardiovasculares, a la diabetes, a ciertos tipos de cáncer y, por extensión, a la muerte prematura de las personas. En este sentido, y como solución, se promueven los cambios de hábitos a nivel individual destacando la recomendación directa de “perder peso” haciendo ejercicio y reduciendo el consumo de comida para lograrlo”. (Lupton,2013:14)

Por lo anterior, es importante analizar la idea de “responsabilidad individual” que surge de la prevención y control de los riesgos y cómo esta responsabilidad, se establece a partir de criterios científicos que, nuevamente, terminan poniendo énfasis en las soluciones, conductuales y dietéticas.

2.2 El peso corporal como una decisión individual

Como ya establecimos, el discurso médico, equipara el peso corporal a una conducta, más que a una característica de la diversidad humana, el

problema es que este paralelismo hace recaer la responsabilidad de su modificación únicamente en las personas, omitiendo todos los factores estructurales y culturales que están claramente asociados al sobrepeso y reduciéndolos al “necesario cambio de hábitos”, a partir de “tomar la decisión” y tener “constancia y fuerza de voluntad”.

Esta concepción del peso corporal como un riesgo que debe ser atendido de manera individual puede analizarse desde la ya mencionada teoría del biopoder de Foucault (1993), donde el control de los cuerpos se da desde aparatos como la medicina, a través de la idea de que el riesgo puede ser evitado mediante las decisiones personales, que se adecuan a la concepción de autonomía y autoregulación de sus cuerpos y sus comportamientos:

“Un aspecto central de la dominación en las sociedades neoliberales es la figura idealizada del ciudadano autónomo y autorregulado. Tales individuos buscan voluntariamente maximizar sus oportunidades de vida y minimizar los riesgos a los que están expuestos. Ellos vigilan su comportamiento y sólo necesitan orientación y consejo de los conocimientos “expertos”, para comprometerse en actividades que sirven a sus mejores intereses” (Lupton, 1999: 61-62)

Este tipo de ciudadanos son esenciales para las sociedades neoliberales, y su visión capacitista de la vida, porque son productivos, funcionales y emprendedores, con su “buena salud” contribuyen a la reducción del Estado y sus obligaciones en materia de salud y gasto público de seguridad social.

Los conocimientos expertos se nutren, constantemente, de un potente aparato de normalización, por su pretendida neutralidad y cientificidad, a través de la producción de estadísticas poblacionales; este aparato

establece quién está en riesgo y quién no, compara entre sí a los individuos que conforman una población y dicta los límites de la normalidad, todas aquellas personas que salgan de los parámetros son conminadas (o a veces coaccionadas) a participar en prácticas que los acerquen a la norma¹⁷.

En el caso de las corporalidades gordas, el discurso de riesgo y sus estadísticas han sido fundamentales para el constante ejercicio de normalización al que se les exige pertenecer; estos cuerpos no sólo están en riesgo, sino en una categoría jerarquizada del mismo, señalándolos en “riesgo alto” lo que sugiere una mayor (más bien eterna) sujeción al asesoramiento experto, la vigilancia y, por supuesto, a la autorregulación. Como pasar toda la vida en dietas restrictivas y consultar 6 diferentes nutriólogos en busca de asesoramiento experto:

“Hola, soy de [...] y soy gorda. Uy, icómo me cuesta decirlo sin usar diminutivos para no sentirme mal! Y no sé por qué me cuesta si siempre he tenido sobrepeso. Les cuento un poco: yo siempre he tratado de cambiar mi cuerpo. Lucho y lucho, hago diferentes cosas y lo logro. He bajado hasta 40 kilos comiendo sólo cosas verdes. Si vieran mis fotos del antes y después... parezco otra persona. El asunto es que siempre regreso a mi peso original, 100 kilos. El año pasado no fue la excepción, de haber bajado a 76 kilos en 4 meses regresé a 100 y como siempre otra vez al nutriólogo. Me he dado cuenta de que ya he ido con 6 nutriólogos diferentes...” (Anónima)

¹⁷ En el caso del exceso de peso corporal, las prácticas que se recomiendan para “acercarse a la norma” serán ampliamente descritas y analizadas en el siguiente apartado, pero cabe mencionar que las que destacan son: las dietas restrictivas, la prescripción de la realización de algún ejercicio, la toma de fármacos y cirugías bariátricas.

A pesar del asesoramiento médico, de “la lucha” contra sus propios cuerpos que las mujeres relatan, sus cuerpos y sus decisiones siempre son puestos como la demostración material de la falta de valores. Se considera que las personas gordas, sin excepción, no tienen voluntad, les falta constancia para comer adecuadamente y ceden ante las pasiones y sabores de la comida azucarada o grasosa, por ejemplo, en una ocasión que tenía gripa, le dije al doctor que me estaba tomando una pastilla efervescente de vitamina C y me contestó: seguro te gusta porque te sabe a refresco, y me dijo que no la tomara más...” (Gorda de atar, 2020, 5m08s)

Sin embargo, la falta de voluntad o constancia, no son desconocidas para las personas gordas que durante toda su vida o por ciclos muy prolongados han hecho dietas restrictivas o han practicado ejercicio de manera extenuante sin lograr bajar de peso: “Créame que yo soy la primera persona que quería ser flaca a toda costa, desde mi adolescencia [...] sin embargo, he podido constatar que mi cuerpo por más restricciones, ejercicio excesivo y medicamentos que utilice, no es un cuerpo delgado...” (Anónima)

Se culpa a las personas gordas por su fracaso moral, por no poder prevenir la enfermedad, por el declive de sus cuerpos, por no tener autocontrol, por comer mucho, por no ejercitarse, por no dormir bien, por estresarse o deprimirse, por todo lo que personalmente hagan mal y las siga manteniendo gordas, pero ¿qué pasa cuando hacen “todo bien” y tampoco logran bajar de peso? La mirada médica (omnipresente y omnisapiente) las pondrá en su lugar: las mujeres gordas mienten, pero sus cuerpos las delatan con la “aplastante verdad” de sus hábitos y falta de disciplina.

Así, lo que los médicos les dicen a las pacientes con cuerpos gordos sobre su salud está basado en el discurso hegemónico neoliberal que sitúa a las personas bajo una ética de autocuidado personal y responsabilidad individual ligada a la modificación del cuerpo a través de la voluntad, la constancia y la abstinencia; de esta manera, estar sano o enfermo tiene que ver con estas normas, valores y objetivos individualizantes donde la salud es una responsabilidad o un deber de las personas y no un derecho.

2.3 El peso corporal como indicador de salud

La concepción de que podemos prevenir enfermedades y mantener una buena salud a partir de controlar el “riesgo” que representa el sobrepeso, se basa en la idea problemática de lo que Lily O’Hara y Jane Taylor (2018), han denominado el “paradigma de la salud centrado en el peso” (pp.1-28). Que responde a la noción, difundida por el discurso médico hegemónico de que gordura es la causa fundamental (o la única) de múltiples enfermedades. En palabras de la OMS (2024), “un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon)”.

Esta relación lineal y causal entre peso y enfermedad no toma en cuenta que la mayoría de las patologías como la diabetes, el cáncer o la enfermedad cardíaca, tienen etiologías complejas, en las que la gordura sería sólo un factor de incidencia. Esta relación causal simplificada se da

con el diagnóstico y tratamiento de múltiples enfermedades que tienen una etiología diversa, un ejemplo paradigmático es el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), éste, como su nombre lo indica es un síndrome asociado a múltiples componentes como una sobreproducción de ciertas hormonas, variaciones genéticas y factores ambientales, sin embargo, siempre se relaciona con el “sobrepeso” y se mandata a las personas que lo padecen, adelgazar; el tema se complejiza aún más cuando se constata que uno de los síntomas del síndrome es la dificultad (o imposibilidad) de perder peso al padecerlo, siendo además, una condición que también presentan muchas personas delgadas, a las que para curarlo, evidentemente, no se les prescribe la pérdida de peso.

Es típico en el personal de salud, he tenido que lidiar durante la mayor parte de mi vida con problemas hormonales, quiero intentar con un tratamiento naturista, he subido y bajado de peso... ahora estoy en una de las peores etapas de mi SOP porque dejé los hormonales...una de las tantas malas experiencias que he vivido en mi etapas de obesidad... en el IMSS a un ginecólogo con el que me canalizaron durante toda la consulta se dedicó a decirme que tenía que bajar de peso, me decía tantas cosas sobre lo mismo (como si esa fuera la única causa de mis problemas) que terminé por decirle, doctor he estado gorda, flaca y mis problemas han sido siempre los mismos...todo terminó en que no volví más!!! (Ethel)

En el mismo sentido unicausal, se afirma que para bajar de peso es necesario hacer dietas, asumiendo sin cuestionamientos que éstas funcionan y que las personas que no logran perder peso con ellas es porque no tienen suficiente “fuerza de voluntad”. Sin embargo, se ha documentado que bajar de peso al principio de una dieta es factible pero

también se sabe que casi todas las personas que se someten a una dieta restrictiva recuperan eventualmente los kilos perdidos, más un extra (el llamado “rebote”). De modo que sólo el 5% de quienes consiguen bajar de peso logran sostener la pérdida por más de un año. (Mann, 2015)

“Sólo quiero compartir un poco de experiencia personal, ¿se puede mantener el peso perdido?, claro, claro que se puede, pero el problema es que nadie ve a qué precio, o no les importa. Yo mantuve una pérdida de peso de alrededor de 25kg, por años, pero me mantuve en peso bajo, consumiendo cada vez menos calorías, haciendo ejercicio cada vez más. La tragedia de todo es que al final, a pesar de comer quizás dos veces por semana como máximo, y sin pasarme de 400/500 calorías, mi cuerpo empezó a reventar y a subir de peso igual. [...] Mi vida entera por más de 20 años giró en torno a las calorías y el ejercicio. Y aun así, mi tiroides colapsó, mis hormonas ni se diga, de por sí tengo SOP, y recuperé todo el peso y más. Ahora ya me estabilicé un poco, apenas 2 años en recuperación de mi TCA. Y todavía hay cosas que no puedo comer por que el dolor físico es insoportable, mi estómago está hecho pedazos, mi sistema digestivo lacerado. Poder volver a comer fue muy doloroso y difícil físicamente, la inflamación, los espasmos, las náuseas, todo, ha sido muy duro. Y en todo este proceso todavía había doctores recomendándome ayunos intermitentes y dietas restrictivas, porque pues por supuesto que no me creían que hacía menos de 6 meses yo estaba flaca y que estaba recuperándome de un trastorno alimenticio grave. (Viviana)

La relación causal peso-salud, está presente en los relatos de las personas gordas que describen sus experiencias en los consultorios médicos: están gordas ergo están enfermas, pero estableciendo esta relación se puede omitir el diagnóstico correcto de las pacientes o la búsqueda de enfermedades que no necesariamente se curan bajando de peso. En el caso extremo de esta relación peso-salud, la referencia no son ya métricas o indicadores de salud, sino como “se ven las personas” para etiquetarlas como enfermas:

Como cuando la ginecóloga le preguntó a mi mamá que si era garnachera por que la vio gorda (palabras textuales) y no le creyó cuando le dijo que no. La mandó con el internista porque pues está gorda y tiene el hígado graso. Le hicieron los estudios y nada de eso y el internista diciéndole que entonces por qué está gorda (ahí estuve yo escuchando y sin saber que decir) ¿Sabes también que pasa? Mi mamá es diabética y no le creen cuando dice que no consume azúcar. Pero como la ven pasada de peso, entonces creen que no se cuida. Pero no es así. Y los doctores no escuchan, solo ven. (Gabriela)

Esta relación peso-salud es omnipresente, lo que queda claro cuando los médicos felicitan a sus pacientes por bajar de peso a consecuencia de alguna enfermedad, suponemos que porque la gordura es considerada la peor de todas las enfermedades entre las peores enfermedades:

En febrero me contagié de covid19, estuve casi un mes sin comer, porque no podía ni respirar. Salí del hospital apenas pudiendo ponerme de pie, bajé cerca de 30 kg, y a la médica nutricionista sólo le entusiasmaba que hubiera bajado tanto de peso. (Maye)

Una vez llegue muy enferma, había bajado muchos kilos de peso debido a la colitis y otras cuestiones nerviosas, y cuando voy con el doctor diciéndole que no podía comer me dijo: ¡qué bueno, buena falta le hace adelgazar!, pero no es un comentario agradable pues no es bonito adelgazar por sentirte enfermo... (Alicia)

Hace un par de meses me sacaron la vesícula, en la consulta al mes con la gastroenteróloga le comento que sólo puedo comer puré y que había bajado 15 kilos y su respuesta fue: "entonces estaba muyyyy gorda, gordísima, le hace bien bajar". De eso hace un mes, sigo bajando 2 kilos por semana porque sigo sin poder comer. La respuesta sigue siendo le hace bien. Obviamente cambié de médico. (Vero)

Me pasó eso con la vesícula también. Me la quitaron en una operación urgente y el doctor me dijo: " la vesícula pesaba mucho, así que ¡qué buena forma de perder peso tan rápido y sin hacer ejercicio!" Buenísima, doctor, estar en [urgencias] a punto de palmar y luego estar dos semanas sin poder pestañear sin que te provocara dolores bestiales. (Alona)

Entonces las preguntas que surgen son: ¿Hay enfermedades deseables porque ayudan terminar con las no deseables como el sobrepeso? ¿Las enfermedades son formas buenas y rápidas de perder peso? ¿El objetivo no es tener buena salud? ¿Cómo una mala nutrición (alimentación a base de purés) es vista como una buena forma de tener salud?

Finalmente, el peso corporal excesivo se ha caracterizado no sólo como un factor de riesgo para la salud, sino también como una enfermedad a la que se le llama "obesidad" que, a su vez, ha sido señalada como un "riesgo sanitario" a nivel global. Esta ambivalencia en el discurso del

peso como riesgo y como enfermedad es la que permite sustentar la visión de la salud asociada a la delgadez, ya que, en la actualidad, las personas gordas no sólo están en “riesgo de enfermar” sino que ya están catalogadas como enfermas, además en el siglo XXI, “la obesidad” se presenta como una epidemia, con todas las implicaciones morales que esta denominación acarrea. Siendo una epidemia, las personas gordas son vistas como objetos de contagio y polución, ya no son sólo el receptáculo de imágenes asociadas con lo patológico o lo corporalmente feo, sino también con lo contagioso y lo moralmente fallido, lo desbordado, lo anárquico, lo incontrolable, algo de lo que se debe huir, dado su potencial para “contagiar”. (Boero,2012)

Por otro lado, el discurso del peso como “factor de riesgo”, está alimentado con datos estadísticos que permiten construir rangos de peso “normales” y “excesivos”, lo que traduce el riesgo en una medida cuantitativa, y pretendidamente objetiva, que funciona no sólo para la normalización de los cuerpos delgados y la cuantificación de los riesgos sobre la salud del exceso de peso, sino que además establece “acciones preventivas”, que de llevarse a cabo, les permite a las personas sentir que asumen el control sobre una situación amenazante.

En el caso de la gordura, el Índice de Masa Corporal (IMC), es la medida estandarizada a nivel global, que le permite al discurso médico, establecer las categorías de “infrapeso”, “normopeso” “sobrepeso”, “obesidad” y “obesidad mórbida”. El uso del IMC está tan extendido que ha sido un factor crucial para configurar la llamada “epidemia de obesidad”, este índice clasifica estadísticamente y agrupa a las personas de acuerdo con su peso y altura, lo que permite hacer comparaciones entre diferentes grupos, localidades, géneros, edades, clases sociales y origen étnico, sin embargo, una de las principales críticas que se le hace

a este índice es su incapacidad para tomar en cuenta estas variaciones socio-demográficas y otras características corporales como la musculatura, la grasa corporal o la masa ósea que también son factores que inciden en el peso de las personas, por lo que considerarlo como un indicador de buena salud o del riesgo de enfermar de las personas es un error.

El IMC es una medida con más legitimidad discursiva que científica, pues no sirve para saber nada sobre la salud de las personas ya que ésta es un estado mucho más complejo que la relación matemática entre peso y altura; de esta manera, una buena parte de la comunidad médica y nutricional empieza a cuestionar su uso. "El IMC es una práctica que debe estar en desuso pues es muy estigmatizante, es como sí cuando fueras al médico te midiera el nivel de "blanquitud" y con base en eso te dijera que tan sano eres". (the guardian, 2020) También las consultantes ya hablan de "nuevas formas de medir la gordura" que no se alinean con el discurso del IMC y pugnan por incorporar otros aspectos a la medición, como:

[Para] "determinar obesidad que es el exceso de grasa corporal y no de peso, [hay que medir] el porcentaje de grasa. Porque hay gente flaca con porcentajes altos de grasa (mi caso), les llaman skinny fat." (Monse)

Como ya se narró en el primer apartado de esta investigación, el IMC, surge a partir de tablas estadísticas hechas por las aseguradoras de vida en Estados Unidos a principios del siglo XX, el cual sido retomado por organizaciones internacionales de salud como la OMS, pero los criterios de corte para cada grupo han sido modificados de acuerdo con pautas más bien comerciales que epidemiológicas. Por esto, el IMC actúa más

como una métrica reguladora, disciplinar y normalizadora de los cuerpos, que como un criterio de salud.

2.4 Pronósticos de salud basados en el peso corporal

Existe una amplia documentación (Alvear-Fernández , et al, 2021;Gómez-Pérez, et al, 2017; Phelan, et al, 2015), acerca de cómo el personal médico y sanitario posee una serie de prejuicios hacia las personas gordas (el llamado sesgo de peso) que derivan en discriminación, maltrato y atención inadecuada, que de acuerdo con nuestra investigación se traduce en prácticas de diagnóstico y tratamiento aceptables para la comunidad médica y para gran parte de las sociedades obsesionadas con la delgadez como sinónimo de salud. En este sentido hemos documentado, a través de los testimonios recabados, las formas en que estas prácticas se manifiestan en las especialidades médicas más diversas, pero resaltando aquéllas donde más se repiten: la medicina general, la ginecología y los propios nutriólogos encargados de tratar “la obesidad”.

En general, las visitas al médico ya sea rutinarias o por la aparición de algún padecimiento no suelen ser placenteras, pero las personas gordas refieren un **sufrimiento particular** en sus consultas porque muchas veces sus síntomas no son tomados como signos de una posible enfermedad, porque sus análisis y estudios técnicos se ponen constantemente en duda, porque su palabra respecto a sus hábitos alimenticios o de actividad física no tiene credibilidad y porque todos sus malestares son reductibles a un solo hecho: su peso corporal.

Antes de preguntar por los síntomas de las pacientes, antes de escucharlas o hacerles revisiones, antes de ver sus análisis o estudios, los médicos **saben** que una paciente gorda está enferma a causa del

“sobrepeso” y que cualquier otro síntoma o enfermedad que se manifieste está inextricablemente ligado a él, por lo que el diagnóstico es: “obesidad” y la recomendación siempre es bajar de peso.

Mido 1.55 y peso 71 kilos. El otro día fui a urgencias ya que me había torcido el pie y tenía unos dolores que no cesaban, me hicieron unas radiografías y ya me mandaron a una doctora a que me mirase...Ni me tocó el pie ni me preguntó ni me hizo ningún estudio de medida y peso, pero su consejo fue que tenía que adelgazar porque mis pies no me soportan... (Anónima)

Hace unos días decidí ir al ginecólogo y hablar sobre lo que tengo, le expliqué que tenía irregularidades en mi periodo que sabía que no era normal, la doctora me pesó y me midió, se quedó callada y empezó a decirme: bueno, necesito que te hagas varios exámenes, de tiroides, hormonal, de 27 elementos, pero mira lo más importante aquí es que estás tremendamente obesa, no puedo creer que tengas tantos kilos encima, [...] pero mira ya te hice una dieta que debes seguir estrictamente, debes dejar de desayunar esos hot cakes que tanto te gustan, dejar de comer diario ese pollito frito que tanto te encanta y dejar los refrescos porque seguro que no tomas ni una gota de agua, lo que urge aquí es que bajes sí o sí de peso. Me sentí muy mal por qué pasó lo que temía: empezó a juzgarme sin preguntarme como me alimentaba, cuales eran mis síntomas, nada, solo empezó a asumir cosas y que comía todo el tiempo comida chatarra. (Anónima)

Yo fui por un zumbido que tuve durante meses, algunas noches no podía dormir porque ien el silencio era insoportable! En la primera consulta envió una serie de estudios que salieron

bien, así que como no sabía a qué se debía el pitido me dijo que seguramente era por estar idemasiado gorda! Le pregunté si todos los gorditos incluso con más kilos que yo, sentían un pitido constante. Me miró con cara de burla, cerró mi historia clínica y me dijo que ella no tenía nada más que hacer, porque de mi depende bajar de peso y curarme de eso y todo lo demás... (Eliana)

En el IMSS me dijeron que mi lumbalgia (por accidente de carro) era por gorda, sigo gorda y la lumbalgia se fue. (Viridiana)

Hay situaciones en las que las personas gordas solicitan certificados médicos para realizar alguna actividad como ejercicio, trabajos o viajes y ante los cuerpos gordos, sin síntomas de enfermedad, igual los diagnostican con "sobrepeso" y aconsejan bajarlo: "Fui a buscar un certificado médico para poder hacer natación y me recetó ¡¡¡dieta!!!" (Ceci)

Los relatos presentados describen la práctica constante del diagnóstico de enfermedades como consecuencia directa del "sobrepeso"

(**diagnósticos visuales**, suelen decir con ironía las consultantes gordas), es decir, el dolor de espalda, los desajustes hormonales, el malestar digestivo, la infertilidad, la migraña y hasta el cáncer, se explican porque estás gorda, así, la gordura pasa de ser un dato o un síntoma a ser la única causa de cualquier enfermedad y, además, una enfermedad en sí misma.

Muchos son los testimonios de consultantes gordas que relatan sus visitas al médico como un proceso violento donde obtienen regaños, humillaciones, y, principalmente, malos diagnósticos, así como

desalentadores pronósticos sobre su calidad de vida mientras no bajen de peso, por ejemplo:

Me lesioné la rodilla un mes antes del Covid, lesión de ligamentos, menisco, tendinitis y un etcétera largo, vaya que tengo la rodilla destrozada. Todo se ha parado por el Covid pero mis dolores van a más cada día ya que nadie me está tratando. Me acerco hoy al hospital (tras llamar y que ellos me indiquen que vaya). 4 horas de espera más tarde, me atiende un traumatólogo que no me deja hablar demasiado, pero él se centra en mi espalda porque según él, mi problema es por la espalda [y] que la rodilla es algo menor (con un informe de ecografía en mano que indica lo jodida que tengo esa rodilla) y que mi problema era por mi sobrepeso. Que baje de peso todo lo rápido que pueda y que deje el bastón que llevo y todo volverá mágicamente a su lugar. Le comento que llevo 17 kilos de más, pero que he bajado 4 kilos en cuarentena, que obviamente no soy capaz de hacer ejercicio si tengo que caminar con un bastón, le pregunto con tono bastante tajante, ¿qué puedo hacer? A lo que el muy desgraciado me dice que [debo] comer menos y moverte más... (Anónima)

Soy irregular con mis periodos y siempre se me dijo que era por estar gorda. Y que iba a ser estéril. Cuando me embaracé mi obstetra me advertía constantemente que me iba a internar si seguía engordando, cada control era referido a "dejar de comer urgente". Tengo un hijo bello de 7 años, no tuve ni tengo hipertensión, ni diabetes ni ninguna enfermedad asociada al sobrepeso, mis periodos bien y sigo gorda. Obviamente, cambie de ginecólogo. (Mirta)

La escucha y ponderación de los síntomas e incluso los análisis y estudios, como la ecografía descrita en el testimonio anterior, son secundarios respecto al peso de la paciente; en este caso, tampoco se recomiendan terapias físicas o farmacológicas para la recuperación de la lesión porque la pérdida de peso restaurará la condición de bienestar de la rodilla en cuestión o de cualquier articulación, así, bajar de peso es la recomendación para todo mal.

El dolor, en general, debe considerarse el síntoma de alguna enfermedad, sin embargo, en personas gordas es frecuentemente subestimado, suele no recibir atención o tratamiento ya que desaparecerá -no importa su localización anatómica- en cuanto se pierda peso, al grado de provocar diagnósticos incorrectos y llegando a la negligencia médica, como en los siguientes casos:

Con un dolor de cabeza persistente de semanas me hice análisis, todos perfectos, [la médica] no creyó posible que fueran míos... Quería que los repitiera [e hiciera dieta] obvia, ahí si me planté y la traté de poco seria, finalmente tenía una infección en una muela ocluida (no visible) y estaba tocando un nervio, cosa que se detectó porque insistí en hacerme otro tipo de estudios. (Ceci)

Estuve yendo al hospital 8 meses seguidos por un dolor en el vientre muy intenso, sólo me decían que adelgazara, y ya la última vez que entré grave necesitaba una operación de emergencia porque tenía una torsión de ovario y trompa de Falopio. Pero a los gordos no nos duele nada, aunque estuve al borde de la muerte... (Gaby)

Diez años yendo por un dolor de espalda que la única respuesta era "cuando bajes de peso se te pasa" hasta dar con el médico

correcto y me dio el diagnóstico de tres hernias extruidas que casi me dejan sin caminar. (Anónima)

Cuando tenía 11 años pesaba 80 kg midiendo 1.53, era gorda, empecé a tener síntomas muy raros como perder conciencia buena parte del día (parecía estar ida), dolores de cabeza extremadamente intensos, vómitos constantes y pérdida de la visión, me llevaron a pediatras y me mandaron al psicólogo sin hacerme pruebas ni nada ya que creían que era bulimia, meses después la psicóloga les dijo a mis padres que eso no era bulimia y que tenía un problema médico grave, dieron con un neurocirujano y resulta que tenía un tumor en el cerebro (Alison)

Otra práctica médica común, ante una paciente gorda, es asumir que tiene hábitos alimenticios y de vida en general “malos”, “desequilibrados” o “descontrolados”; hemos encontrado, repetidamente, que los médicos usan estos calificativos sin preguntar a sus pacientes sobre ellos o asumiendo que mienten cuando se les interroga sobre sus elecciones y preferencias alimentarias:

Ayer fui a visitar a mi prima al hospital por una piedra en la vesícula que se movió y le complicó la vida. Caí en la cuenta que no fue negligencia suya, somos gordas las dos y en cada visita al médico, partida al medio del dolor, lo relacionaban con lo que había comido. Estaba a régimen estricto, y por portación de cuerpo de gorda, desestimaron y no le creyeron que se sentía mal. Te intoxicaste, te diste un atracón, bueno hoy hiciste dieta, ¿pero ayer y antes de ayer qué comiste? (Anónima)

Llevé a mi prima pequeña al doctor hoy porque se sentía mal, durante la consulta el doctor me miró y me dijo: "sin intención de molestarla, ¿usted sabe cómo debe comer?" y sacó de su gaveta un gráfico con dibujos y muy ilustrado (el mismo de la nutrióloga de cabecera de mi familia) y empezó a explicarme. Me dijo: "pero como adultos solo comemos chatarra y usted solo come pan dulce. (sin conocerme)." (Anónima)

Al respecto de los hábitos prescritos por los médicos, Constanza Álvarez Castillo (2014), reflexiona: "al mirarme asumen que mis hábitos alimenticios no son buenos, que como compulsivamente sin ser consciente de lo que me meto a la boca. Como si comer animales o con ingredientes de su origen, productos refinados, tomar agua de la llave, fueran hábitos saludables" (pp.24-25).

Las pacientes gordas que comparten sus experiencias, con frecuencia se preguntan si otras personas, por ejemplo, los fumadores, reciben el mismo trato que ellas, o si existirían muchas demandas por mala praxis si al llegar a una consulta por problemas respiratorios los médicos sólo les recomendarán a los pacientes dejar de fumar, sin preguntar si lo hacen, sin análisis detallados o sin indagar sobre sus hábitos.

Por lo anterior, cabe recordar que socialmente las personas gordas no tienen credibilidad o prestigio, ya que su peso habla por ellas y lo que dice es que: comen en exceso y se alimentan exclusivamente de carbohidratos, grasas y azúcares. El peso corporal no sólo es un indicador de los hábitos de las personas gordas, también es el indicador más potente de su salud incluso por sobre análisis de sangre y estudios específicos, que son desestimados ante la evidencia **aplastante** de la grasa corporal:

Esto me recordó a una ocasión dónde en mis análisis, en colesterol salí baja, y la doctora me dijo que eso no era posible, con el peso que manejaba, volvió a pedir que me los hiciera y saqué un valor similar, también por debajo del estándar y muy a regañadientes lo aceptó... (Raquel)

A mí me ha pasado igual, los ginecólogos me regañan, me mandan a un endocrino para hacerme exámenes metabólicos y siempre me sale todo bien, me vuelven a hacer los exámenes de laboratorio porque no les cabe en la cabeza que una gorda pueda estar sin problemas de glucosa, ni de colesterol y mucho menos de tiroides" (Anónima)

No sólo los rangos normales en los estudios sanguíneos provocan incredulidad en los médicos de las consultantes gordas, el hecho de que tengan una constitución física normal causa estupefacción ya que indiscutiblemente deben de tener problemas musculares, óseos u otros, por el peso que soportan, "Fui a la podóloga porque me dolían los pies y, sin verme, me dijo que seguro tenía el arco del pie vencido por el sobrepeso. Cuando me reviso me dijo: ¡Ah caramba! Que lo tienes muy pronunciado [el arco], lo raro es que con el peso lo tengas tan pronunciado. Aun así, seguía haciendo hincapié en que estaba gorda." (Verónica)

Para una persona gorda tener rangos normales de grasas o azúcares en sangre o constituciones óseas normales, no es un signo de salud metabólica o corporal, sino simplemente un estado temporal y transitorio que se deteriorará tarde o temprano porque tiene el riesgo más grande, más importante y más irrefutable de todos: el exceso de peso corporal.

Además de los diagnósticos basados únicamente en el peso corporal, encontramos relatos donde los médicos niegan la posibilidad de atención hasta que la consultante adelgace:

Ayer falleció una de mis pacientes. No, no falleció de coronavirus. Conocí a Graciela hace poco más de un año. Entre otras cosas, me contó que el médico le dijo que debía perder peso como condición para que él la operara y solucionara su eventración. Por más de un año no fue atendida, y a raíz de una complicación, fue sometida a una cirugía de emergencia de la que no se pudo recuperar. ¿Desde cuándo la obesidad es una excusa para abandonar un paciente? ¿Por qué la obesidad o el sobrepeso es la causa de casi todos los malestares de hoy?
(Anónima)

Años yendo al médico porque me mataba la espalda. La respuesta a todo era el sobrepeso. Me tomaron en serio cuando perdí 20kg. Resulta que era una hernia de disco lumbar y rectificación de columna.” (Pam)

También se les demuestra, explícitamente, asco y desagrado por sus cuerpos al punto de no querer auscultarlos o insultarlas, recordando el concepto propuesto por Lupton (2013: 63) de **pedagogía del asco**, que los asocia visual y emocionalmente a un estado de desaprobación moral por su crecimiento y falta de límites.

Cuando me enfermé de la vesícula la doctora no me quería revisar, me dijo: "¿cómo te voy a revisar con todo eso?" y yo así de: "¿con todo eso que?" y me dijo: "con todo ese tejido" refiriéndose a mi sobrepeso... (Nina)

Hace unos días fui a mi control prenatal, no estaba mi médico de cabecera y entré con otra "doctora", casi no quiso tocarme, dejaba que lo hiciera todo la enfermera [...] Al momento que le tocó medirme el vientre, me dijo; "Tú tienes más panza de otra cosa, que de embarazo", me sentí de lo peor. (Naomi)

El personal médico también llega a burlarse de las pacientes gordas, utilizando frases especistas¹⁸: "como gordas y mujeres también estamos acostumbradas a ser comparadas con animales, analogías utilizadas como insultos, como si lo animalesco se tratara de una característica negativa [...] Esto es claramente una actitud especista, donde concretamente se supone la supremacía de lo humano por sobre la vida de todas las otras especies." (Álvarez Castillo, 2014: 112-116)

Resaltado que los instrumentos médicos no deben adaptarse a la diversidad corporal: "Tengo distensión de ligamentos cruzados porque juego al volley, antes de hacerme la resonancia magnética, me preguntaron cuánto pesaba. "creo que 99", mentí. "Ah, está bien, porque si pesas más de 100kg vas a tener que ir a zoológico a que te realicen la RM porque este aparato solo tolera 100kg". (Anónima)

Además, es común que cualquier médico, de cualquier especialidad diagnostique a las mujeres gordas como enfermas,

Ayer fui al oftalmólogo, pues aumentó mucho mi miopía, su comentario fue: exámenes de glicemia e insulina, dejar el azúcar y bajar de peso. (Rosa)

¹⁸ El especismo se refiere a la creencia de que cualquier especie animal diferente a la humana es inferior y, por lo tanto, puede ser usada de manera peyorativa o como insulto. Es el caso de las personas gordas que suelen ser llamadas con nombres de animales, como: vacas, ballenas, focas, cerdas, etc.

Cuando vas con cualquier médico de cualesquier especialidad y antes de siquiera preguntarte cuál es el motivo de la consulta te dice que estás muy obesa y tienes que bajar de peso aunque solo vayas por un simple dolor de garganta, cuando vas al doctor por una verdadera urgencia y en vez de revisarte bien te regaña por tu sobrepeso como si fueras un niño chiquito sin siquiera preguntarte como estas de salud, ellos dan por hecho que si estas gorda estas enferma, cuando llegas a alguna consulta médica y después de mirarte con desdén de arriba abajo (créeme q si sucede) te preguntan ¿tiene diabetes o hipertensión? ya que respondes que no te ven con cara de incredulidad, hójole, tengo muchísimas anécdotas de ese tipo, lo que sí está muy claro es que cada vez que va una al médico es tratada con poco respeto y humanidad. (Nadia)

Así, se trata de que el discurso médico alienta la idea de que la persona que se mantiene gorda a pesar de saber de los “riesgos” de la “obesidad” es porque quiere o porque es incapaz de bajar de peso por un defecto o limitación personal culposa, esto a partir, nuevamente, de la concepción del peso como asunto de control voluntario, pero acompañando este discurso se generan prácticas donde los cuerpos gordos son mal diagnosticados, son referidos como enfermos con tan sólo mirarlos, son discriminados, infantilizados, bestializados, sujetos de burla y forzados a aspirar permanentemente a la delgadez que aporta salud y calidad de vida. A pesar de lo anterior también encontramos el testimonio de una médica gorda, que ha reflexionado sobre la gravedad de estas prácticas y la necesidad de reconfigurarlas:

Soy médico, soy mujer, soy talla extra grande. Es un duro andar por la medicina mis estimadas, no somos superiores,

pero cuesta y pagas caro ser parte del gremio, poco a poco vamos rompiendo paradigmas y reformando los manejos, aún siguen los conservadores, pero hay quienes están abiertos a más opciones por el afán de ayudar... En mi caso analizo las patologías y derivo a las áreas correspondientes... Entiendo su sentir, pero poco a poco... Es difícil modificar ideales estereotipos etc. (Lili)

Finalmente, podemos mencionar que el discurso de riesgo que actúa sobre los cuerpos gordos sirve como criterio de justificación para vigilarlos y regularlos, y hemos mencionado como esta vigilancia muchas veces se hace desde la autorregulación sin medios coercitivos, adoptando como propias y necesarias tecnologías como las dietas, el ejercicio, la vigilancia de la calidad de los alimentos que se consumen, etc., pero un fenómeno con respecto a los cuerpos gordos es que sí existen una serie de prácticas violentas y coercitivas que resultan en la clara humillación de las personas gordas en cualquier ámbito, pero particularmente, en el sanitario.

Desde el “pánico moral”, las personas gordas son sujetas de estigmatización, sus cuerpos son vistos como grotescos, incontenibles, como la evidencia física de su falta de control, por lo tanto, existe permiso social para humillarlas y/o castigarlas; los médicos, además, suelen utilizar la hostilidad discursiva para “motivarlos” a cambiar, a tener mejores hábitos y, por supuesto, bajar de peso.

En este sentido, se encontraron una cantidad tan grande de relatos que resulta indispensable hacer un recuento de los más representativos:

La mayoría si no es que todos los nutriólogos que vi y que no pudieron ayudarme todos me culparon por ser una “gorda

mañosa” con falta de disciplina y cuando llevé mis estudios clínicos qué probaban lo sano que estaba mi cuerpo me hicieron sentir peor porque simplemente no sabían que estaba “mal” conmigo, jamás pude alcanzar sus metas ni los pesos “ideales” que me impusieron. (Lex)

Los profesionales de la salud suelen referirse al riesgo que encarnan los cuerpos gordos, usando frases como: **“sino haces algo ahora terminarás con diabetes”** o **“sólo es cuestión de tiempo”** o **“sino sigues mis indicaciones te vas a morir”**, estas frases son recurrentes en las consultas médicas, y muchas de ellas podemos catalogarlas como amenazas, que si bien pueden usarse como “incentivos” para, animar a bajar de peso, estos pueden escalar hasta los insultos, menosprecio y juicios de valor sobre las personas gordas:

A mí me toco cuando era chavita que me llevarán con un nutriólogo y el sonso me dijo que parecía ropero. Siempre tuvo fama de tratar mal a sus pacientes a través de insultos respecto a nuestro físico. (Liliana)

No se me va a olvidar el día que nacieron mis gemelos, apenas tenía una hora haber salido de recuperación y una enfermera muy déspota me dijo en tono de burla ique panzona yo creo que te dejaron otro bebé adentro!, cabe mencionar que esta persona no era delgada 🙄, al otro día el ginecólogo entró con dos médicos residentes y me pidió le mostrará mi herida de la cesárea porque se me habían abierto tres puntos (me desmayé en el baño) al estarme revisando me dijo que si no me daba vergüenza tener ese peso y esa panza, que había quedado deforme, los médicos que lo acompañaban pusieron en verdad cara de asombro al escucharlo y les preguntó que qué opinaban

y ninguno contestó, no me dejó ni hablar el hombre, pero era eso el menor de las preocupaciones con mis hijos en la sala de terapia intensiva, fue en verdad una experiencia muy desagradable que me trataran así por mi sobrepeso, no es para nada justificable. 😡 (Sharys)

Fui a un endocrino, y en la primera (iii y única!!!) visita, nada más sentarme no me pregunto ni por mis hábitos, ni historial médico, ni familiar, ni por que estaba ahí, directamente me dijo: "bueno, está claro que en Auschwitz no había gordos..." Salí llorando y totalmente bloqueada. Debí haber denunciado. Es alucinante... (Elena)

A principio de año mi esposo enfermó de neumonía por influenza (los dos somos obesos), estando en consulta previa a la hospitalización primero el Dr. regañó de una forma muy ofensiva e irrespetuosa a mi marido, después volteó a verme a mi para decirme -le pensaba decir a usted que su marido tiene síndrome metabólico (sin siquiera haber visto sus análisis) pero ya veo (me miró de arriba a abajo desdénando mi sobrepeso) que es inútil, si usted está como está - dijo señalándome con su mano, en ese momento estaba yo que rabiaba de coraje y le dije -vinimos a urgencias porque mi marido se siente muy mal y necesita ayuda urgente, así que le suplico que atienda los síntomas que trae y deje de faltarnos al respeto, y no es la primera vez que me pasa pero si la más grosera, sentada en algún consultorio médico he sido receptora de toda clase de menosprecios algunos muy sutiles y otros más violentos.(Nadia)

Yo fui al otorrino porque no respiraba (tengo problema con las adenoides), ¿su contestación? "Esto te pasa porque eres una

gorda infeliz, si bajas peso ya verás como todas tus enfermedades desaparecen". Ese día me lo pasé llorando de frustración, yo sólo quería que me ayudaran y poder respirar por las noches y a cambio solo recibí malas palabras. (Tiffany)

Como podemos apreciar en los relatos, la infantilización, degradación y culpabilización de las personas gordas es una constante, la reproducción de los discursos dominantes sobre la gordura (es un riesgo, es una enfermedad, es posible cambiarla con voluntad, las personas gordas son flojas, desordenadas, encarnan una epidemia, morirán jóvenes, etc.) las prácticas establecidas, que justifican y soportan ese discurso.

3. Experiencias de tratamiento en la atención a personas gordas

3.1 Tecnologías de la salud

Como ya mencionamos, uno de los principales dispositivos de control de los cuerpos es el sistema médico con sus discursos y prácticas de disciplina y autodisciplina, de hecho: “las formas en que el Estado se compromete en la vigilancia y control de los cuerpos, y cómo a su vez los individuos llegan a autorregular y disciplinar su comportamiento corporal, son de interés central para el proyecto postestructuralista de la sociología médica”. (Lupton,2003a:24). Por lo anterior, y como fundamento de nuestra investigación, recuperamos la tesis principal de esta corriente de pensamiento, donde se considera al cuerpo como una metáfora de la organización social, incluidas sus ansiedades, su regulación, su vigilancia y seguimiento. (Turner,1989:12)

En este sentido, afirmamos que el poder médico ejercido sobre los cuerpos es, básicamente voluntario, es decir que sin coacción la propia persona es quien lleva al médico sus problemas y síntomas los cuales son interpretados por él y desde su autoridad epistémica actúa para normalizar los cuerpos de sus consultantes, esto también sucede en el caso de las personas gordas quienes, en principio, confían en los diagnósticos, pronósticos y prescripciones de sus médicos, pero éstos no siempre ayudan a mantener y/o recuperar la salud ni son inocuos.

Durante la investigación hallamos una serie de tecnologías de la salud y prácticas de autocuidado y/o de prevención de las enfermedades asociadas al peso que se ponen a disposición de las mujeres para la medición, definición y tratamiento de sus corporalidades gordas, como son las básculas, las cintas métricas, las aplicaciones para hacer

ejercicio y medir datos biométricos, los regímenes alimenticios, los fármacos y diferentes procedimientos clínicos que van desde las cirugías bariátricas hasta intervenciones “menores” que tienen como objetivo disciplinar y reducir el tamaño de los cuerpos. Como veremos, estas prácticas médicas traspasan el ámbito sanitario y se encarnan en los cuerpos como biopedagogías, es decir, como aprendizajes que nos indican la manera de “vivir bien” y que incorporamos de manera autorregulatoria.

Por otro lado, estas biopedagogías y tecnologías de la salud no pueden entenderse sin hacer referencia a la millonaria industria ligada a ellas. La industria de la pérdida de peso¹⁹ junto con la medicina han sido las principales promotoras de la idea del peso corporal como riesgo para la salud; esta industria, paradójicamente, es lucrativa por su ineficacia, es decir que hasta hoy no hay ningún método que realmente logre volver delgadas a las personas gordas en el largo plazo pero si hay miles de productos que una y otra vez se venden con esa promesa; este es un método construido desde los discursos médicos y su aceptación social que mantiene siempre a las personas intentando (y fracasando) bajar de peso.

Partiendo de las ideas anteriores, es decir, de la regulación médica del peso como una biopedagogía y entendiendo el negocio que representa la industria de la pérdida de peso para sus promotores, presentamos las prescripciones más representativas encontradas en las experiencias y testimonio de las personas gordas, a saber: dietas, ejercicio, fármacos, cirugías y otros procedimientos que evitan la ingesta normal de alimentos, esto con el fin de mostrar cómo estas prácticas, a través de

¹⁹ En inglés el término usado es, *Obesity Inc*, que fue acuñado por Alicia Mundy (2010).

las experiencias recabadas, no siempre resultan en beneficio de las personas gordas, ni de su salud.

3.1.1 Las dietas

Bryan S. Turner (1989), explica que: “el cuerpo constituye un blanco de la racionalización moderna, pues se convierte en el objeto del poder y del saber” y agrega que este proceso de racionalización de los cuerpos puede ejemplificarse a través de la historia de la dieta: “la dieta significa, en la medicina griega, un modo de vida y es un componente del régimen médico, donde el régimen mismo significa una forma de gobierno. El cuerpo, por medio de la medicina y la dieta, se convierte en el blanco de estos procesos políticos, por los cuales nuestros cuerpos son regulados y administrados en aras del orden social. Así como la dieta llegó a ser desarrollada, cada vez, en mayor grado, por la teoría científica, el cuerpo mismo se convirtió en el foco de las prácticas científicas. El desarrollo de la dieta moderna con las nuevas teorías de las calorías y la termodinámica, puede ser tomado como una ilustración de este macroproceso, por el cual el ascetismo del monasterio se transforma en las disciplinas de la vida diaria.” (p.15)

Si bien la dieta, como artefacto científico del bienestar puede operar sobre los cuerpos en general, el control que ejerce sobre los cuerpos gordos adquiere características específicas importantes de destacar, como su impacto en las mujeres y la posibilidad o no de adoptarla como práctica cotidiana dependiendo de la clase o del poder adquisitivo de las personas, es decir que no cualquiera puede seguir un “régimen saludable”, sin embargo, las dietas son y, han sido desde hace muchos años, la recomendación más destacada para la pérdida de peso.

A través de la investigación encontramos que, sea cual sea la enfermedad por la que una persona gorda acude al médico, en su experiencia, la prescripción por antonomasia para mejorar la salud es bajar de peso y la técnica indicada para ello es la dieta acompañada de la práctica de ejercicio, estas prescripciones parten de la premisa de que la gordura es en sí misma una enfermedad y que debe tratarse a través del método del déficit calórico, es decir, “gastando” más calorías de las que se obtienen a través de los alimentos. Así, para las personas gordas no basta seguir “un régimen balanceado”, sino que es necesaria la limitación alimenticia en diferentes formas.

Siendo la dieta la práctica médica más recomendada para bajar de peso y mejorar la salud, se hizo un registro de aquellas que, en los testimonios y experiencias se nombran con más frecuencia, aunque cabe agregar que esta lista no es exhaustiva pues todos los días surgen nuevas formas de restricción alimentaria o las mismas, pero con diferentes nombres, encontrándose las siguientes:

Tabla 1 Dietas y técnicas para bajar de peso.

Nombre	Técnica
Keto, Paleo	Restricción total de cierto grupo de alimentos, por ejemplo: carbohidratos, azúcares, grasas o harinas.
untos, Weight Watchers, Viviri, Pronokal, Silmfast, Jenny Craig	Restricción de alimentos bajo el esquema de que menor consumo de calorías mayor pérdida de peso.
Dieta química, Dieta del PH, Dieta por el tipo de sangre	Restricción de alimentos a partir de ciertas características químicas o biológicas de los cuerpos o de los alimentos (i. e alcalinos vs. ácidos)

Nombre	Técnica
Ayuno intermitente	Restricción total de alimentos sólidos por periodos prolongados de tiempo
Ingesta de productos específicos de manera única	Restricción de todo tipo de alimentos y consumo de un producto por periodos medianos de tiempo, por ejemplo: dieta de la sopa de col, dieta de las manzanas

Fuente: elaboración propia con datos etnográficos.

La recomendación de hacer una dieta restrictiva para personas gordas, es universal, se recomienda en todos los casos y en todas las situaciones, por ejemplo: durante el embarazo, Dani de Gorda de atar nos dice al respecto, “Estando embarazada una médica me recomendó una dieta de 1,200 calorías diarias para bajar de peso, estando embarazada.” (Gorda de Atar, 2020, 5m20s).

Es importante resaltar la relación entre el embarazo y el sobrepeso, porque en este caso hay una pretensión particular, desde la mirada médica de controlar el cuerpo de las mujeres, pero en el embarazo este control es muy problemático porque justo durante esta etapa los cuerpos femeninos hacen lo que nadie quiere que hagan: engordan. Para su mejor disciplinamiento, se han creado medidas estandarizadas que indican a las mujeres “cuantos kilos pueden subir”, se alaban los cuerpos que mantienen su delgadez excepto por el vientre abultado, se utiliza el discurso de que no subir más es en beneficio de la salud del bebé y el de que es necesario recuperar “la figura” en el menor tiempo posible, a través, por supuesto, de la dieta y el ejercicio.

Así, cabe mencionar que las mujeres padecen la restricción alimentaria significativamente más que los hombres; las mujeres, en cualquier etapa de su vida, invierten mucho más tiempo, dinero y esfuerzo en tratar de adelgazar, lo que en palabras de Naomi Wolf (1991), es más

que una insistencia que busca la salud o la belleza, afirmando que: “una cultura obsesionada con la delgadez femenina no está obsesionada con la belleza de las mujeres. Está obsesionada con la obediencia de éstas. La dieta es el sedante político más potente en la historia de las mujeres: una población tranquilamente loca es una población dócil”. (p. 242)

Además de la universalización de la prescripción dietética para las pacientes gordas, los nutriólogos y profesionales de la salud utilizan la misma dieta para diferentes personas, con diferentes estilos de vida, con diferentes padecimientos y contextos, es decir, las dietas no se recetan de manera casuística sino general, la intención es que la persona pierda peso con reglas externas a su propio metabolismo y a su circunstancia social específica, “Al final es terrible lo que hacen las dietas en nuestro organismo y cerebro, además lxs nutri, al menos con los que yo me he tratado, sólo agarran una fotocopia roñosa de la típica dieta de 1200 calorías. Cuando estuve delgada era porque no tenía para comer y comía muy poco, a lo sumo 700 kcal.” (Ros)

Las dietas son prescritas por cualquier profesional de la salud, aunque su especialidad no sea la nutrición, en las experiencias relatadas encontramos ginecólogos, endocrinólogos, ortopedistas, otorrinolaringólogos o dermatólogos recomendando o haciendo planes alimenticios para sus pacientes gordas, “...pues a mí me la quería dar el dermatólogo!! [una dieta]. Fui a chequear mis lunares y resultó increpándome por mi peso...” (Magnolia)

Aunque la prescripción de dietas es una práctica cotidiana, la gran mayoría de los testimonios de las personas gordas afirman que son técnicas provisionales, es decir que les funcionaron para adelgazar mientras permanecieron en restricción alimentaria, pero al terminar la dieta regresaron a su peso original o subieron más que al inicio del

proceso. También mencionan que permanecer a dieta durante mucho tiempo, en múltiples casos, no sólo no les ayudó a mejorar su salud, sino que les hizo desarrollar trastornos alimenticios graves como la bulimia, la anorexia, el trastorno por atracón o la ortorexia todos ellos considerados enfermedades mentales y no enfermedades nutricionales.

3.1.2 El ejercicio

Desde la concepción dieciochesca de los cuerpos como un “conjunto de fibras”, la práctica del ejercicio se convirtió en la forma idónea de “endurecer” esas fibras y así evitar el “debilitamiento” físico y moral (Vigarelo,2006:199-2010) Hoy en día, la idea del ejercicio como práctica que promueve la salud persiste y su práctica constante dota **per se**, de un estatus moral superior, en este sentido los médicos y profesionales de la salud dudan que las personas gordas hagan ejercicio o que siquiera puedan hacerlo²⁰:

Hace días fui con un ginecólogo por mi ovario poliquístico, solo con verme me dijo que debía bajar el 12% de mi masa corporal, que tenía que hacer -aunque fuera un poquito- de actividad física, le expliqué que hago mucho ejercicio y en realidad no como mucha azúcar, y me empezó a atacar con - ¿Sabes cuánta azúcar tiene un yogurt?- A decirme los gramos de azúcar que contienen todos los productos que se le ocurrían, y que no sé comer, aunque yo piense que sí. Para nada escuchó mis síntomas y claro que no obtuve un tratamiento, su única solución fue que adelgazara... (Esmeralda).

²⁰ Existen innumerables ejemplos de personas gordas famosas que practican ejercicio de manera profesional, sólo como muestra podemos referirnos al trabajo de: [Jessamyn Stanley](#) y de [Dianne Bondy](#)

Estas ideas son producto del discurso hegemónico sobre “la obesidad”, reproducido constantemente por médicos y legos, que hace énfasis en que las corporalidades gordas son resultado de decisiones equivocadas en el estilo de vida, como comer en exceso o no hacer ejercicio. De esta manera, después de las dietas la práctica médica más recomendada para que las personas gordas pierdan peso es la actividad física, pero de manera descontextualizada o sin tomar en cuenta otras condiciones médicas de las pacientes:

... me lesione la rodilla y me dijeron “es que no haces ejercicio” cuando me lesione entrenando, le dije a la doctora que no podía hacer ejercicio por el dolor de mi rodilla y me dijo: “bájale al refresco y a la tortilla”, y yo no tomo refresco ni como tortilla... (Rosa)

Fui con el médico familiar del seguro social, con tortícolis y lo primero que me dijo: “es que estás pasada de peso mija”, otra vez fui con dolor de cadera (con antecedentes de 5 cirugías de cadera) y me dijo lo mismo: “estás pasada de peso mija, tienes que hacer ejercicio” y ¿cómo se supone que lo hiciera si apenas podía caminar?!!!! (Isabel)

El ejercicio que se prescribe a las personas gordas se ha vuelto una práctica individualizada, consumista y de autocontrol más que de disfrute del movimiento, además, Lupton (2013:43) menciona que el ejercicio, junto con otras biopedagogías, se han incorporado al mundo digital lo que facilita el disciplinamiento exigido, esto a través de aplicaciones que cuentan calorías, diseñan programas personalizados de “fitness” que incluyen regímenes alimenticios y de ejercicio, miden la grasa corporal, desvelan los componentes de los alimentos (calorías, grasas, carbohidratos, azúcares, organismos genéticamente

modificados, colorantes, aditivos, etc.), cuentan los pasos caminados, los kilómetros recorridos, etc. Estas aplicaciones, además permiten, de manera voluntaria la recolección de una gran cantidad de datos biométricos de consumo o de gustos sobre sus usuarios, los cuales son vendidos a la ya mencionada industria de la pérdida de peso y a las diversas industrias alimentarias, así como a otros productores de bienes de consumo asociados a la salud.

3.1.3 Los fármacos

Además de las dietas y ejercicio, dentro de las prescripciones más frecuentes encontramos una serie de métodos farmacológicos especialmente diseñados para adelgazar, entre ellos pastillas, inyecciones y laxantes. Bajo “la necesidad” de encontrar un medicamento específico contra “el sobrepeso”, a partir de la segunda mitad del siglo XX, existe un desarrollo importante de estudios y fármacos que puedan “combatir” el problema sanitario que surge a partir del nacimiento de la “obesidad” como entidad nosológica.

Siguiendo a Foucault, Paul B. Preciado (2008), considera que además de la sociedad soberana y la sociedad disciplinar, existe una tercera forma de subjetivación a la que llama “era farmacopornográfica” en la que “ya no se trata de [ejercer] el poder sobre la vida, de poder gestionar y maximizar la vida, como quería Foucault, sino de poder y control sobre un todo tecnovivo conectado” (p.66). donde las farmacéuticas multinacionales juegan un rol central en la definición de las nuevas enfermedades, el desarrollo de investigaciones a partir de la “molecularización” del cuerpo y la producción de sustancias químicas que logren “el bienestar” de las personas.

Estados Unidos es el centro neurálgico donde este proceso surge, es donde una gran parte de la investigación farmacológica se enfoca a encontrar el medicamento que ayude a las personas a combatir las enfermedades asociadas al peso y etiquetadas como “killer diseases”. Para los años 90 del siglo pasado, ya se puede dar cuenta de la existencia de toda una industria enfocada a la pérdida de peso: alimentos, ejercicios, aparatos y, sobre todo para el interés de este apartado, medicamentos.

Dentro de los fármacos más famosos y usados para la pérdida de peso se encuentran la Fenfluramina (fen) y la Fentermina (phen)²¹ ambos son medicamentos que actúan a nivel cerebral sobre la recaptación de neurotransmisores, aumentando su biodisponibilidad y produciendo una disminución o supresión del apetito. Su desarrollo químico se hizo a partir de la estructura de las anfetaminas (anfetamina, metanfetamina y fenmetracina) que hoy en día están proscritas a nivel mundial debido a su capacidad adictiva. El Fen-Phen se refiere a la combinación o cóctel de ambos de fármacos. En 1992, el Dr. Michael Weintraub de la Universidad de Rochester y varios colegas publicaron un estudio citando al Fen-Phen como un método más eficaz que la dieta o el ejercicio para la reducción de peso de la obesidad crónica. La combinación Fen-Phen se convirtió en un medicamento de rápida aceptación, así, para el año de 1996, se prescribieron 6.6 millones de recetas del cóctel en los Estados Unidos.

De acuerdo con Paul Campos (2004) estos medicamentos generaron furor entre los médicos, clínicas, farmacéuticos y usuarios de los mismos porque era presentados como “el método” que lograba una reducción rápida de peso, aunque agrega: “La fen-phenmanía fue desencadenada

²¹ Aprobadas en combinación para su uso por la FDA en 1959.

por la publicación de un único y pequeño ensayo de la combinación del medicamento, por lo que parece una hipótesis válida, sugerir que la publicación fue pagada por la misma farmacéutica que lo producía y que Weintraub fue su promotor mientras trabajó dentro de la Food Drugs Administration (FDA)".

Sin embargo, en el verano de 1997, la Clínica Mayo informó de 24 casos de pacientes con enfermedades en las válvulas del corazón, que habían tomado el cóctel Fen-Phen. Este grupo de usuarios de Fen-Phen permitió establecer una correlación entre su consumo y diversas enfermedades cardíacas y pulmonares, debido a ello, el 8 de julio de 1997, la FDA de Estados Unidos emitió una advertencia de salud para informar de los hallazgos de la Clínica Mayo, que fueron publicados en la edición del 28 de agosto del *New England Journal of Medicine*²², lo que finalmente derivó en la retirada del mercado de la combinación Fen-Phen.

La FDA siguió recibiendo informes sobre consultantes con enfermedades del corazón, que habían tomado Fenfluramina o Dexfenfluramina²³ es decir, sólo uno de los medicamentos, las evaluaciones adicionales de estos pacientes mostraron que aproximadamente el 30% de los usuarios tuvieron hallazgos de problemas cardíacos, además de que se documentaron otros efectos secundarios a su ingesta como: la exacerbación de estados maníacos, la ansiedad, la pérdida de memoria

²² Ver: Connolly HM, et al. *NEJM* 1997, 337:581-8. Graham DJ, Green L. *NEJM* 1997, 337(9): 635. 5. "FDA Announces Withdrawal Fenfluramine and Dexfenfluramine".

²³ Mientras la popularidad de *Fen-Phen* se disparó, su fabricante, la **American Home Products**, estaba preocupado porque tenía la patente de *Pondimin* (la marca de la fenfluramina) pero estaba a punto de expirar, lo que significaría que cualquier empresa podría producir fenfluramina y entrar en las ganancias del *Fen-Phen*. **American Home Products** y su filial de Wyeth se unieron para desarrollar una nueva versión de la fenfluramina, así surge la dexfenfluramina, conocida de manera comercial como *Redux*, que a pesar de los problemas que causaba a la salud de las personas siguió comercializándose.

(reversible) y la hipertensión pulmonar. Así, en septiembre de 1997, la FDA, solicitó a los fabricantes de medicamentos la retirada voluntaria de la Fenfluramina y la Dexfenfluramina. El Dr. Michael A. Friedman, en ese entonces, subcomisionado líder de la FDA, emitió un comunicado de advertencia: "Los resultados sugieren que (los medicamentos en cuestión) tienen una acción negativa rápida. Los datos que hemos obtenido indican que la fenfluramina y la dexfenfluramina químicamente relacionados, presentan un riesgo inaceptable para los pacientes que los toman". (FDA, 1997) Al mismo tiempo, la FDA recomendó a los pacientes que estaban tomándolos que abandonaran su uso, a pesar de ello, estos fármacos siguieron siendo recetados por mucho tiempo aun conociéndose sus efectos secundarios.

El caso de la fenfluramina y la dexfenfluramina es uno de los más significativos y conocidos sobre el desarrollo de fármacos contra "la obesidad" y sus efectos secundarios, así, se puede afirmar que esta industria hasta el día de hoy no ha logrado su objetivo, de hecho, "los datos clínicos indican que las personas que intentan bajar de peso tomando medicamentos, pierden sólo 3 kilos más que las que toman un placebo, además, suelen recuperar el peso perdido una vez que abandona la medicación". (Campos, 2004:11) A pesar de ello, son una de las prácticas de tratamiento más importantes encontradas en nuestra investigación cualitativa:

En mi juventud, con 20 años, había un doctor que cada vez que me veía me decía que debía adelgazar, según él todos mis problemas se debían a mi sobrepeso, me recetó sibutramina y

la tomé hasta que me generó costocondritis²⁴ y eso me dio mucho miedo. (Liliana)

Mi tío era médico y me daba rimonabant para que adelgazara, por mi salud... La sacaron del mercado por bajar la serotonina, a largo plazo la gente se suicidaba. (Ceci)

Los ginecólogos son de los peores gordofóbicos. A mí uno me mandó anfetaminas para bajar de peso, (yo no sabía lo que eran ni que eran peligrosas) y ni siquiera estaba gorda, pero para él sí que lo estaba... (Tania)

Cuando fui a la endocrinóloga me recetó metformina ya que tengo la insulina alta, pero además me dio una receta (no me acuerdo del nombre del medicamento) y me dijo que con eso iba a bajar de peso, pero no podía comer nada de grasa porque literal "me iba a cagar encima" y que en la próxima consulta debía bajar 10 kilos (Katherine)

Como en el caso de la fenfluramina y la dexfenfluramina, muchos de los medicamentos desarrollados y prescritos para bajar de peso, con el paso del tiempo, han sido prohibidos para su comercialización, aunque muchos otros siguen recomendándose a pesar de que su tasa de éxito es casi nula al suspender su ingesta.

Tabla 2 Fármacos para bajar de peso.

Nombre comercial	Compuesto químico	Efectos secundarios
Reductil	Sibutramina	sed, náusea, costocondritis
Redustat/Redustat-Boost/Alli/ Xenical	Orlistat	diarrea, eses blandas, grasosas

²⁴ La costocondritis es una inflamación del cartílago que conecta una costilla al esternón. El dolor causado por la costocondritis podría asemejarse al de un ataque cardíaco u otras afecciones del corazón. Ver: [costocondritis](#)

Nombre comercial	Compuesto químico	Efectos secundarios
Acomplia/ Bethin/ Monaslim/ Remonabent/Riobant/Slimon a/ Rimoslim/ Zimulti/ Riomont	Rimonabant	alteraciones psiquiátricas, estados depresivos
Redotex ²⁵	Clorhidrato de d-norpseudoefedrina, aloína, sulfato de atropina, diazepam, triyodotironina sódica	nerviosismo, insomnio, excitación, fatiga, taquicardia; sequedad de boca y de mucosas; náuseas, vómito, constipación o diarrea

Fuente: elaboración propia con datos etnográficos.

Además de los fármacos expresamente diseñados para adelgazar, nos encontramos con la prescripción y el uso de una serie de medicamentos que tienen como objetivo aliviar o coadyuvar en el mejoramiento de otras enfermedades como la diabetes o el hipotiroidismo, y que, si bien logran reducir el peso de las personas, su uso no debe ser indicado para bajar de peso pues no fueron diseñados para ello y pueden provocar otros desordenes. Es el caso de la metformina (usada para reducir los niveles de glucosa en sangre) o de la levotiroxina (forma sintética de la hormona tiroxina) usada como un reemplazo hormonal en pacientes con problemas de tiroides y que puede provocar serios problemas de salud cuando se usa para bajar de peso. “Pasó a darme la receta donde solo me dio unas pastillas anticonceptivas y me dijo: “te mando metformina no por que tengas tu glucosa alta si no para que bajes de peso te va a

²⁵ El 18 de mayo del 2023 la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) de México prohibió la producción, distribución y comercialización de los “medicamentos” Redotex y Redotex NF, “después de que el equipo de científicos de esta autoridad sanitaria determinó que su consumo representa un alto riesgo a la salud, derivado de la cantidad de reacciones adversas registradas y las sustancias dañinas que contienen” (Cofepris, 2023), cabe mencionar que este fármaco fue prescrito a miles de personas en nuestro país durante los 24 años que duró su registro de comercialización, causando múltiples daños en la salud de la población aún sin cuantificar. Para ver la alerta sanitaria completa consultar: [Cofepris cancela registro sanitario de Redotex](#)

ayudar a bajar más rápido”. Al final no me dijo que diagnóstico tenía ni nada solo hizo una anotación y decía “amenorrea””. (Anónima)

A partir del 2022 se ha popularizado el uso de la Semaglutida, un fármaco diseñado para el manejo de la diabetes, a tal grado que se ha convertido en una tendencia entre “los famosos” de Hollywood, lo que eventualmente ha provocado desabasto del medicamento entre las personas diabéticas en la ciudad de Los Ángeles.

El fármaco con nombre comercial Ozempic comenzó a popularizarse en la industria cinematográfica de Hollywood para lograr bajar de peso de manera efectiva; sin embargo, el medicamento puede causar efectos secundarios graves. Se trata de una medicina inyectable, un regulador de insulina para personas diagnosticadas con diabetes tipo 2, fabricado por el gigante farmacéutico danés Novo Nordisk, cuyo principal efecto secundario es una drástica pérdida de peso [...] Resulta preocupante, según informes, que una demanda abrumadora del fármaco está dejando a diabéticos sin sus respectivos suministros. La droga llegó a los titulares internacionales hace tres meses después de volverse viral en TikTok, ya que la tendencia #MyOzempicJourney mostró interés al público en general (The Guardian informó que el hashtag #Ozempic había sido visto 74 millones de veces en la plataforma) [...] De acuerdo con la página oficial de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, el fármaco fue aprobado para su uso en 2017; sin embargo, se advierte que puede causar efectos secundarios graves, como niveles bajos de azúcar en la sangre, inflamación del páncreas, complicaciones de la enfermedad de la retina relacionada con la diabetes (retinopatía diabética) y reacciones alérgicas. (The Guardian como se citó en Portal Aristegui Noticias, 21 de septiembre de 2022).

Dentro de este apartado, encontramos la prescripción, no sólo medicamentos de patente, sino también recomendaciones y uso de los llamados “productos milagro” que igual, que muchos medicamentos prescritos para adelgazar suelen provocar otros trastornos a la salud de quienes los toman por la presión médica y social de bajar de peso:

Hace algunos años tomaba la mentada semilla de Brasil y bajé muchos kilos muy rápido ya que funciona como un laxante extremo. Mi periodo se detuvo por casi seis meses y fue ahí cuando me preocupé y fui al médico. Resulta que el producto tenía un alto nivel de metales pesados del subsuelo y técnicamente me estaba envenenado. Pero todos me decían que me veía super, más joven, más bonita y que siguiera así. La salud es algo muy complejo que solo es entre uno y el cuidado médico que elija. Gordos o flacos no es una garantía de buena o mala salud. (Sanae)

Un ginecólogo me mandó a adelgazar por un dolor a la cadera que me bajaba a la pierna, él indicó que era producto del sobrepeso. Me mandó a tomar un medicamento de base "natural" que se mandaba a preparar en las farmacias como "compuesto". Comencé a tomarlo y a hacer dieta, durante 2 semanas bajaba casi 3 kg, tiritaba todo el día, andaba nerviosa y con sudoración excesiva, no lo pasaba bien... Luego bajé casi 8 kg. Peroooo... Vino un mal momento en mi vida a los meses y el no seguir con esa dieta y el maldito efecto rebote de ese medicamento, me hizo subir todo, aumentando mi peso inicial (más del que había empezado la dieta). Nunca más (Majo)

En la era farmacopornográfica, el desarrollo de los medicamentos también se enfoca en los estudios genéticos, muchos de ellos afirman

que ciertos grupos étnico-raciales tienen una “mayor tendencia a la obesidad”, en este sentido, los casos más notables y estudiados son los latinos y los afroamericanos en los Estados Unidos. Ahora bien, los estudios que hablan de un “componente genético” en “la obesidad”, generalmente, no toman en cuenta otros factores como las correlaciones entre estas minorías y sus bajos niveles de ingreso, pero sí se asocian las pretendidas “tendencias genéticas” a ciertas actitudes “culturalmente incorrectas” hacia el cuidado de la salud, lo que también nos hace pensar en una ciencia que basa sus estudios clínicos en una concepción discriminatoria de las poblaciones racializadas

En México, el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), a partir del discurso médico hegemónico de los peligros de la “epidemia de obesidad”, ha usado el mapa genético de los mexicanos para establecer que “somos obesos y/o diabéticos por factores genéticos”; así, los esfuerzos del INMEGEN, nuevamente, están enfocados al desarrollo de un tratamiento farmacológico basado en la “predicción del riesgo” de desarrollar alguna enfermedad dentro de los grupos de población “predispuestos”, que se erigen como una suerte de “pacientes perpetuos” (García-Deister y López Beltrán, 2015:8). Al respecto, falta problematizar si el hecho de ser diagnosticado como “genéticamente predispuesto” a la obesidad o a la diabetes es motivo suficiente y necesario para estar sujeto(a) de por vida a un tratamiento médico especial.

3.1.4 Las cirugías

El mercado de productos para bajar de peso se ha diversificado en las últimas décadas, posicionándose dentro de éste las cirugías bariátricas que, en principio, sirven para tratar la “obesidad mórbida”, “estableciendo no sólo que la obesidad es una enfermedad, sino también

que la mejor manera de tratar esa enfermedad es a través de una intervención médica radical” (Lupton,2013:4).

Estas operaciones tienen su antecedente inmediato en las cirugías que se realizan para el tratamiento de cáncer en diferentes órganos del aparato digestivo, como el de estómago, donde se extirpan las partes invadidas por las células malignas y se deja sólo una parte del estómago (del tamaño de una manga) lo que permite la supervivencia del paciente, pero sólo con una pequeña parte del órgano vital, de ahí una de las controversias en el uso de estas cirugías en consultantes gordas, ya que se mutila un órgano sano, con el objetivo de perder peso. A pesar de ello, encontramos estas cirugías como una de las prescripciones médicas más importantes para “solucionar” los problemas de salud derivado del “sobrepeso”, ya que permiten la pérdida masiva de peso, siendo las más recurrentes el **by pass** gástrico, el balón gástrico o la manga gástrica.

Así, estas operaciones generan fuertes debates cada vez que se les mencionan en las discusiones de los grupos etnografiados, a favor y en contra por igual; muchas de las personas que han optado por una intervención bariátrica la describen como “la mejor decisión de su vida” pues perdieron peso y su salud y/o movilidad mejoraron, mientras que otras tantas la consideran “un procedimiento riesgoso y del que no obtuvieron grandes resultados” porque con el paso del tiempo recuperaron el peso perdido y debido a los efectos secundarios que padecen, por ejemplo, Raquel Lobatón (2021) las define como “una práctica riesgosa que atenta contra la salud, en nombre de la salud”; en lo que ambas posturas coinciden es en describir a las cirugías como un método extremo recomendado por los médicos para casos de “obesidad

mórbida”, que de realizarse necesita un acompañamiento psicológico ya que no es un proceso “mágico”:

...mi marido se la hizo hace ya un año [cirugía bariátrica] y en noviembre le tienen que extirpar la vesícula. Se arrepiente de haberse operado ya que **no le informaron de todos los efectos secundarios** que tenía, como por ejemplo ésta que les comento: que le tienen que extirpar la vesícula porque se le formaron muchas piedras. ¿Perder? perdió super poco, y realmente no le mereció la pena. Casos hay mil, cada uno es un mundo. Yo sólo aportó su vivencia. (Stefani)

A mí me operaron en 2011. No tuve complicaciones. Perdí 70 kilos. La complicación más común en el by pass es la fístula. Se trata con una sonda nasogástrica hasta que cierre. Hay complicaciones más graves que van desde internación hasta la muerte. Eso lo explicaron en la primera charla que tuve. Hay un 3% de mortalidad en esta técnica. Después hay que controlar cada 3 meses hasta el año postquirúrgico y el segundo año cada 6. La mayoría vuelve a recuperar peso con los años. Yo estoy subiendo un kilo por año y dicen que es muy común. Debería hacerme la cirugía reconstructiva en abdomen, busto y muslo interno, pero no me animo. La gran omisión de casi todos los equipos bariátricos es la parte psicológica. Hay profesionales de salud mental en la mayoría de los equipos, pero la preparación y seguimiento es muy deficiente... (Rox)

Entre los efectos secundarios asociados a las cirugías bariátricas se mencionan: la pérdida de la capacidad para absorber nutrientes a través de la mucosa gástrica, (lo que deriva en la ingesta de por vida de vitaminas y suplementos), hernias, fistulas, náusea y vómitos regulares,

gastritis, reflujo, colon irritable, cálculos biliares, intolerancia a ciertos alimentos, síndrome de dumping (subidas de azúcar por ingesta de carbohidratos) rebote, pérdida de cabello, ansiedad, depresión y hasta la muerte.

A pesar de que las cirugías bariátricas son medicamente recomendadas para las personas catalogadas dentro del rango de IMC con "obesidad mórbida" (mayor a 40) es una sugerencia común por parte de los profesionales de la salud de muy diferentes especialidades, quienes prescriben estas cirugías a cualquier persona con sobrepeso menor, e incluso aducen abiertamente razones estéticas y no médicas:

...si de casualidad te topas con un doctor que te atiende bien, apenas termina la consulta lo primero que te recomiendan es que consigas una dieta para bajar de peso. Recuerdo la doctora que me atendió me dijo que todo bien y yo bien agustirris [sic] con ella y luego me sugirió hacerme una cirugía para estar más guapa y poder usar la ropa bonita que usaban todas las jovencitas de mi edad. (Lorena)

El lunes pasado me acaba de suceder. Fui con una ginecóloga para revisar unos resultados de mi PAP y nomás verme me empezó a bombardear con comentarios tipo: "Ay niña tú sí que eres candidata para una manga gástrica deberías considerarlo, es que mírate tu obesidad mórbida está de miedo, mira hasta vienes hipertensa. Esto es muy serio yo por eso, aunque estén cerrados los gyms por la cuarentena como sano y hago ejercicio en casa. "Y yo pensando, "vaya solo venía a revisar algo que tiene que ver con mi vagina, cérvix y útero, no con mi gordura." Y me recetó pastillas para la presión arterial. O sea...podía tener cáncer en el útero, pero a la sra. solo le

importaba que me hiciera una manga gástrica, ya que me lo repitió como 3 veces. (Jett)

A mí ya dos veces me han recomendado cirugía bariátrica cuando fui por una lesión en la rodilla. (Anónima)

Si bien es una práctica común prescribir estas cirugías, lo cierto es que no son procedimientos que se encuentren al alcance económico de cualquier persona, ni son cubiertas por la mayoría de los seguros médicos, por lo que una intersección de clase puede hacer que las mujeres gordas no accedan a este proceso.

3.1.5 Otros procedimientos

La industria de la pérdida de peso también presenta procedimientos médicos “menores” como la utilización de acupuntura o balines y otros más polémicos, como la utilización de mallas linguales, imanes entre los dientes y el uso de alimentación enteral (mediante el uso de sondas nasogástricas), técnicas cuya principal característica es que sólo permiten la alimentación a través de líquidos. Cabe resaltar que la alimentación enteral es un método de soporte nutricional para pacientes enfermos que no pueden comer por vía oral, sin embargo, en esta industria la promueven como un método para adelgazar.

Ilustración 2 Promoción de malla lingual para el control de peso.



Fuente: Raquel Lobatón. Nutrición Incluyente, 2 abril de 2020.

A mí me pusieron esa malla en 2005 en una "clínica" de Sinaloa engañada y obligada por mis papás. Me la cosieron a la lengua y el truco, me dijeron, era tomar solo líquidos por meses hasta que llegaras a tu peso. Al mes me la quité yo sola pues me estaba desmayando en la Universidad de no tener energía. Fue muy traumático." (Krizia)

Mi mamá me la quería poner cuando era adolescente y lo pensé como viable alguna vez (Ilse)

La presión social por ser delgada es tan fuerte que estos procedimientos pueden ponerse sin autorización de la persona afectada, lo cual implica una gran violencia física y simbólica; aunque también está el otro extremo, donde las pacientes han incorporado la biopedagogía y se la han colocado de manera absolutamente voluntaria:

iYo tengo una paciente que se la puso! Muy impresionante esa historia. Ni siquiera entiende de qué me sorprendo cuando me

lo cuenta, le parece súper normal y dice que lo volvería a hacer. (Sol)

Yo me la puse, perdí...dinero iies lo único que perdí!! iiy 4 fabulosos kg en 3 meses !!! parece espantoso (es más, lo es) pero para alguien que persigue la delgadez a toda costa eso es solo uno de los métodos a usar. Y cuando las leo y me doy cuenta que muchos opinan que es tan invasivo [...] me doy cuenta de cuan distorsionada es la realidad de cada una de nosotras (en este caso la mía) ya que me parecía tan "normal"... de eso hace aproximadamente 6 años y sorprendentemente hace meses busqué volverlo a hacer a pesar de no haber bajado de peso [...] ¿Por qué? Porque necesitaba algo que me detuviera, algo que me diera la seguridad de que no podría seguir comiendo mal, ya que mi fuerza de voluntad y mis emociones no ayudan mucho, algo que me diera la tranquilidad de estar siendo "ayudada " por un método externo. y en este punto me pregunto: ¿qué tantas cosas de las que he intentado son más daño que ayuda?

(Laura)

En el testimonio anterior podemos observar cómo se tiene interiorizada la idea de que "comer mal" es producto de la poca fuerza de voluntad de las personas y además se patologizan las emociones asociadas al comer, como el placer.

La banda nasogástrica es otro de los procedimientos destacados en esta sección, ésta consiste en alimentarse por la nariz mediante un tubo, que sólo permite la ingesta de líquidos, lo que permite suponer que este procedimiento es doloroso, puesto que la nariz es una zona sensible y se ingieren líquidos por ella para poder bajar de peso. Se hizo popular en

Europa y Estados Unidos, principalmente entre mujeres que querían perder peso antes de su boda, porque resultaba un método “eficaz” para perder 9 kilos en 10 días, la alimentación es con base en líquidos que contienen “una solución de aminoácidos, vitaminas y minerales”²⁶, pero que en total no excedan la ingesta de 800 calorías diarias.

Ilustración 3 Sonda nasogástrica para la pérdida de peso. “Uso de sonda para alimentación enteral que permita pérdida rápida de peso”



Fuente: Extraído de PressReader

Finalmente, pasó de una moda a una recomendación médica principalmente entre profesionales de la nutrición:

En alguna ocasión un "amigo" que es nutriólogo me ofreció hacerme eso, [ponerse una banda nasogástrica] incluso sin costo porque decía preocuparse por mi salud y mi sobrepeso, afortunadamente nunca acepté su ofrecimiento porque no se me hacía sano, pero desafortunadamente hay muchos profesionales de la salud que andan por ahí dando ese

²⁶ Ver: Alimentarse por la nariz, una dieta rápida

"tratamiento" que no dudo que afecte mucho más la salud de los pacientes que el peso. (Giovanna)

Otra de las técnicas encontradas dentro de la investigación, es un dispositivo que sella la boca con imanes para evitar la ingesta de alimentos sólidos: "un grupo de investigadores la Universidad de Otago (Nueva Zelanda) y del Reino Unido han diseñado un dispositivo que presume de ser el primero para perder peso en el mundo. El sistema para hacerlo no es tan sofisticado como podría parecer: obliga a quien lo lleva puesto a mantener la boca cerrada -literalmente-, con lo que evita el picoteo entre horas y saltarse así una dieta. Quien lleve el equipo puesto tendrá que hacerlo junto a una dieta puesta por un endocrino, pues la idea de los desarrolladores del proyecto es que la persona se alimente exclusivamente a través de una dieta líquida, al menos en su primera fase. El DentalSlim Diet Control se trata de un dispositivo intraoral, que es colocado en los dientes traseros por un dentista y utiliza pernos con imanes para evitar que quien lo lleve puesto abra la boca. Ésta tan sólo podrá abrirse unos 2 mm.²⁷

Al parecer este dispositivo no es el primero en intentar "cerrar la boca" de las personas gordas con el fin de adelgazar, de acuerdo con la nota periodística, en la década de los 80 del siglo XX ya se había intentado usar un dispositivo similar que no permitía que la mandíbula se articulara de la manera normal y así impedía la ingesta de alimentos a las personas que lo usaran, claro, con sus correspondientes efectos secundarios: "muchos desarrollaron afecciones psiquiátricas agudas, otras enfermedades dentales, desplazamiento de mandíbula e incluso existía el riesgo de asfixia si el paciente vomitaba, ya que no podrían abrir la boca [...] este procedimiento es agresivo con respecto a otras

²⁷ Ver: El Español. 28 de Junio de 2021

dietas y programas para perder peso, sin embargo, este quiere ser la alternativa a la cirugía bariátrica, cuyos pacientes "viven con las consecuencias de eso de por vida, que pueden ser bastante desagradables". Al respecto de este dispositivo una paciente gorda expresa:

No sé cuántas veces me habrán mandado a cerrar la boca a lo largo de mi vida. Algunas fueron a modo de "cállate" otras a modo de "deja de comer, gorda de mierda". Cerrar la boca a las personas gordas es una meta constante en el mundo gordóforo. Que dejemos de comer. Que dejemos de tragar. Que dejemos de alimentarnos. [Este procedimiento es] un ejercicio de violencia que censura un acto básico para la vida humana (comer, alimentarse), el cual solo es posible en el momento en el que esa vida humana no importa. Y lo cierto es que no importamos. Solo nos ven como un objeto fallido que modificar, mejorar o exterminar, una cifra que reducir. (Magda)

Ilustración 4 Dispositivo para adelgazar con imanes. "Idean un dispositivo para adelgazar que sella tu boca con imanes para que no puedas comer"



Fuente: Extraído de El Español el 28 de junio de 2021, consultado el 30 de marzo 2024.

3.2 Derivación a especialistas en nutrición

Por otra parte, las narraciones encontradas en la investigación nos hablan de la constante práctica médica de derivar a un especialista en nutrición, aunque la consulta de las personas no sea por un problema con su peso; si bien la tendencia principal es hacer prescripciones de dietas o simplemente mandar a las consultantes “a bajar de peso”, también encontramos experiencias que cuentan, que antes de tratarlas por sus padecimientos, los médicos las mandan con el nutriólogo, lo que denota una falta de atención y dedicación suficiente a las consultantes gordas:

...el "médico" me dijo que no había nada en las imágenes [la paciente tenía un diagnóstico previo de quistes en los ovarios] y que mis dolencias eran por la obesidad, que me iba a dar de alta y si me sentía mal pues sacaré cita de nuevo y de pasada fuera a sacar cita al nutriólogo. (Edna)

Cuando te mandan en el IMSS con el nutriólogo y te da la misma dieta de 1000 calorías q le da a todo el mundo (Nadia)

Sólo fui a reponer la tarjeta [del servicio de salud] que se me perdió y salí con cita urgente a nutrición” (Santa)

Recientemente estuve internada por neumonía no covid. Las indicaciones post-alta es ir al nutricionista y médico de cabecera. En ningún lado menciona control con neumólogo ni nada referido a la enfermedad por la que estuve internada (María)

Me ha pasado incontables veces al ir al médico, lo único que saben decir es que es por el peso, no se toman la menor delicadeza de examinar e indagar... Es triste, hace un mes

consulté por un dolor en la parte baja de la espalda y la respuesta fue remitirme a nutricionista para bajar de peso... Yo hago ejercicio y procuro comer sano, además todos los análisis de control siempre me han salido normales. No sé cuál es el cuento contra los gordos, es terrible encontrarse cada vez con gente que no entiende que no todos debemos ser iguales.

(Diana)

Los nutriólogos suelen usar una receta para bajar de peso sin hacer un diagnóstico por caso personalizado e individual. La intención es que la persona pierda peso con reglas estrictas.

Además, la relación con los especialistas en nutrición también puede ser conflictiva, pues responden al mismo discurso hegemónico sobre la salud y suelen utilizar insultos "para motivar" a las mujeres a perder peso, lo que se relaciona estrechamente con las experiencias de atención desarrolladas antes en este documento, donde el uso de insultos y amenazas para las pacientes gordas es moneda corriente:

Me he dado cuenta que ya he ido con 6 nutriólogos diferentes y que 5 de ellos se han portado terribles conmigo, desde decirme gorda hasta el que me dijo: bajaste solo 3 kilos y medio, para lo gorda que estás es muy poco. ¡Uy, si les contara las que he pasado! Un nutriólogo me dijo en un tono burlón en la primera consulta "¿seguro tienes ovario poliquístico?" pregunta que no venía al caso y yo 🙄. Es que las gordas siempre lo tienen y por eso son peludas, me sentí tan apenada, pero conmigo misma por aceptar esos comentarios y peor aún pagar por ello una consulta. Otro nutriólogo me dijo yo te voy a hacer bajar de peso y cuando estés bien buena te voy a coger como nadie te ha cogido 🙄. Ese mismo me dijo que las mujeres no debemos

ir con mujeres nutriólogas por qué apoyamos entre nosotras la gordura y que ellas no sirven, que es solo perder el dinero, que todas las mujeres llevamos una gorda por dentro, (Anónima)

Si bien la ciencia biomédica justifica sus prácticas e intervenciones sobre los cuerpos gordos aduciendo que están basadas en conocimientos objetivos, a lo largo de este texto hemos relatado como existen una serie de entramados de poder y socioeconómicos que inciden sobre las corporalidades y las tecnologías de cuidado de la salud que se prescriben para bajar de peso, lo que nos muestra que no son neutrales y casi nunca logran el objetivo de adelgazar a las personas y mucho menos el de proporcionarles salud, por el contrario, su uso puede deteriorarla y su prescripción se hace, frecuentemente, desde la estigmatización y el mal trato por parte de los profesionales de la salud.

Según el modelo médico, lo que sucede en las relaciones de atención médico-paciente, es el diagnóstico y tratamiento de un mal funcionamiento orgánico, en este caso de la enfermedad llamada “obesidad”, pero a diferencia de la mayoría de las condiciones de salud, se parte del prejuicio de que ésta es provocada por las mismas pacientes con sus hábitos y actitudes, por lo que encarnarla no tiene ninguna aceptabilidad social, de ahí que se justifiquen los malos tratos, regaños y prácticas de intervención drásticas sobre sus cuerpos, todo ello descrito a través de las experiencias presentadas. Sin embargo, más allá de la condición de salud, que no puede determinarse sólo por el peso corporal, la obesidad es el paraguas donde se cobijan una serie de relaciones de poder que se ejercen sobre las corporalidades gordas.

El cuerpo gordo patologizado es producto de las prácticas sociales discriminatorias, entre ellas las médicas, de ahí la importancia de describirlas en voz de sus propias víctimas y evidenciar las jerarquías,

las intersecciones y los mandatos morales que se ejercen mediante ellas, los cuales rebasan los criterios de salud y muchas veces deterioran a la misma.

Por lo anterior, las experiencias sobre las prácticas de tratamiento a las personas gordas muestran una falta de análisis profundo de los síntomas de las pacientes, un constante descrédito por sus dichos en torno a su dolor, sus hábitos alimenticios y/o de movilidad e incluso un enorme escepticismo ante análisis o exámenes que muestran rangos normales de grasas o glucosa en sangre o, en sentido inverso, se ignoran síntomas físicos mostrados en imágenes como quistes o lesiones en los huesos, centrándose en la necesidad de perder peso para obtener salud. Todo lo anterior se configura como una forma de discriminación que principalmente impide el acceso a la salud de las personas gordas.

También se relatan experiencias en el consultorio donde el personal médico se niega a atender consultantes hasta que no bajen de peso o muestran desagrado por tener que examinarlas llegando a retrasar por años diagnósticos de enfermedades graves. Para los profesionales de la salud que atendieron a las pacientes que cuentan su experiencia, el peso es central para la salud, uncausal de enfermedades o dolor, factor de riesgo para enfermedades futuras y encarnación que indica no sólo la salud (mala) de las personas, sino que muestra sus fallas morales, las personas gordas son, se sobreentiende, flojas, mentirosas e ignorantes. Como muestra:

Si tienes algo de sobrepeso es una cosa, pero si tienes obesidad, siento decirte que sí, que te tratan mal. Es una mierda, pero es lo que yo viví. Yo pensaba 120 kilos cuando me quedé embarazada, y aunque seguí una dieta de 1500 calorías, aumenté 20 kilos más. Cada vez que tenía que ir a un control

médico, salía llorando. Me hacían sentir fatal, yo comía muy sano, pero me hablaban como si comiera tocino para desayunar, almorzar y cenar. Mis análisis eran perfectos y ni, aun así. Me repitieron la prueba del azúcar porque no se la creían [...] no solo fue una profesional la que me trató fatal, fueron varios. Tienes que prepararte mentalmente para ello, por ti y por tu bebé. Porque la medicina hoy en día parece que está para culpabilizar y está llena de gordofobia. Siento ser tan dura, pero es lo que viví. Cuando tenía que ir al médico me subía la presión por las nubes y me decían que era por el peso, pero luego llegaba a la casa o me la tomaba en la farmacia y la tenía bien. Me subía la presión solo de pensar que tenía que volver a sufrir los desprecios de los doctores. Pero escucha, yo realmente llevé un embarazo maravilloso, sin complicaciones médicas, y a la hora del parto, a pesar de escuchar cómo los médicos se desentendían y decían que no querían atender a la obesa, al final me asistió una matrona maravillosa con la que tuve un parto natural. Mi hija hoy ya tiene 12 años y está sana como una roca. Así que céntrate en llevar una vida sana, no dejes de comer por mucho que la báscula suba, tienes que comer sano y bien. Y sé fuerte si te encuentras algún médico que no te hace sentir cómoda y enfréntate diciéndole: ¿usted intenta ayudarme o destruirme? Hay buenos profesionales, ojalá te encuentres con ellos. (Anika)

En este entramado de experiencias con las prácticas médicas discriminatorias intentamos indagar sobre las relaciones entre las pacientes y los profesionales de la salud, pero también entre los agentes humanos y los no humanos, de ahí la importancia de describir las tecnologías y dispositivos que se prescriben para adelgazar como: las

dietas, los medicamentos, las mallas linguales, las cirugías bariátricas, etc. Esta aproximación micropolítica, nos permite ver cómo las relaciones de poder se ejercen y reproducen como parte de los hábitos y prácticas cotidianos y además busca investigar las capacidades agenciales que generan estas relaciones y prácticas, entendiendo lo que los cuerpos hacen con ellas e incorporando, además, las dimensiones emocionales se generan en este ensamblaje, es decir, la manera en que las emociones se materializan de manera relacional durante las interacciones médico-persona gorda, tema que desarrollaremos a mayor profundidad en el siguiente apartado.

4. Experiencias emocionales de salud y gordura

4.1 El miedo a engordar, el miedo a morir

Dentro de las emociones que circulan en la relación personal médico-consultante gorda, el miedo se presenta como una experiencia recurrente, éste se bifurca en dos grandes tipos: el miedo que las personas, en general, tienen de engordar y el miedo a morir por ser gorda.

El miedo a engordar es una emoción generalizada, cualquier persona, pero especialmente las mujeres tememos engordar; asociado al desprecio social y a la falta de salud, este miedo se expresa como si ser gorda fuera la peor forma posible de vivir la vida, afirmaciones como: "prefiero morir que estar gorda", "si subiera 50 kilos me pegaría un tiro la cabeza", "sería increíblemente infeliz", "sería un ser asqueroso", "[sería] devastador", "me daría un infarto", [prefiero ser] "anoréxica o bulímica", "Tengo miedo de estar gorda, como un miedo enorme, me estaría matando", (Fahs,2017:90) denotan que este miedo incluso supera el miedo a la muerte, pero ¿por qué nos asusta tanto ser gordas? Por el desprestigio social que implica.

Es decir, la frase "me da miedo ser gorda", en esencia nos indica que nos da miedo ser "la otra", una "otra" sin salud, sin voluntad, pero sobre todo sin reconocimiento social, sin aceptación de la mirada masculina, sin un lugar en el sistema patriarcal y capacitista que nos empuja a ser bellas, delgadas, productivas y reproductivas para ser identificadas como femeninas; por ello, el miedo que de manera personal se expresa en el deseo de no ser gordas se refiere al temor social que produce encarnar la antítesis de los valores capitalistas aceptados y exaltados.

Así, el miedo a engordar está asociado a todo un sistema de narrativas, prácticas y valores, que de acuerdo con Esther Pineda G. (2020) podemos nombrar como violencia estética. En este sistema se exige y celebra poseer un tipo hegemónico de belleza basado en cuatro ejes transversales: el género, la raza, la edad y el peso de las personas; la violencia estética es sufrida por todas las mujeres, de las que se espera que siempre luzcan jóvenes, sean de tez blanca y delgadas; en este sistema la gordura es inaceptable por lo las personas gordas reciben maltrato constante.

Este sistema de narrativas, prácticas y valores, que mantiene el miedo a engordar entre las personas, se establece a través de la difusión de estándares de belleza irreales e inalcanzables (blanquitud generalizada, juventud eterna, delgadez constante no importando la etapa de la vida) y diseminando, a través de todos los medios de comunicación masiva, la idea de que a través de la voluntad y el esfuerzo individual (más el consumo de múltiples productos) se puede alcanzar el modelo hegemónico de belleza y salud. De hecho, estos estándares son vistos como la única posibilidad de existencia corporal femenina, generando un profundo temor entre quienes no pertenecen al canon y quienes no quieren dejar de pertenecer.

Nombrar el miedo a ser gordas y sentir esa emoción nos lleva a reflexionar en cómo afecta ese miedo a las corporalidades, la circulación de la emoción hace que quienes encarnan cuerpos gordos los vivan como inhabitables, siempre como espacios incómodos, feos, desagradables o arruinados (enfermos) por lo que es necesario cambiarlos, mejorarlos, es decir, adelgazarlos; el esfuerzo es vano y al mismo tiempo infinito: ¿quién no tendría miedo de tener un cuerpo así?

El miedo también hace vivir a las personas con corporalidades gordas en una paradoja, mientras que éstas son grandes y ocupan “demasiado espacio” y son constantemente visibles, el temor provoca que se traten de contraer para pasar desapercibidos: “el miedo encoge el espacio corporal y este encogimiento involucra la restricción de movilidad corporal en el espacio social.” (Ahmed, 2015:107)

Es decir, que entre más grande es un cuerpo las personas que los encarnan más tratan de “achicarse” para pasar desapercibidas en el espacio social; las personas gordas suelen tratar de hacerse pequeñas en el transporte o en los espacios públicos donde hay que permanecer sentadas como los cines, teatros y auditorios, o prefieren no asistir a esos lugares para no incomodar, ni ser agredidas o señaladas por sus corporalidades. “El miedo involucra el encogimiento del cuerpo; [...] Dicho encogimiento es significativo: el miedo funciona para contener algunos cuerpos de modo que ocupen menos espacio. De esta manera, las emociones funcionan para alinear el espacio corporal con el espacio social”. (Ahmed, 2015:115)

También es el caso de las experiencias en las consultas médicas, en ellas como en otros espacios sociales, las emociones circulan y el miedo es frecuente, particularmente para las personas gordas que saben que pueden no caber en los asientos o que los aparatos (como balanzas, baumanómetros u otros) no están diseñados o adaptados para usarse o soportar sus corporalidades.

En los espacios médicos se evidencian estas carencias, este desborde de los cuerpos y el miedo de no entrar, de romper algún instrumento o de ser humilladas frente a más personas hace que las personas gordas prefieran no pasarse por ahí.

El miedo a engordar se hizo aún más evidente durante la pandemia de COVID-19, surgiendo una condena social (difundida a través de los medios masivos de comunicación y principalmente en las redes sociales) contra quienes ganaron peso durante el confinamiento; muchas de las experiencias relatadas por personas gordas explican que la gente a su alrededor (familia, vecinos, compañeros de trabajo) estaban más atemorizadas por engordar en pandemia que por tener desabasto de alimentos, enfermar de COVID o morir por el contagio, "No paro de leer chistes y comentarios de preocupación de la gente sobre engordar en la cuarentena. Una vez más, la gente está más preocupada por engordar que por su salud. Para que nos quede claro que la gordofobia no es una cuestión de salud, es gordofobia nomás." (Stop Gordofobia, 2020, 19 de marzo).

El miedo funciona constituyendo a los otros como temibles, en este caso las corporalidades gordas son una amenaza para la salud, por lo que la violencia y discriminación que se ejerce contra ellas se justifica bajo el argumento de buscar su bienestar. Lo anterior se refleja claramente en la percepción que se generó (y reforzó) de la gordura durante la pandemia, donde se temía ser gordo porque dichas corporalidades estaban en "mayor riesgo" pero también porque se presentaban como el peligro más acuciante durante la cuarentena, desplazando incluso al propio virus que produce la enfermedad.

En este discurso, las personas gordas, no sólo "amenazan" su integridad, sino también la de sus semejantes, "contagiándoles" su "obesidad" o su "forma de vida desviada". Además, este miedo se materializa en los discursos epidemiológicos que afirman que la gordura pone en riesgo la continuidad de la vida y del sistema económico que tiene que hacerle frente. De hecho, todo el discurso sanitario se acoge a

la idea de que la “obesidad” es un peligro para la salud pública (reduce la esperanza²⁸ y calidad de vida) y para los sistemas económicos, por los altos recursos que se tienen que devengar para “soportar la carga” que representan “los enfermos con sobrepeso”. Así, en estricto sentido, a las personas gordas se les atribuye un valor emocional, es decir son “temibles” para la sociedad en general.

Asociado al miedo a engordar y provocar un desastre en los sistemas económicos y de salud, nos encontramos con el miedo individualizado (pero siempre en referencia a lo que se espera de la salud en colectivo) de morir o enfermarse por ser gorda; dentro de las prácticas médicas se normaliza recurrir al miedo y a la amenaza de enfermarse o morir con el fin de “alentar” a las pacientes para seguir las indicaciones respecto de su salud.

El año pasado me hice los estudios de rutina y estaba todo bien. Solo tomo medicamento para la tiroides. La doctora me sugirió lo de la operación [bariátrica] y me dio todas las derivaciones al equipo médico que se encarga de eso. Me dijo que con los años iba a tener muchas afecciones por mi obesidad y eso me dio miedo. Cuando visite al cirujano (el primero de la lista) ¡un poco más y me iba a morir mañana! Lo primero que le dije a la doctora fue: ok, me opero, pero...y ¿después? (Evelyn)

²⁸ A pesar del discurso insistente de “la epidemia de obesidad y sobrepeso” que amenaza desde hace, aproximadamente 40 años a la humanidad, de acuerdo con la [División de Población de las Naciones Unidas](#), la [esperanza de vida mundial al nacer aumentó](#) de 46,5 años en 1950 a 71,7 años en 2022 y se espera que aumente a 77,3 para 2050, lo que contradice la idea de que el aumento de peso ha provocado una baja en esta proyección. De 2019 a 2022, la esperanza de vida mundial sí tuvo un retroceso de tres años, claramente asociado a la pandemia de COVID.

Particularmente, los profesionales de la salud utilizan el miedo como una herramienta para promover el “autocuidado” de sus pacientes gordas, suponiendo que su circulación debe tener efectos positivos en la salud de las consultantes; por el contrario, ellas suelen describir el miedo como la emoción que las lleva a perder la confianza en los médicos y la razón por la que deciden renunciar a visitarlos, en palabras de Dani de Gorda de Atar “cuando estás gorda odias ir al doctor porque cada vez que vas sales con miedo, avergonzada y deprimida y, muchas veces, sin un diagnóstico o prescripción para tu malestar (más allá de perder peso)” (Gorda de Atar, 2020, 6m41s).

... he dejado de hacerme estudios desde hace un año porque todos [los médicos] con los que iba me hacían llorar, me decían que estaba muy gorda y que si no bajaba de peso iba a tener problemas metabólicos muy fuertes en el futuro, me daban anfetaminas y dietas estrictas, de plano dejé de comer mucho tiempo y ni así bajé de peso, ya se imaginarán las regañadas de los doctores por no tener fuerza de voluntad y ser sedentaria (cosa que es mentira porque también iba al gym y a danzas polinesias) pero bueno, al de la bata blanca nadie le gana. Tengo miedo de volver a ir con uno y que se repita mi historia... (Anónimo)

Tengo tantos "cuentos de horror" en consultorios médicos, que por eso lo pienso y lo re pienso y mejor ni voy (aunque sí lo necesito). Es duro enfermarse, pero enfermarse siendo gorda casi que te garantiza que gana cualquiera menos tú. (Arkeie)

Sin duda el miedo a morir que las personas gordas viven de forma perenne es una experiencia corporeizada y particular que se da a partir

no sólo de “amenazas y peligros objetivos”²⁹ sino también a partir de la vulnerabilidad creada por la relación única de las corporalidades gordas con el mundo, éste se lee como un sitio de constante peligro por el sólo hecho de existir en un cuerpo grande, los peligros son variados pero inexorables, como en el ámbito de la salud donde se espera una muerte lenta, dolorosa y, seguramente, prematura.

Además de la muerte física, la gordura condena al apartamiento. Para las personas gordas el miedo a morir por culpa de su peso las condiciona a estar solas, a ocupar menos lugar en el espacio público, no sólo pasando desapercibidas, sino también no mostrándose. Mientras las personas con cuerpos delgados tienen movimiento y expansión en todos los lugares, para las gordas el miedo funciona para restringirlas, asegurando la norma social de dicta que sus corporalidades no son deseables y tampoco merecen disfrutar o si quiera aparecer entre los cuerpos normativos.

Soy hiperconsciente de todo el espacio que ocupo. Como mujer, y como mujer gorda, se supone que no debo ocupar espacio. Y, sin embargo, como feminista, se me anima a creer que puedo ocupar espacio. Habito un espacio contradictorio; debería tratar de ocuparlo, pero no demasiado, y no de la forma equivocada, siendo esta cualquiera que concierna a mi cuerpo. Cuando estoy cerca de otras personas, intento plegarme sobre sí misma para que mi cuerpo no perturbe el espacio de los demás. Llevo esta situación al extremo. Puedo pasarme cinco horas de un vuelo pegada a la ventana y con el brazo metido bajo el cinturón de seguridad, como si tratara de

²⁹ Como por ejemplo los enunciados desde la medicina y la epidemiología: mayor riesgo de sufrir un infarto, mayor riesgo de contraer ciertos tipos de cáncer, mayor riesgo de desarrollar diabetes, etc.

crear ausencia donde hay una presencia excesiva. Camino por el borde de las aceras. En los edificios abrazo la pared. Trato de andar lo más rápido posible cuando siento que hay alguien detrás para no entorpecerle el paso, como si tuviera menos derecho de estar en el mundo que cualquier otra persona.
(Gay)

En estrecha cercanía con el miedo y sus efectos en los cuerpos gordos, encontramos el odio como otra poderosa emoción que circula entre las corporalidades, esta emoción se dirige de las personas delgadas hacia las gordas y de las gordas hacia ellas mismas, como explicaremos a continuación.

4.2 El odio a las corporalidades gordas

Estrechamente relacionado con el miedo, la gordura, también genera odio; a partir de la “alterización” de las personas gordas como corporalidades que todo mundo teme poseer, se ponen en circulación otras emociones de rechazo como el disgusto, el desagrado o el asco, estos sentimientos vuelven “odiosos” los cuerpos gordos, convirtiéndolos en una amenaza común y que, por tanto, pueden llegar a recibir acciones de ira.

“El odio es una emoción intensa que implica un sentimiento de ‘estar en contra de’, que siempre, en el sentido fenomenológico, es intencional, el odio es siempre aborrecimiento de algo o de alguien”. (Ahmed, 2015:87) Esta emoción establece un vínculo negativo con “lo otro”, a quien se le quiere mantener lejos de manera individual (corporal) o social (un grupo completo de personas).

De acuerdo con Ahmed, el proceso de “alterización” que desemboca en el odio hacia algunos cuerpos o grupos proviene del discurso contrario, es decir, del discurso del amor: “esta inversión aparente (hacemos y decimos esto porque amamos, no porque odiamos) realiza un trabajo enorme como forma de persuasión y justificación” (Ahmed, 2015:78). En el caso del odio hacia las personas gordas, no suele decirse que se odien por sí mismas, sino que se ama aquello que, según los estándares hegemónicos no encarnan, es decir: la belleza y la salud normativa.

Esta narrativa, se ve reflejada en diferentes frases dirigidas hacia las personas gordas, donde el odio se justifica a través del amor que se les tiene, de la preocupación que se les profesa por su salud: “te lo digo por tu salud, por tu bienestar, porque te quiero, porque me importas, lo comento porque el país tiene un problema global de salud” son palabras que las personas gordas suelen escuchar y leer en todos los espacios sociales de los que forman parte, se los dicen sus parientes, sus amigos, sus médicos y hasta extraños. Pero detrás de estas frases de preocupación casi siempre hay agresiones y violencia, comentarios o recomendaciones no pedidas.

La pregunta pertinente es: ¿cómo afecta el lenguaje de odio a aquellos designados como objetos de éste? Les afecta indicándoles qué pueden o no pueden hacer, dónde se pueden mostrar o dónde no, qué deben sentir o no y les dice su estatus de salud sólo por su apariencia. Por ejemplo, este moldeamiento emocional indica que las mujeres gordas no pueden vestirse con faldas cortas o con ropa ceñida, que no pueden mostrarse en los espacios públicos y, mucho menos verse o sentirse felices, que no pueden ser sujetas de deseo o de amor, y por supuesto, que su salud está en riesgo.

Un reciente y claro ejemplo de este moldeamiento emocional de los cuerpos gordos desde el odio, lo podemos apreciar en el caso de Michelle Rodríguez, actriz y cantante mexicana que siendo gorda fue la portada de la revista de moda y estilo Marie Claire México en febrero del 2023. Además de la portada, la revista hace un reportaje sobre Michelle, su trayectoria y su activismo corporal. Por esta publicación, Michelle recibió miles de mensajes, principalmente en redes sociales, donde le expresaban desagrado por verla en una revista que está reservada para mostrar mujeres delgadas, por mostrarse feliz cuando debería estar triste por tener una corporalidad gorda y por salir en ropa interior cuando debería darle vergüenza mostrarse; pero la mayoría de estos comentarios de odio, se justificaban a través de la preocupación de las personas por su salud: “no es cuestión de estética, es por su salud” “está haciendo apología de la obesidad en un país con un serio problema de ese padecimiento”, son los resúmenes del mensaje que le querían transmitir a Michelle y a todas la mujeres que luzcan como ella.

“Lo de Michelle Rodríguez no debe ser considerado como un logro por romper estereotipos. Es demostrar que "está bien" estar gordos, pero felices” Rodríguez Varela, (febrero 2023a). [Comentario en la revista Marie Claire]

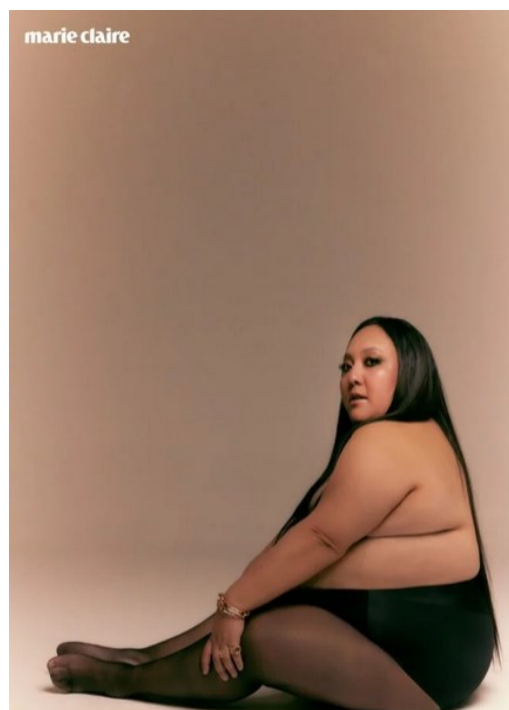
En el reportaje Michelle, afirma que para representar un personaje de luchadora en una serie que filmó recientemente, tuvo que aprender las técnicas del deporte, sin embargo, el moldeamiento emocional de su cuerpo a partir del odio, indica que ella jamás ha hecho ejercicio: “La serie significó un reto físico y actoral, ya que ella nunca había practicado lucha libre. ‘Nunca había estado arriba de un ring, incluso hay varias maniobras que jamás había intentado, estuvimos en un periodo de

entrenamiento". Eso tampoco fue suficiente para demostrar su salud o movilidad, pues los comentarios de odio fueron en este sentido:

"¡Festejando la obesidad! ¡Bravo!", "Bien ahí, promoviendo y normalizando el sobrepeso" (Rodríguez Varela, febrero 2023).
[Comentario en la revista Marie Claire]

Los mensajes de odio para Michelle fueron tan abrumadores que decidió hacer un video contestándoles a todos que ven en su cuerpo el objeto de odio que se extiende a toda la comunidad que no tiene cuerpos normativos, en ese mensaje expresó: "Soy digna de ser vista y reconocida por mis talentos, aptitudes y también por mi belleza. Mi cuerpo es bello, mi cuerpo existe, mi cuerpo siente. Lo amo y no lucho contra él. Mi cuerpo no es una batalla, mi cuerpo es una revolución" (Rodríguez Varela, 2023b, 44s).

Ilustración 5 Revista Marie Claire, febrero 2023



Fuente: "Portada e imagen de la revista marie claire México". (Febrero, 2023).

Dentro de los activismos corporales existe un amplio movimiento que ha documentado el odio que se ejerce contra los cuerpos gordos, llamado gordofobia (Contrera y Cuello, 2016; Tovar, 2019; Piñeyro 2016 y 2020 o gordoodio³⁰; de acuerdo con el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED, 2023b) estos conceptos designan el conjunto de estereotipos, prejuicios, estigmas que se asocian a la gordura, éstos son siempre negativos y generan un señalamiento constante de las corporalidades gordas; este señalamiento, como ya hemos ejemplificado, afecta a los cuerpos ya que les dice lo qué son, lo qué pueden hacer y dónde pueden estar.

Las emociones asociadas a la gordofobia, en este caso el odio, nos dicen que las personas gordas son inferiores física, estética, intelectual y moralmente por el hecho de encarnar un cuerpo grande. La gordofobia reproduce la inferioridad física a través de una mirada capacitista que moldea los cuerpos gordos como con poca (o nula) movilidad y, por lo tanto, sin funcionalidad y sin salud, sin embargo, existen innumerables ejemplos de que las personas gordas pueden hacer (y hacen) ejercicio³¹ pero a pesar de ello sus cuerpos son leídos desde el odio.

Por ejemplo, en el 2015 la instructora de yoga Jessamyn Stanley fue entrevistada por el diario español El País³² sobre su práctica como mujer gorda y racializada, ahí relata cómo fue relegada de muchos estudios de

³⁰ Con el fin de no implicar la palabra "gordofobia" como una enfermedad mental, como podría ser el miedo irracional hacia los espacios cerrados (claustrofobia) o los abiertos (agorafobia), Erika Bülle en el Glosario para entender la gordofobia y el gordoodio (COPRED 2023) propone el uso de la palabra gordoodio, que implica una decisión discriminatoria hacia las personas gordas, más que una patología o trastorno.

³¹ Ver los casos de Yessamyn Stanley, Diane Bondy, Fer Arnaud, Martinus Evans, Latoya Snell, Allé Kamela o personas gordas que no se dedican al atletismo de manera profesional pero el ejercicio intenso es parte de su rutina o trabajo, por ejemplo, ver el caso de la cantante Lizzo y su reality show: Bigggirls

³² Ver: Yoga no solo es para delgadas.

yoga en el estado de California de Estados Unidos, por su cuerpo y por su raza, pues no esperaban que ella pudiera tener movilidad, flexibilidad, ni mucho menos relevancia en una práctica estereotípicamente llena de cuerpos delgados, sin embargo, en las fotos que acompañan el artículo se muestra cómo trabaja y la fuerza que tiene su cuerpo.

“Stanley, que se describe a sí misma como una "mujer gorda", alecciona a la comunidad virtual con sus posturas diarias. Fotos en ropa interior y en bikini, sin complejos, y con la única voluntad de participar en una comunidad que no se encasille por un prototipo corporal. Stanley comenzó con el Bikram Yoga en 2011, después se pasó al Yoga pero decidió practicar a diario en su casa desde hace dos años porque los profesores siempre pensaban que era una principiante debido a su peso. Fue entonces cuando creó su cuenta y fue ganando fama entre la comunidad yogui.” (El País, 2015)

Ilustración 6 Yessamyn Stanley



“Práctica de Yoga de la instructora Yessamyn Stanley”. Fuente: Smoda El País

A pesar de que Stanley promociona un estilo de vida desde el movimiento y la positividad corporal, el artículo recibió cientos de respuestas, la mayoría alineadas al moldeamiento del discurso odio-amor, así la gente le dice que: “no se le critica por estar gorda, se le critica por decir que está sana”, “en flexibilidad no le quito mérito pero eso no es estar saludable”, traducción: no la despreciamos por ser gorda, nos preocupa la salud, de ella y del resto de las personas en el universo; el amor por lo saludable, el apego por ese valor máximo es lo que lleva a las personas a no reconocer el trabajo o el esfuerzo de las personas gordas. Finalmente, se llega a la misma premisa de siempre cuando se muestran públicamente los cuerpos gordos: “están haciendo apología de la obesidad”.

Ilustración 7 Comentarios el reportaje de Yessamyn Stanley



Fuente: “Comentarios en Facebook al reportaje de Jessamyn Stanley”.

En el tema de la gordofobia y la apariencia, la premisa principal es que la belleza es equivalente de la delgadez, por ello, las personas gordas suelen recibir comentarios sobre sus cuerpos tales como: "eres muy bonita de cara, lo serías más si adelgazaras", lo que implica una muy profunda violencia (odio) enmascarada de halago, porque eres bonita de cara, pero de cuerpo no; lo mismo sucede cuando se felicita a las personas por adelgazar, el estereotipo dicta que las personas delgadas invariablemente son más atractivas que las gordas, sin embargo, en esta apreciación siguen operando las emociones, en este caso el odio que circula entra ambas corporalidades.

Lo mismo sucede con el caso del estigma que califica a las personas gordas como inferiores intelectual y moralmente: sin fuerza de voluntad o con falta de capacidad para tener buenos hábitos, se les considera inferiores, flojas, descuidadas y, de alguna forma, inherentemente "malas", en estos casos el odio se configura a partir de considerar un cuerpo delgado como "exitoso" mientras que la gordura es la expresión pura del fracaso.

En términos de las relaciones profesionales de la salud-personas gordas, el odio también se expresa en las consultas, donde los médicos diagnostican y pronostican la salud de las personas únicamente con base en su peso corporal, ignorando otros síntomas; como la salud siempre es lo deseable, el odio y el sufrimiento que se les infringe a las personas gordas se justifica desde el deseo de lograr ese anhelado bienestar:

Logré llegar a mi "peso sano", después de estar en "obesidad mórbida" luego de 15 años de luchar cruelmente contra los demonios que me dejó la gordofobia, y lo hice precisamente porque me enfermé. Me enfermé justo cuando estaba

aprendiendo a amar mi cuerpo gordo. Y leer esto, me hace darme cuenta de que, aunque "lo logré", ha sido a costa de una vida de sufrimientos como este que dice: «¡Estoy a una diarrea de mi peso sano!», esa frase del **Diablo Viste a la Moda**, fue casi un mantra en esos días), para terminar, [los sufrimientos] no se van cuando se llega al objetivo. Ese sufrimiento sigue, porque no es el peso el problema, ni la salud (peso no es salud), es la sociedad y la cruel forma con que nos enferma de miedo y odio a nuestros cuerpos (Sereitei)

Considerando que, además existen diferentes categorías de estrés o angustia por su severidad o duración, referimos que el odio que se ejerce de manera sistemática sobre las personas gordas, tiene efectos directos sobre su salud³³, los cuales pueden verse de manera acumulada y persistente, ya que las personas gordas literalmente viven toda su vida angustiadas por el odio que se les demuestra.

En general, el odio se percibe como una emoción extrema, pero en realidad está insertado en lo ordinario, en las pequeñas cosas que pasan desapercibidas para casi cualquier persona pero que van moldeando poco a poco las corporalidades, hasta hacer que el cuerpo odiado no sólo lo sea para los que odian, sino también para quienes son odiados:

Me odio a mí misma. O la sociedad me dice que se supone que debo odiarme, así que supongo que por lo menos esto es algo que estoy haciendo bien. O debería decir que odio mi cuerpo. Odio la debilidad de no ser capaz de controlar mi cuerpo. Odio como me siento en mi cuerpo. Odio cómo la gente ve mi cuerpo. Odio como se quedan mirándolo, cómo lo tratan y los

³³ Ver apartado 2 en referencia a la llamada carga alostática.

comentarios que hacen sobre él. Odio equiparar mi valía personal al estado de mi cuerpo. Y lo difícil que es superar esta equiparación. Odio lo difícil que resulta aceptar las fragilidades humanas. Odio decepcionar a tantísimas mujeres cuando no consigo aceptar mi cuerpo en ningún talle. (Gay, 2018)

Estas experiencias de dolor pueden entenderse como parte como parte de lo que el odio está haciendo sobre los cuerpos, en el quehacer médico esta emoción también es recurrente:

Los médicos generalmente se adhieren al juramento hipocrático, a través del cual juran atenerse a un código ético y actuar, siempre, conforme a los mejores intereses de los pacientes. A no ser que el paciente tenga sobrepeso. Odio ir al médico porque cuando tienen que tratar a pacientes obesos, parecen mostrarse totalmente reacios a cumplir el juramento hipocrático. Las palabras «primero, no hacer daño» no son aplicables a los cuerpos indisciplinados. (Gay, 2018)

Así, la narrativa del odio sirve para ver como esta emoción ha moldeado los cuerpos de quienes lo padecen siempre acompañado de otras emociones negativas, como el asco o la vergüenza.

4.3 El asco a los cuerpos gordos

Una de las emociones más relacionada a las corporalidades gordas es el asco o la repugnancia, esta es una reacción corporal que surge por la cercanía de algún objeto que resulta “ofensivo para el gusto”; en el caso de la gordura, el asco se relaciona con la textura “pegajosa” de la grasa. (Lupton, 2013)

Sin embargo, el asco no puede reducirse a una reacción física ni a una cualidad inherente de los objetos, sino que es producto de los aprendizajes sociales que tenemos sobre lo que es sucio, desagradable o dañino en relación con ciertos olores, sabores, texturas o, en este caso, cuerpos. El vínculo entre la sensación de asco y ciertos objetos tiene una historicidad, generalmente, asociada al poder y a las jerarquías, por lo que la repugnancia funciona para constituir a los “otros” como inferiores dentro de las relaciones sociales, por ejemplo: a los indígenas, a los afrodescendientes, a las mujeres; asimismo, el asco opera como un dispositivo de regulación moral, que a través de su relación con otras emociones negativas, como la vergüenza y la insatisfacción, contiene a los cuerpos por medio de diversas prácticas y normas.

Los cuerpos de otros se convierten en los objetos sobresalientes; se construyen como detestables y nauseabundos solo en tanto se han acercado demasiado. Se los construye como no humanos, como debajo de y por debajo de los cuerpos de los que sienten repugnancia. De hecho, a través de la reacción de repugnancia, estas cualidades de “estar abajo y por debajo de” se vuelven propiedades de sus cuerpos. Encarnan aquello que es más bajo que la vida humana o civilizada (Ahmed, 2015: 155)

En el caso de las corporalidades gordas la regulación a través del asco se manifiesta por medio de diversas prácticas de avergonzamiento y en las normas y los juicios morales dirigidos hacia ellas, en este caso relacionados con la limpieza, la disciplina y la salud, por ejemplo: existe una creencia generalizada de que las personas gordas son sucias, por lo tanto, merecedoras de su abyección; este alejamiento físico es justificado por el “desagrado” que provocan sus cuerpos y es una forma

más de mantener las jerarquías sociales. En palabras de una mujer gorda sobre su experiencia social al ser percibida con desagrado relata:

La gente me da pánico. Los oigo susurrar todos esos comentarios groseros. Veo cómo me miran y se ríen y se burlan. Advierto su repugnancia disimulada o directamente manifiesta. Pretendo no ver nada de esto. Lo bloqueo todo lo que puedo para poder vivir y respirar con algo de paz. La lista de sandeces con las que, en virtud de mi cuerpo, tengo que lidiar es larga y aburrida, y, francamente, me cansa. Este es el mundo en el que vivimos. El aspecto físico importa, y por mucho que digamos: «Pero, pero, pero...». Pero nada. El aspecto físico importa. El cuerpo importa.”(Gay, 2018)

Para las mujeres, el asco da forma a las ideas sobre sí mismas, por lo que muchas veces perciben su propia imagen corporal, sexualidad, deseabilidad y autoestima, en términos de desagrado si no cumplen con ciertas normas: como la depilación, el uso de maquillaje y, por supuesto, la delgadez; estas normas, además están estrechamente ligadas al consumo de múltiples (e inservibles) productos de “embellecimiento”, actitud que es asimilada como una forma de “autocuidado y autoestima”: “a medida que las mujeres se convierten en sujetos neoliberales, atormentadas por nociones de consumismo y el modelo del cuerpo como producto, utilizan la retórica de la “elección” para construir cuerpos moralmente buenos”. (Fahs,2017:85)

En este marco, la gordura simboliza la autocomplacencia y el fracaso moral, el asco da cuenta de cómo las corporalidades gordas son percibidas como sucias, necesitadas de desinfección, medicación y tratamiento, por lo que los consultorios médicos suelen ser espacios donde las miradas son elocuentes sobre estas concepciones, “lo

entiendo así me paso a mí, el doctor hasta apostó que para la siguiente consulta iba a estar más gorda y diabética y asume que trago todo el día. Y me miraba con asco. Sentí tanta frustración porque esas miradas las veo en mucha gente” (Claudia)

Deborah Lupton (2013), también pone énfasis en las emociones asociadas a los cuerpos gordos utilizando el concepto de “pedagogía del asco”, y afirma que: “como parte de la persuasión de las audiencias, para que adopten o abandonen comportamientos y prácticas en interés de su salud, tanto los desarrolladores de campañas de salud pública, como los anunciantes comerciales, a menudo buscan despertar una respuesta emocional. Las emociones pueden incluir no sólo el miedo a la mala salud, la enfermedad, la desfiguración o una muerte prematura, sino también vergüenza, humillación, preocupación por parecer poco atractivo o sexualmente indeseable” (p.36).

Estas emociones negativas, con frecuencia son usadas como “fuerzas motivadoras” para promover la pérdida de peso, por lo que Lupton (2013), afirma que: “el trasfondo de esta pedagogía es que se asume que las personas gordas son apáticas o “resistentes” a los mensajes de la salud pública” (p.36). Así, el asco también tiene un “efecto individualizador sobre las mujeres” (Fahs, 2017:92), pues las hace sentir que pueden cambiar su corporalidad trabajando aisladamente en superar “sus defectos” e incluso disfrutar de ese trabajo disciplinario (hacer dietas, tomar fármacos, hacerse cirugías, etc.) y sino sienten placer, será un motivo más de avergonzamiento corporal.

4.4 La vergüenza de ser una mujer gorda

Si bien hemos descrito el asco como un dispositivo de control corporal, este suele venir acompañado de otras emociones negativas como la

vergüenza y la culpa derivadas de los juicios morales dirigidos hacia las personas gordas; las relaciones internas con el cuerpo gordo dependen de las relaciones con otras personas, en ese sentido, la vergüenza es una emoción que está en manos de la mirada externa, que estima el valor personal o la falta de él a partir de la comparación entre corporalidades, catalogándolas de manera binaria como “buenas” o “malas”, como relata, en su propia experiencia la activista corporal Roxane Gay (2018):

La vergüenza es difícil. La gente ciertamente trata de avergonzarme por ser gorda. Cuando voy caminando por la calle, hay hombres que se asoman por la ventanilla del coche y me lanzan comentarios de mal gusto sobre mi cuerpo, lo que opinan de él y lo mucho que les disgusta el que no satisfaga sus preferencias y deseos. Intento no tomarme en serio a estos hombres porque lo que en realidad están diciendo es: «No me siento atraído por ti. No quiero follarte, y esto perturba mi comprensión de mi masculinidad, de mi legitimación y de mi lugar en este mundo». No es mi cometido agradecerlos con mi cuerpo

El señalamiento como personas indeseables y no deseantes, incrementa el malestar de las corporalidades gordas, por lo que la vergüenza corporal las induce al consumo de los más diversos productos que las ayuden a adaptarse al modelo hegemónico de belleza y salud. Además, “la vergüenza corporal y la opresión son ambos síntomas y herramientas de un sistema mucho más complejo y amplio de acceso y de recursos. Un sistema que impacta no sólo cómo nos sentimos sobre nosotras mismas, sino también en nuestras oportunidades y capacidades de prosperar en el mundo.” (Taylor, 2020:88) En este sentido, la

vergüenza corporal no sólo está relacionada con lo que las personas gordas hacen para sentir el señalamiento social (transgredir una norma) sino que la vergüenza proviene por cómo se ven, es decir, por lo que son, y en este avergonzamiento la ciencia médica tiene una gran responsabilidad:

Hace rato salí de mi casa y me encontré a mi vecino “médico” y me dijo “te voy a regalar una cita con el nutriólogo y los medicamentos te los voy a regalar yo, esa será mi buena obra del año” me sentí horrible, como si mi cuerpo fuera una obra de beneficencia, como si todos pudieran opinar y colaborar para hacerme ver como ellos quieren que me vea. Me desplomé por dentro pero solo pude sonreír, me sentí agredida, sentí destrozada mi intimidad (Anónimo)

Sentir vergüenza por el cuerpo propio es una de las emociones más incómodas y que más lastiman y vulneran al ser humano; esta emoción está estrictamente relacionada con nuestras relaciones sociales, es decir, sólo se siente vergüenza en relación con los otros, con la mirada ajena, por ello avergonzarse es dañar el mundo social y los vínculos gregarios necesarios para desarrollarse en el mundo.

Además, médicamente se ha establecido que avergonzarse (y el estrés o angustia que provoca) deteriora la salud física y emocional de las personas: [las gordas] “experimentamos los efectos de lo que se conoce como «estrés de las minorías» [que lleva a] resultados fisiológicos negativos a lo largo de una vida de [padecer] la discriminación, la crueldad y la condena al ostracismo social [...] Ese estrés puede acabar conduciendo a inmunodepresión, una menor esperanza de vida y una peor salud cardiovascular, y no es una coincidencia que sean algunas de las mismas cosas que la industria médica a menudo atribuye al peso

elevado.” (Tovar, 2018:22), Cabe mencionar que este estrés no es simplemente una característica de la personalidad individual, sino que es un reflejo de la posición social de las personas, influida no sólo por su peso sino también por otras características como la clase, raza, género, educación e incluso la situación matrimonial.

Sin embargo, los propios médicos utilizan la vergüenza como forma de tratar a las personas gordas. Si bien los profesionales de la salud se encuentran “entrenados” en un concepto llamado “neutralidad emocional” (Francis, 2006: 596) que les permite mantener cierta distancia con sus pacientes, en el momento que tratan con personas gordas, recurren al avergonzamiento como herramienta política de aniquilamiento hacia sus cuerpos, sus dichos e incluso sus estudios y análisis, si estos no indican enfermedades asociadas a su peso:

“Una vez en el trabajo en el check up médico salí súper bien, en todo, incluso en “edad vascular” (algo así) 10 años menos. La doctora que me dio los resultados, no los creía por el sobrepeso y al final me sentí avergonzada y hasta me dejó dudando si los resultados habían sido correctos o incluso si eran de otra persona”. (Sylvana)

“Lo digo (o lo hago) por tu salud y no por tu físico”, es una de las frases que las personas gordas más escuchan a lo largo de su vida. Esta sentencia dicha por los médicos -y casi por cualquier persona- es la entrada para dirigir comentarios vergonzantes hacia ellas. La vergüenza que genera esta frase, hace que la salud se convierta en un deber más que en un derecho, y este deber ser, se asocia a la industria dietética que, como ya explicamos, genera enormes cantidades de dinero; la vergüenza de las personas gordas es la base de una industria millonaria

que no resuelve ningún problema de salud, sino que vive de que las personas se sientan permanentemente mal con sus corporalidades.

Sin embargo, la relación con los médicos puede dejar de ser unidireccional, y se pueden generar emociones que no sean negativas o que ayuden a las personas gordas a no vivir siempre desde la vergüenza y la culpa,

“que triste que nos abstengamos de ir a revisiones porque empiezan a juzgarnos 😞. Lo que hago es decir que no me digan cuanto peso y aun así no falta la enfermera que me lo diga, así es que a la próxima pienso decir que tengo trastornos alimenticios y que no quiero escuchar opiniones sobre mi peso...” (Ruth)

Por su parte, la culpa (que acompaña a la vergüenza) es una experiencia displacentera, ésta surge cuando por acto u omisión “rompemos” una regla social, es una emoción cien por ciento aprendida y sirve para regular conductas, a través del autocontrol; pero el sentimiento constante de culpa (como sucede con las corporalidades gordas) puede generar círculos de angustia: se juzga al cuerpo o al propio acto biológico de comer, esto genera acciones de castigo (sociales e individuales) y, a su vez, estas acciones generan paralización, inmovilidad, que incluso puede llevar a trastornos graves de salud física y mental, como en el caso de los trastornos alimenticios,

“A mí me da mucha ansiedad ir al doctor porque cuando tenía 10 años la doctora del hospital de niños me dijo que yo estaba gorda por mi culpa, me lo dijo gritado y desde ese entonces, más otras cosas que sucedieron, desarrollé bulimia y me

lastimaba. Y yo ya venía con rastros de anorexia y depresión desde muy temprana edad” (Fer)

Las emociones negativas siempre tienen un rol en el discurso patologizante, se suele decir “estás gorda porque te tragas tus emociones”, sin embargo, cabe preguntarse si las emociones engordan o más bien funcionan en los cuerpos como formas de control, maltrato y discriminación.

Apuntes finales

A través de esta investigación, se puede apreciar cómo se ha construido la idea de la gordura por medio de la estigmatización corporal, que a su vez da lugar a la discriminación en diferentes ámbitos, poniendo énfasis en el espacio médico y en los sesgos que las y los profesionales de la salud ejercen sobre personas gordas.

Así, tenemos que, desde la medicina, la nutrición, la psicología y hasta la genómica, la ciencia ha encontrado en el cuerpo gordo una patología (o varias) nombrándolo “obeso”.

Sin embargo, otras disciplinas han desvelado matices, gradaciones y hasta contradicciones en esta construcción patológica del cuerpo gordo, por ejemplo: las ciencias sociales han puesto el acento en aquellos aspectos sociales y económicos que también inciden en el fenómeno de la gordura, mostrando que ninguna enfermedad puede analizarse sólo como un proceso biológico individualizado, sino que hay que poner atención en las desigualdades de acceso a la salud que agravan la problemática, y sobre todo, analizar la relación multicausal y multifactorial entre la gordura y ciertas enfermedades, resaltando una verdad que puede parecer evidente, pero que no lo es en el mundo de las relaciones sociales disciplinarias y jerárquicas entre corporalidades: no todas las personas gordas están enfermas, ni todas las personas delgadas están saludables y viceversa, es decir, el peso corporal nunca es un factor (o predictor) claro y suficiente de salud.

A pesar de estos avances en el conocimiento médico y social, la gordura sigue siendo tratada desde el estigma y la discriminación, como se ha puesto en evidencia, a lo largo de esta investigación, a través de la

recuperación de las voces y experiencias de las personas gordas en diferentes servicios de salud. Los datos nos muestran que uno de los tres principales motivos de discriminación en la Ciudad de México es el sobrepeso (COPRED,2023a:11) y, efectivamente, múltiples estudios han documentado el perenne señalamiento social que sufren las personas gordas y la discriminación en diferentes ámbitos que de este señalamiento se genera; así, las personas gordas, derivado de lo anterior y en conjunción con su apariencia, tienen menos acceso a la educación, , menos oportunidades laborales, menos ingresos y menos acceso a la salud, además, tienen menos oportunidades de desarrollo afectivo y sus oportunidades de estar en el espacio público son casi nulas.

En el caso de las personas gordas, la falta de oportunidades y la negación de acceso a derechos fundamentales, están socialmente aceptadas, esto como resultado de la asignación de estereotipos que nos dicen que son flojas, sucias, débiles, feas, sin iniciativa, propiciadoras de su propia enfermedad y sin voluntad para revertirla, por todo ello, se cree que merecen maltrato y señalamiento, incluso estas actitudes se perciben como formas adecuadas “de estimular” a las personas gordas a cambiar sus corporalidades y “mejorar” sus condiciones sociales y de salud.

El estigma hacia las personas gordas es avalado desde el discurso médico hegemónico (de ahí su legitimidad y aceptación social), dentro de éste la salud se presenta como una conducta y/o una decisión individual, por ello, en este estudio analizamos los diagnósticos basados en el peso y las prescripciones médicas dadas a las personas gordas, para mostrar que en su experiencia, la gran mayoría de estas prescripciones (dietas, ejercicio, fármacos y cirugías) tienen un bajísimo

porcentaje de éxito (si el objetivo es bajar de peso) y muchas consecuencias para la salud (estrés crónico, enfermedades derivadas de las fluctuaciones de peso, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros) si el objetivo es mejorar la salud de las personas.

En este mismo sentido, llamamos la atención sobre el estrés constante que viven las personas gordas al ser señaladas y discriminadas; los estudios, afirman que este estrés genera alostásis, es decir, una condición crónica que puede provocar enfermedades como la hipertensión o afecciones cardiovasculares, sugiriendo que algunos trastornos relacionados causalmente con “la obesidad” podrían tener su origen en el estrés que padecen las personas gordas, y no en el peso de sus cuerpos.

También ponemos el acento en la generización de la discriminación³⁴ por el tamaño de cuerpo, es decir que la gordofobia afecta más a las mujeres que a los hombres ya que las mujeres son evaluadas y valoradas desde un sistema de opresión patriarcal que espera que todas respondamos a un canon de belleza único e inamovible, a saber: siendo blancas, jóvenes y, por supuesto, delgadas, para generar corporalidades no sólo “bellas” sino también productivas y reproductivas, características que dan el acceso a las mujeres “a lo femenino”. Las gordas, en estos términos, ni siquiera se consideran mujeres por lo que se les trata a partir de un estatus de infrahumanidad. Por ello, las mujeres gordas tienen menores oportunidades educativas, menor acceso a servicios de salud, su representación en los medios de comunicación casi siempre es negativa y en el ámbito laboral suelen

³⁴ Un dato etnográfico relevante, es que durante la investigación en el espacio digital no se encontraron relatos hechos por hombres lo que habla de una relación entre el peso y la generización de los cuerpos.

tener más problemas para encontrar un trabajo, ganan menos y son peor tratadas, incluso que sus pares gordos hombres.

Por todo lo anterior, esta investigación resalta los enfoques que hacen una crítica a la medicalización y patologización de las corporalidades gordas, donde se afirma que los procesos médicos están definidos más por condiciones morales que biológicas y sus intervenciones están dirigidas al control social y permeadas por el sesgo de peso, que es el conjunto de prácticas y creencias estigmatizantes y discriminatorias que los profesionales de la salud ejercen sobre las personas gordas. Y se proponen algunas consideraciones para evitar dichas prácticas, por ejemplo: no etiquetar a los cuerpos gordos como enfermos sino considerarlos como parte de la diversidad humana, no considerar a la gordura como un problema que requiere una solución simplificada, no asumir los estereotipos negativos asociados a las corporalidades gordas que afirman que son flojas, que no tienen disciplina, fuerza de voluntad o buenos hábitos.

En el marco de la biopolítica y sus revisiones desde la ciencia feminista, se afirma que la retórica de la epidemia global de obesidad está basada en un discurso moral cobijado en la ciencia que provoca pánico, angustias sociales y que también puede generar un grave problema en términos de salud, afirmando que: "al asociar el peso con la salud y prescribir su pérdida, podemos estar creando uno de los mayores desastres iatrogénicos de nuestro tiempo. Creo que en lugar de repetir el mantra de "obesidad" o "peso", sería más útil deconstruir el modelo de estilo de vida de la enfermedad y la idea de responsabilidad personal de la salud. Esta deconstrucción debe incluir un escepticismo con respecto al nivel micro y cuestionar las soluciones a los problemas de

salud pública, especialmente cuando se promueven por el Big Pharma y otros actores de la Obesity Inc.” (Rail, 2012: 243)

En este sentido, también se destacan las formas cómo la medicina ha generado una serie de clasificaciones de la gordura como enfermedad a través de describirla como un trastorno genético, endócrino, alimenticio, mental o emocional, etiquetas que están estrechamente ligadas a la vigilancia, regulación y autocontrol de los cuerpos a través del conocimiento médico.

En el mismo sentido, las experiencias en relación con las prácticas médicas de atención y diagnóstico que se ejercen sobre las personas que encarnan cuerpos gordos han servido para entender las conexiones entre la mirada médica y las subjetividades que se generan en la interacción médico-consultantes gordas, donde éstas viven en sus cuerpos considerándolos en riesgo de enfermar, enfermos, y sin valor por su apariencia y estado de salud; sus experiencias con estos discursos nos muestran, que ellas, a su vez, utilizan discursos que les permiten “justificar” su peso a través de la normatividad sanitaria, es decir que viven con el estigma de ser gordas, pero estar saludables, porque comen bien, hacen ejercicio o tienen análisis que le demuestran al mundo que no están enfermas, cuando no deberían tener que demostrar nada para recibir un trato digno y no discriminatorio.

También suelen juzgar a las demás personas por sus hábitos o por su disciplina alimenticia, es decir que han encarnado los discursos médicos, y los aplican a sus propios cuerpos y a los ajenos. Igualmente, han incorporado los discursos de la responsabilidad individual sobre la salud y han hecho todo aquello que sea necesario para estar delgadas (y saludables), incluso, muchas han desarrollado trastornos alimenticios

por la constante vigilancia y control que durante años han ejercido sobre sus cuerpos y su alimentación.

Al mismo tiempo, algunas han generado “resistencias” y cuestionamientos ante los múltiples maltratos sufridos en las consultas médicas, que las han hecho sentirse mal, sin voz y sin fuerza de voluntad, estas resistencias son actos sencillos pero reivindicativos, como pedir no ser pesadas para recibir un diagnóstico, exigir el mismo tratamiento que recibiría una persona delgada con la misma patología, pedir espacios y aparatos confortables para todos los tamaños, no asumir que es necesario cambiar el peso de su cuerpo para tener salud y enfocarse más en sus hábitos ya que estos son conductas que sí pueden cambiar, no utilizar la gordofobia interiorizada para juzgar a otras o a sí mismas, entre otras.

Los relatos presentados dan cuenta de los problemas que tiene la construcción médico-científica sobre los cuerpos gordos y de las actitudes estigmatizantes, y discriminatorias hacia las personas gordas, así como de las emociones negativas y potentes que circulan entre ellas y los profesionales de la salud, tales como la culpa o la vergüenza que se presentan como parte de las prácticas disciplinarias que se han detallado a través de las experiencias y testimonios recabados.

Así, tratando de llevar la investigación más allá de las cogniciones o interacciones sociales, se examinaron los componentes afectivos y emocionales que también sirven como reguladores y dispositivos para que las mujeres piensen y “contengan” sus cuerpos rebeldes e indisciplinados. “La contribución fundamental del campo de la sociología fue la noción de que las emociones son sociales, manejables y gobernadas por expectativas normativas.” (Francis, 2006:595), en este sentido, ellas también establecen estrechas relaciones con la salud física

y mental de las personas; se revisó el papel de las emociones durante los encuentros médicos de las personas gordas siempre en relación con las normas emocionales más generales esperadas dentro de la sociedad; es decir que se espera que se tenga miedo de engordar, que los cuerpos gordos sean odiados, que las personas que los encarnan se odien a sí mismas y creen que son merecedoras de ese odio por vivir en corporalidades asquerosas y culpables.

Al hacer este análisis consideramos a las emociones como “un puente” entre lo biológico (cuerpo) y lo social (corporalidades y emociones) que permitió no dicotomizar estas entidades. De acuerdo con Sara Ahmed (2015), la realidad social también es producto de las emociones, estableciendo que éstas no residen en los objetos ni en los sujetos “sino que son producidos como efecto de la circulación” (p.31), constituyéndose como economías afectivas que tienen condiciones de producción, circuitos de distribución y situaciones para su recepción. Por lo anterior, Ahmed (2004) establece que para rastrear la manera en que circulan las emociones entre los cuerpos “en lugar de preguntar: ¿Qué son las emociones? Hay que preguntar: ¿Qué hacen las emociones?” (p. 24).

Por lo anterior, nos preguntamos ¿Qué hacen las emociones sobre los cuerpos gordos? Y como respuesta obtuvimos que para las personas gordas las emociones no sólo son experiencias encarnadas, sino que también son experiencias de jerarquización social, enmarcando en sus cuerpos todo lo que se considera inapropiado, inmanejable o imposible de soportar, presentándose en diversas formas, que van desde un profundo dolor por vivir en cuerpos que todos temen tener, hasta el asco (propio y ajeno) por habitar cuerpos desbordados, flácidos,

estriados y catalogados como enfermos perennes, en este caso, el cuerpo gordo resulta en lo más bajo del escalafón social.

Si bien la circulación de las emociones hacia y desde los cuerpos gordos se da en toda la sociedad, también surge en los espacios médicos como reflejo de aquella. En estos espacios que tradicionalmente se consideran “lugares racionales” (Lupton, 2003b:596) se producen y reproducen una serie de emociones que afianzan y perpetúan diferentes jerarquías sociales, mostrándose las emociones de enojo y frustración del personal médico frente a pacientes que no bajan de peso y desdeñándose las emociones de miedo, dolor, odio y vergüenza que encarnan las consultantes gordas, lo que nos habla de una desigualdad epistémica donde éstas no son sujetas de credibilidad, amabilidad o compasión.

Así, encontramos que en las consultas médicas se ponen en juego no sólo conocimientos específicos sobre el cuerpo y sus enfermedades, además, circulan emociones relacionadas con la seguridad y salud física y mental de las consultantes; en el caso de las mujeres gordas, y de acuerdo con sus relatos, las emociones que se desencadenan en sus consultas son casi siempre negativas, sienten vergüenza por encarnar cuerpos insalubres, sufren miedo constantemente por vivir sus cuerpos como una amenaza a su propia vida, sienten enojo por no ser delgadas, por ser maltratadas, no diagnosticadas, señaladas como personas mentirosas y/o perezosas y, en general, se relatan emociones que las hacen vivir sus corporalidades como fuentes infinitas de dolor, asco y culpa.

En síntesis, las experiencias discriminatorias que sufren las personas gordas en los servicios de salud se articulan en:

- Diagnósticos centrados únicamente en el peso, lo que muchas veces deriva en sub-diagnósticos o malos diagnósticos.
- Diagnósticos basados en la creencia sesgada de que el peso corporal es una enfermedad en sí misma y no una característica de la diversidad corporal. Asumiendo que existe una relación unicausal entre peso y salud.
- Se suelen omitir otros síntomas de las consultantes (principalmente el dolor) y se muestra escepticismo ante estudios y análisis normales, además de desestimarse las propias narrativas de ellas sobre sus cuerpos, sus hábitos y sus contextos.
- Ante las consultantes gordas se asumen sus hábitos alimenticios, de movilidad y de vida en general.
- Se muestra desagrado, molestia o asco por sus cuerpos.
- Ante la gordura, las prescripciones médicas siempre giran en torno a las dietas restrictivas, el ejercicio y en muchas ocasiones cirugías mayores y riesgosas como las bariátricas, también se prescriben fármacos con sus consecuentes efectos secundarios o incluso procedimientos quirúrgicos menores, pero que impiden la ingesta de comida.
- Cualquier médico, de cualquier especialidad ante la gordura, suelen indicar la pérdida de peso como la solución general para mejorar la salud.
- El IMC, siendo un criterio estadístico, se utiliza como criterio de evaluación diagnóstica.
- El peso se equipara con una conducta que puede modificarse de manera individual a través de la disciplina, el autocuidado y la abstinencia.
- La gordura se considera el peor factor de riesgo para la salud.
- Se niegan atención y tratamientos médicos hasta que las consultantes bajen de peso.

- Cualquier método o circunstancia que resulte en la pérdida de peso de las consultantes será objeto de celebración, incluidas enfermedades.
- Se utiliza el miedo, las amenazas o el acoso como herramientas para “estimular” a las consultantes gordas a bajar de peso,
- Los discursos amenazantes de los profesionales de la salud, generan estigma, discriminación y odio. No mejoran la salud sino la empeoran al aumentar sus niveles de estrés
- La prescripción constante y descontextualizada de dietas restrictivas y ejercicio generan estigmatización y discriminación e incluso pueden derivar en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA's)

También podemos mencionar que existen estrategias para reducir el estigma de peso en las consultas, como el hacer conscientes a los profesionales de la salud de estas creencias y de las prácticas estigmatizantes, promover a nivel institucional y curricular la reducción del de estereotipos en la consulta, la revisión y cuestionamiento a nivel epistémico del enfoque “peso centrista de la salud”, incrementar la capacitación del personal de salud en estos temas para mostrar mayor empatía y desarrollar una comunicación más asertiva con las consultantes, que les permita transmitir una sensación de seguridad donde la diversidad corporal no sea censurada, proveer equipo técnico para personas en todas las tallas, contextualizar las experiencias de las consultantes para encontrar formas adecuadas a sus posibilidades de vida (sociales, laborales, económicas) de mejorar su salud, incluso si su peso no se modifica.

Finalmente podemos cerrar este trabajo afirmando que la discriminación documentada a través de los relatos de las personas gordas es negativa

para la salud y el desarrollo de sus personalidades, se les daña al no tener en cuenta sus voces, sus experiencias de dolor, al pasar menos tiempo con ellas en consulta, al asumir su estado de salud con base en su peso y evitando mandarles o hacerles más exámenes físicos o de laboratorio, se les daña también al hacerles malos diagnósticos asumiendo que su única enfermedad es “la obesidad”, al hacer circular ciertas emociones negativas que las hacen sentir con miedo de sus cuerpos, de asistir a sus consultas médicas, con odio por sí mismas, asumiendo que, efectivamente, algo está mal con ellas y que por lo tanto merecen las miradas de asco y desprecio, asumiendo un constante sentimiento de vergüenza y culpa, que también merman su salud y calidad de vida.

Referencias

- Abidin Crystal y Gabriele de Seta. (2020). "Private messages from the field: confessions on digital ethnography and its discomforts", Journal Digital Social Research. Vol. 2 No. 1, pp. 1-19.
- Ahmed, Sara. (2015). La política cultural de las emociones, México: UNAM-CIEG.
- Álvarez Castillo, Constanza. (2014). La cerda punk. Ensayos desde un feminismo gordo, lesbiko, antikapitalista y antiespecista, Valparaíso Chile: Trío editorial.
- Alvear-Fernández et al., (2021). "Estilos de alimentación y su asociación con apreciación corporal, internalización del sesgo del peso y autocompasión", Terapia Psicológica, vol. 39, no. 1, pp. 123-144.
- Amos, Howard. (8 de septiembre de 2017). Dos azafatas ganan la primera batalla legal a la aerolínea que les rebajó el sueldo por su físico, Portal El Diario.es. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Ardévol, Elisenda. (2017). "Big data y descripción densa". VIRTUalis, 7(14) pp.14-38.
- Bartolomé Domingo, M. y López Guzmán, J. (2014). "La estigmatización social de la obesidad". Cuadernos de Bioética, vol. XXV, núm. 2, pp. 273-284.
- Beck, Ulrich. (1998). "La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad", Barcelona España: Paidós.
- Boero, Natalie. (2012). Killer fat. Media, Medicine, and Morals in the American "Obesity Epidemic" New Brunswick, Canadá: Rutgers University Press.
- Bordo, Susan. (1993). Unbearable weight: Feminism, Western culture and the body, Berkeley Estados Unidos: University of California Press.
- Campos, Paul. (2004). The Obesity Myth: why America's obsession with weight is hazardous to your health. New York Estados Unidos: Gotham Books.

- Canguilhem, Georges. (1971). Lo normal y lo patológico, México: Siglo XXI editores.
- Caponi, Sandra. (1997). "Georges Canguilhem and the epistemological status of the concept of health", História, Ciências, Saúde — Manguinhos, IV (2), pp.287-307.
- Cohen, Stanley. (1972). Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers. Oxford United Kingdom: Routledge classics.
- Contrera, L. y Cuello, N. (2016). Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne. Buenos Aires, Argentina: Madreselva.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (DOF, 22-03.2024). [Enlace que dirige a la página.](#)
- COPRED. (2023-a). Cartografía de la Discriminación en la Ciudad de México, actualización 2022: Ciudad de México. [Enlace que dirige a la página.](#)
- COPRED. (2023-b). Glosario para entender la gordofobia y el godoodio. Ciudad de México. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Cruz Sánchez, Marcelina et al. (2013). "Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología" Región y sociedad, El Colegio de Sonora, año XXV, núm. 57, pp. 165-202.
- Fahs, Breanne. (2017). "Mapping 'Gross' Bodies: The Regulatory Politics of Disgust", en Elias, A. S. y Gill, R. (editoras), Aesthetic Labour. Rethinking Beauty Politics in Neoliberalism, London United Kingdom: Palgrave Mcmillan.
- FDA. (1997). Fen-Phen. Press Release. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Fikkan, J. L. y Rothblum, E. D. (2012). Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. (Sex Roles). [Enlace que dirige a la página.](#)
- Foucault, Michel. (1995). Tecnologías del yo. Barcelona España: Paidós.
- Foucault, Michel. (1993). Microfísica del poder. Madrid España: Ediciones La Piqueta.

- Foucault, Michel. (1988). Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión, México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (1966). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI Editores.
- Francis, Linda. (2006). "Emotions and Health", Handbook of the sociology of emotions, New York, NY: Springer p.p. 591-610.
[Enlace que dirige a la página.](#)
- Gaesser, Glenn. (2002). Big Fat Lies. The Truth About Your Weight and Your Health. California Estados Unidos: Gürze Books.
- Galicia, María. [@mariagalicianutriologa]. 13 de abril 2020 Instagram
[Enlace que dirige a la página.](#)
- García-Deister, V. y López Beltrán C. (2015). "País de gordos, país de muertos: Obesity, death and nation in biomedical and forensic genetics in Mexico", Social Studies os Sciense. vol. 45(6), pp. 797-815.
- Gay, Roxane. (2018). Hambre: Memorias de mi cuerpo. España: Capitan Swing.
- Giddens, Anthony. (1991). Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea, Barcelona España: Ediciones Península.
- Goffman, Erving. (2006). Estigma. La identidad deteriorada, Buenos Aires Argentina: Amorrortu. (1963: 1era edición).
- Gómez Cruz, E. y Ardèvol Piera, E. (2013). Ethnography and the field in media(ted) studies: a practice theory approach. Westminster Papers, 9 (3), pp. 27-46. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Gómez Pérez, D. et al., (2017). "Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: una revisión de la literatura", Revista Médica de Chile, 145(9): pp. 1160-1164, septiembre.
[Enlace que dirige a la revista.](#)
- González Garza, Eva Maricela. (2018). Son las mujeres obesas menos empleables. Discriminación por obesidad en México: un experimento de campo. (Tesis de maestría). El Colegio de México, CEE, México.

- Gorda de atar. (19 de junio de 2020). Gorda vs. Sistema de Salud. [Archivo de vídeo]. YouTube. [Enlace que dirige al vídeo.](#)
- Gordon, Aubrey. (2020). What We Don't Talk About When We Talk About Fat. Estados Unidos: Beacon Press.
- Hine, Christine. (2015). Ethnography for the Internet: Embedded, Embodied and Everyday, Londres: Bloomsbury Publishing. Pp.55-87.
- Hine, Christine. (2001). Virtual Ethnography. California. Estados Unidos: SAGE Publications.
- Luhmann, Niklas. (2006). La sociología del riesgo. Universidad Iberoamericana: México.
- Lupton, Deborah. (2013). Fat. Routledge Taylor and Francis Group. New York: Estados Unidos.
- Lupton, Deborah. (2003-a). Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies, London: SAGE Publications.
- Lupton, Debora. (2003-b). "'Your Life in Their Hands': Trust in the Medical Encounter." En James, V. y Gabe, J. (editores), Health and the Sociology of Emotions (pp. 157-172). Oxford: Blackwell.
- Lupton, Deborah. (1999). Risk and Sociocultural Theory. New directions and Perspectives. New York: Cambridge University Press.
- Mann, Traci. (2015). Secrets from the Eating Lab: The Science of Weight Loss, the Myth of Will-power, and Why You Should Never Diet Again, EUA: Harper Collins.
- McMichael, Lonie. (2013). Acceptable Prejudice? Fat, Rhetoric and Social Justice, Nashville: Pearson Press.
- Mundy, Alicia. (2010). Dispensing with the Truth: The Victims, the Drug Companies, and the Dramatic Story Behind the Battle over Fen-Phen, Nueva York: St. Martin's Publishing Group.
- Oddy, Derek J, et al., (2009). The rise of obesity in Europe: a twentieth century food history, Great Britain: Ashgate Publishing Limited.

- Organización de los Estados Americanos OEA. (2013). Convención Interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia. Capítulo 1, artículo 1. [Enlace que dirige al informe.](#)
- O'Hara, L. y Taylor J. (2018). 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, pp. 1–28. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Okuda Benavides, M. y Gómez-Restrepo, C. (2005). "Métodos en investigación cualitativa: triangulación", Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 1, pp. 118-124.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1949). Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 6th Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death Adopted in 1948. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2024). Obesidad y sobrepeso. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Orbach, Susie. (1978). Fat is a feminist issue, Londres: Arrow Books
- Panza, G. A. et al., (2018). "Weight bias among Exercise and Nutrition Professionals: A Systematic Review". Obesity Reviews, 19(11), pp.1492-1503.
- Phelan, S. M. et al., (2015). "Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity". Obesity Reviews, Apr; 16(4):319-26. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Pineda, Esther. (2020). Bellas para morir, Estereotipos de género y violencia estética contra la mujer, Buenos Aires: Prometeo libros.
- Piñeyro, Magdalena. (2016). Stop gordofobia y las panzas subversas, Málaga: BALADRE.
- Piñeyro, Magdalena. (2020) Diez gritos contra la gordofobia. Tenerife España: Vergara.
- Portal Aristegui Noticias. (21 de septiembre de 2022). Ozempic, el fármaco popularizado en el Hollywood para bajar de peso... y sus riesgos. [Enlace que dirige a la página.](#)

- Preciado, Paul, B. (2008). Testo yonqui. Madrid: Espasa Calpe.
- PressReader. (2012). Furor por la dieta de comer por la nariz. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Quetelet, Adolphe. (1835). Sur L'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale, Francia:Gallica.
- Rail, Geneviève. (2012). "The Birth of the Obesity Clinic: Confessions of the Flesh, Biopedagogies and Physical Culture", Sociology of Sport Journal. [Enlace que dirige a la página.](#)
- Raquel Lobatón Nutrición Incluyente, (S/f). Página de inicio. [@RaquelLobatonNutriciónIncluyente] Facebook. [Enlace que dirige a la página de Facebook.](#)
- Rodríguez Varela, M. (febrero 2023-a). Aborda tu cuerpo desde la neutralidad. Revista Marie Claire México. [Enlace que dirige a la revista.](#)
- Rodríguez Varela, M. [@Michihart]. (01 de febrero de 2023-b). [Enlace que dirige al TikTok.](#)
- Sánchez Graillet, Luis. (2022). "Obesidad: ¿epidemia global o responsabilidad individual?", Interdisciplina. Obesidad/es, Volumen 10, núm. 26, enero abril del 2022.
- Schroeder, Steven A. (2007). "We Can Do Better - Improving the Health of the American People," New England Journal of Medicine, pp. 1221-1228,
- Schwartz, Marlene et al., (2003). "Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity", Obesity Research, 11(9), pp.1033-1039.
- STOP Gordofobia. (s/f). Página de inicio. [@stopgordofobia]. Facebook. Recuperado el 19 de marzo de 2024, de [Facebook.](#)
- Taylor, Sonya Renée. (2020). El cuerpo no es una disculpa: El poder del autoamor radical, España: Melusina.
- Tovar, Virgie. (2018). You Have the Right to Remain Fat, UK: Melville House.

- Turner, Bryan S. (1989). El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social, México: FCE.
- Vigarelo, Georges. (2009). Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Vigarelo, Georges. (2011). La metamorfosis de la grasa: Historia de la obesidad. Desde la Edad Media al siglo XX, Barcelona: Ediciones Península.
- Wright, Jan y Harwood, Valerie. (2009). Biopolitics and the Obesity Epidemic. Governing bodies, New York: Routledge Taylor & Francis.
- Wolf, Naomi. (1991). The Beauty Myth; How images of female beauty are used against women, Nueva York: William Morrow and Co.

Semblanza de las autoras

María de Jesús López Alcaide

Es licenciada en Sociología por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Maestra por el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM, en el posgrado de estudios Filosóficos de la Ciencia en la línea en Historia de la Ciencia, especializándose en el estudio histórico y filosófico de la medicina. Y actualmente es candidata a Doctora en Ciencias Políticas y Sociales, en la línea de Sociología, por la Facultad de Ciencias Políticas de la UNAM, especializándose en el área de sociología de la medicina y sociología de los cuerpos. Dese el 2022 es docente de la Universidad Autónoma del Estado de Coahuila (UAQ) en el programa de Maestría en Ciencias Sociales para el Desarrollo Interdisciplinario.

María de Lourdes Zariñana Nava

Es Licenciada en Sociología y maestra en Estudios Políticos y Sociales por la Facultad de Ciencias Políticas de la UNAM. Profesora a nivel licenciatura en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM y en otras instancias educativas como la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, el Heroico Colegio Militar y en Educación a Distancia de la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Cd. Mx. (SECTEI). Ha participado en proyectos de investigación en FCPyS e Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM y en Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Cd. Mx.) con temas de infancia, mujeres, migración y educación.

1^{ER} CONCURSO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DISCRIMINACIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED