



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

Cuerpos en diálogo: tejiendo ecos de diversidad e identidad

Coords.

Luís Robledo Díaz
Arantxa Grau i Muñoz

Dykinson, S.L.

CUERPOS EN DIÁLOGO:
TEJIENDO ECOS DE DIVERSIDAD E IDENTIDAD



COLECCIÓN CONOCIMIENTO CONTEMPORÁNEO

CUERPOS EN DIÁLOGO:
TEJIENDO ECOS DE DIVERSIDAD E IDENTIDAD

Coords.

LUÍS ROBLEDO DÍAZ
ARANTXA GRAU I MUÑOZ

Dykinson, S.L.

2024



Esta obra se distribuye bajo licencia

Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)

La Editorial Dykinson autoriza a incluir esta obra en repositorios institucionales de acceso abierto para facilitar su difusión. Al tratarse de una obra colectiva, cada autor únicamente podrá incluir el o los capítulos de su autoría.

CUERPOS EN DIÁLOGO: TEJIENDO ECOS DE DIVERSIDAD E IDENTIDAD

Diseño de cubierta y maquetación: Francisco Anaya Benítez

© de los textos: los autores

© de la presente edición: Dykinson S.L.

Madrid - 2024

N.º 208 de la colección Conocimiento Contemporáneo

1ª edición, 2024

ISBN: 978-84-1070-242-4

NOTA EDITORIAL: Los puntos de vista, opiniones y contenidos expresados en esta obra son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores. Dichas posturas y contenidos no reflejan necesariamente los puntos de vista de Dykinson S.L, ni de los editores o coordinadores de la obra. Los autores asumen la responsabilidad total y absoluta de garantizar que todo el contenido que aportan a la obra es original, no ha sido plagiado y no infringe los derechos de autor de terceros. Es responsabilidad de los autores obtener los permisos adecuados para incluir material previamente publicado en otro lugar. Dykinson S.L no asume ninguna responsabilidad por posibles infracciones a los derechos de autor, actos de plagio u otras formas de responsabilidad relacionadas con los contenidos de la obra. En caso de disputas legales que surjan debido a dichas infracciones, los autores serán los únicos responsables.

INDICE

INTRODUCCIÓN	10
--------------------	----

LUIS ROBLEDO DÍAZ
ARANTXA GRAU I MUÑOZ

SECCIÓN I.

DIÁLOGOS CORPORALES: INTERCONEXIONES, FRONTERAS Y REPRESENTACIÓN

CAPÍTULO 1. SUBORDINACIÓN Y HEGEMONIA: LA MASCULINIDAD INCEL COMO MASCULINIDAD HÍBRIDA.....	15
--	----

LUIS UCEDA HERNÁNDEZ
ARANTXA GRAU-MUÑOZ

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA ENCUESTA DE LA JUVENTUD DE CATALUÑA 2022 (EJC22) POR ORIENTACIÓN SEXUAL...	34
---	----

LEON FREUDE

CAPÍTULO 3. GÉNERO, GENERACIONES Y FAMILIAS DE PERSONAS NO BINARIAS. UNA CONTRIBUCIÓN A PARTIR DE UNA INVESTIGACIÓN EN ITALIA.....	57
--	----

MARIELLA POPOLLA

CAPÍTULO 4. MARIKAS Y RATAS. RESIGNIFICACIÓN DE ESPACIOS NORMATIVOS MEDIANTE LA PRÁCTICA PERFORMÁTICA Y LAS SUBCULTURAS LGTBIQA+ EN BARCELONA	73
---	----

EKI IRUSTA ARAUJO

CAPÍTULO 5. SEXUALIDADES EN JUEGO: SOBRE LAS REPRODUCCIONES HETERONORMATIVAS DE SUJETOS E IDENTIDADES EN EL CONTEXTO DEPORTIVO.....	93
---	----

MARTA EULALIA BLANCO GARCÍA

CAPÍTULO 6. DALÍ'S AMAZONS. THE SURREALISM OF THE CLASSICAL FEMALE BODY	109
--	-----

ARTURO SÁNCHEZ SANZ

CAPÍTULO 7. TRAVERSEES DE POUVOIR : ANALYSE INTERCONNECTEE DES THEORIES FEMINISTES SUR LE GENRE.....	131
---	-----

SERGIO FUERTES BUESO

CAPÍTULO 8. EL «FEMINISMO AGUAFIESTAS» DE SARA AHMED: UNA REIVINDICACIÓN DE LA INFELICIDAD	145
---	-----

MARÍA TOCINO RIVAS

CAPÍTULO 9. JUDITH BUTLER: CUERPO, PERFORMATIVIDAD, PERFORMANCE Y FRONTERAS	157
DIANA CAROLINA BEJARANO COCA	
CAPÍTULO 10. SALUD, CULTURA, GÉNERO Y SEXUALIDAD: ANALIZANDO LA FIGURA DE OCAÑA	173
MARÍA CABILLAS ROMERO	
CAPITULO 11. COMPREHENSION DES RELATIONS ENTRE PRODUCTION ET REPRODUCTION EN LIEN AVEC LE GENRE, LA CLASSE, L'ETHNICITE ET LA SEXUALITE.....	193
SERGIO FUERTES BUESO	
CAPÍTULO 12. BLEEDING GODDESSES AND FEMALE DYSMORPHIA IN SHASHI DESHPANDE'S <i>THE DARK HOLDS NO TERRORS</i> AND NARAYAN'S <i>KOCHARETHI</i> . MENSTRUATION AS AN ETHNOLOGICAL PARADIGM IN (POST)COLONIAL INDIA.....	207
JAIRÓ ADRIÁN-HERNÁNDEZ	
CAPÍTULO 13. WHAT'S IN A LIFETIME? AGES OF HUMAN LIFE METAPHORS: A CROSS-CULTURAL ANALYSIS.....	221
MÓNICA MARÍA MARTÍNEZ SARIEGO	
CAPÍTULO 14. EL PAPEL DE LA MORFOLOGÍA FLEXIVA EN LA CONSOLIDACIÓN DEL LENGUAJE INCLUSIVO. CUERPOS E IDENTIDADES VISIBILIZADOS A TRAVÉS DEL MORFEMA -E	250
LUCAS BALLESTEROS DE LA CRUZ	
RAFAEL PONTES VELASCO	

SECCIÓN II.

EL CUERPO AUSCULTADO: ENTRE EL DOLOR Y EL ESTIGMA

CAPÍTULO 15. LES DISFUNCIONS SEXUALS FEMENINES I ELS SEUS TRACTAMENTS: ENTRE EL CONTROL BIOPOLÍTIC I EL MANAGEMENT DEL SELF	271
MARTA GRAU RODA	
AINA FAUS-BERTOMEU	
CAPÍTULO 16. EL OCULARCENTRISMO EN LOS DIAGNÓSTICOS: ARTICULACIÓN DE LA GORDOFOBIA MÉDICA A TRAVÉS DE LAS FORMAS VISIBLES DEL CUERPO	291
ELENA CASTRO FERNÁNDEZ	

CAPÍTULO 17. CON LAS PIERNECITAS ABIERTAS Y TU COSITA AL AIRE»: EXPLORACIÓN DE EXPERIENCIAS ENCARNADAS DE GORDOFOBIA GINECOOBSTÉTRICA Y RESISTENCIAS DE MUJERES EN ESPAÑA.....	311
NINA NAVAJAS-PERTEGÁS	
CAPÍTULO 18. DOLOR MENSTRUAL EN LA ADOLESCENCIA: EFECTOS EN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE OCIO	331
MARGA MARÍ-KLOSE	
SANDRA ESCAPA	
ALBERT JULIÀ	
PEDRO GALLO	
CAPÍTULO 19. DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS NARRATIVAS MENSTRUALES: REPRESENTACIÓN, ESTIGMA E IMAGINARIOS SOCIALES	346
IRENE RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	
JUAN JOSÉ LABORA-GONZÁLEZ	
OLGA CERVERA-SAINZ	
ENRIQUE FERNÁNDEZ-VILAS	
CAPÍTULO 20. CUERPOS MARGINADOS, CUERPOS IGNORADOS. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN UN CONTEXTO DE POBREZA URBANA	368
CAROLINA MARTÍNEZ-SALGADO	
CAPÍTULO 21. LO PATOLÓGICO Y LO EXISTENCIAL. LOS PELIGROS DE LA MEDICALIZACIÓN DE LA CONDICIÓN HUMANA	388
CARLOTA GÓMEZ HERRERA	
CAPÍTULO 22. ENFERMAR A TRAVÉS DE LA MIRADA. EL PELIGRO DE LA INMERSIÓN VISUAL	408
MARÍA DOLORES GARCÍA GONZÁLEZ	
CAPÍTULO 23. EL SIGNIFICADO DE “CUERPO SANO” COMO ELEMENTO PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE EL MODELO SALUTOGÉNICO.....	435
GIOVANNA GEORGINA RAMÍREZ CERÓN	
SAÚL RAMÍREZ DE LOS SANTOS	
CARLOS ALFONSO MERCADO CALDERÓN	
CAPÍTULO 24. LA ECTOGÉNESIS EN DISPUTA. ¿UNA TECNOLOGÍA CON POTENCIALIDADES PARA LA ABOLICIÓN DEL BINARISMO DE GÉNERO BASADO EN EL BIOSEXISMO (RE)PRODUCTIVO?	456
JOAN TORRES-PALOMARES	
SARA MÉNDEZ	
CAPÍTULO 25. ESPACIOS VERDES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA). UNA APROXIMACIÓN TRANSDISCIPLINAR AL PAISAJE TERAPÉUTICO.....	475
LAURA MIER VALERÓN	

SECCIÓN III.
CUERPOS EN FORMACIÓN: ENTRE EL EMPRENDIMIENTO
Y LAS RESISTENCIAS

CAPÍTULO 26. AVALUANT UNA FORMACIÓ SOBRE LES VIOLÈNCIES
MASCLISTES DIGITALS A LA UNIVERSITAT495

LEON FREUDE
CLARA CAMPS CALVET

CAPÍTULO 27. LA COMUNIDAD FAMILIAR EN EL SURGIMIENTO
DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL EN LA INFANCIA513

AGUSTÍN LLORCA LINDE

CAPÍTULO 28. EL MANDATO DE LA MASCULINIDAD EN LA
PRODUCCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN
LA UNIVERSIDAD. UN ANÁLISIS DE LOS TESTIMONIOS DE LAS
ESTUDIANTES DURANTE EL MAYO FEMINISTA EN CHILE (2018)...533

LORETO MAHAN GONZÁLEZ

CAPÍTULO 29. CUERPO, JUVENTUD Y EDUCACIÓN. DE LA
MILITARIZACIÓN DE LA INFANCIA A LA RESISTENCIA ACTIVISTA...548

ISABEL VILAFRANCA MANGUÁN
LILIANA ARIAS ORTIZ

CAPÍTULO 30. CARTOGRAFÍAS CORPORALES: DE LOS
DISCURSOS DE ODIO A UN OCIO COMPARTIDO567

LAURA CRUZ LÓPEZ
MARÍA BARBA NÚÑEZ

CAPÍTULO 31. APROXIMACIÓN PRÁCTICA A LA CORPORALIDAD
CONSCIENTE EN LA FORMACIÓN DE EDUCADORES EN
MONDRAGON UNIBERTSITATEA587

OLATZ MANUEL EZENARRO

CAPÍTULO 32. LA IMPORTANCIA DE FOMENTAR LA
PARTICIPACIÓN DE LAS NIÑAS EN CARRERAS STEM.....610

SUSANA GONZALEZ-PEREZ
ARANCHA MIELGO

CAPÍTULO 33. ¿ES EL EMPRENDIMIENTO COSA DE HOMBRES?624

SUSANA GONZALEZ-PEREZ
ARANCHA MIELGO

SECCIÓN IV.
CUERPOS EN LA ANCIANIDAD: PRÁCTICAS, CUIDADO Y
ESTEREOTIPOS

CAPÍTULO 34. SENECTUD Y CORPOREIDAD EN LA ANTIGÜEDAD CLÁSICA	643
ALFONSO LÓPEZ-PULIDO	
CAPÍTULO 35. EPISTEMOLOGÍAS DE LA VEJEZ Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SEXUAL. LA REPRODUCCIÓN DEL EDADISMO EN LOS PROGRAMAS PARA PERSONAS MAYORES	660
AINA FAUS-BERTOMEU MARTA GRAU RODA ELISABET MARCO-AROCAS	
CAPÍTULO 36. MUJERES MAYORES EN LA CIUDAD JUBILADA	681
CRISTINA BOTANA IGLESIAS	
CAPÍTULO 37. CUERPOS, CUIDADOS Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN EL ESPACIO PÚBLICO: EL CASO DE LA <i>SUPERILLA</i> DE SANT ANTONI, BARCELONA	707
PEP VIVAS I ELIAS MIRELA FIORI MARIELA IGLESIAS COSTA GABRIELA FAUTH	
CAPÍTULO 38. PERSPECTIVA MULTIVARIANTE APLICADA AL ANÁLISIS DE SENTENCIAS DE MALTRATO A ANCIANOS.....	730
ROLANDO-ÓSCAR GRIMALDO-SANTAMARÍA MARÍA-INMACULADA RUIZ-FINCAS LUCÍA PIÑÓN BUENDÍA	

CON LAS PIERNECITAS ABIERTAS Y TU COSITA AL AIRE»: EXPLORACIÓN DE EXPERIENCIAS ENCARNADAS DE GORDOFOBIA GINECOOBSTÉTRICA Y RESISTENCIAS DE MUJERES EN ESPAÑA

NINA NAVAJAS-PERTEGÁS

Departament de Treball Social i Serveis Socials. Universitat de València

1. INTRODUCCIÓN AL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Desde principios de la década de los dos mil, a partir de un intenso proceso de medicalización, la gordura se ha convertido en un problema de salud que requiere intervención. Uno de los principales argumentos es el gasto económico que supuestamente acarrea. La recientemente etiquetada epidemia de obesidad ha abierto un debate mundial sobre la gordura como un problema médico. De hecho, cuando en 2003 Estados Unidos se preparaba para uno de los episodios más tristes de su historia reciente iniciando la Guerra de Irak, Richard Carmona, el entonces consejero de Salud Pública, afirmaba que la obesidad era «una amenaza mucho más peligrosa que las armas de destrucción masiva de Saddam Hussein». Desde entonces los discursos alarmantes pueblan lo social a la hora de hablar sobre la gordura, reduciendo a las personas gordas a una mera caricatura de sí mismas y de sus excesivos y rebosantes cuerpos. En consecuencia, todo el mundo parece saber algo sobre el estado de salud, moralidad, deseos y comportamientos de las personas gordas. El resultado de concebir a estas como monstruos capaces de todo tipo de perversiones, y responsables de males como el calentamiento global, el cambio climático (An *et al.*, 2018) y la crisis alimentaria (Franco *et al.*, 2022) ha sido más estigmatización (Puhl y Heuer, 2009). Aunque la estigmatización de las personas gordas no es un fenómeno reciente, hoy se legitima en nombre de la salud mediante discursos

medicalizados que construyen gordura como un problema global de salud que hay que atajar a toda costa (Navajas-Pertegás, 2022).

El estigma es una marca física, atributo, comportamiento o reputación socialmente desaprobada que puede producir una identidad social descalificada (Goffman, 2006). Este término se usa para describir las reacciones humanas negativas, por ejemplo, ante la enfermedad mental, discapacidad o VIH. El estigma funciona como un mecanismo de opresión y exclusión social para sostener las desigualdades grupales al relegar a determinados grupos a una posición subordinada (Phelan *et al.*, 2008). Concretamente, el estigma de la gordura (o gordofobia) es el rechazo y odio hacia las personas gordas, por el mero hecho de serlo (Navajas-Pertegás, 2022). Esto incluye el temor a la gordura y la gordofobia internalizada (Meadows y Higgs, 2019). La gordofobia suele manifestarse a través de estereotipos, prejuicios, discriminaciones y actos de violencia verbal, física o psicológica. Las personas gordas suelen calificarse como perezosas, incompetentes, desmotivadas, carentes de autocontrol, poco saludables y físicamente repulsivas (Puhl y Heuer, 2009). Partiendo de una jerarquía basada en el tamaño corporal, los cuerpos gordos se relegan a la posición inferior. En contraste, los delgados, gozan del privilegio de la delgadez (Bacon *et al.*, 2016); un paquete de ventajas sociales, económicas y políticas recibidas en virtud de un tamaño corporal socialmente aceptado. La gordofobia se manifiesta a través de experiencias interpersonales (por ejemplo, comentarios groseros, suposiciones, acoso y exclusión social) así como del entorno (por ejemplo, asientos o ropa de tamaños inadecuados) (Gerend *et al.*, 2021). También, de una variedad de contextos y fuentes (por ejemplo, familia, amistades, escuela, relaciones de pareja y laborales, atención médica, ejército y sistema judicial (Meadows *et al.*, 2021; Navajas-Pertegás, 2022; Puhl y King, 2013) y proviene de una variedad de fuentes. En general, la gordofobia es una experiencia común para las personas gordas y se intensifica a medida que aumenta el peso (Spahlholz *et al.*, 2015).

En comparación con otras formas comunes de prejuicio como el racismo, sexismo, LGTBfobia o islamofobia, la gordofobia suele aceptarse incluso cuando es hostil (Andreyeva *et al.*, 2008; Latner *et al.*,

2008). De ahí que la literatura especializada la considere como el *último prejuicio socialmente aceptado* (Calogero *et al.*, 2016; Ewing 2019; Latner *et al.* 2008). Sea intencional o no, la gordofobia puede calificarse como un crimen de odio que se ejerce contra la persona debido a su apariencia física.

Hablar de gordofobia implica tirar de los hilos del sexismo, clasismo, racismo, salutismo, capacitismo, edadismo y moralidad, pues los sistemas de opresión suelen intersectar unos con otros y reforzarse mutuamente (Navajas-Pertegás, 2022). Por tanto, la gordura y el tamaño corporal deben tenerse en cuenta como ejes de opresión. Respecto al sexismo, las mujeres gordas son especialmente vulnerables a la gordofobia por varias razones. Entre ellas, la omnipresente cosificación de sus cuerpos y la presión para encarnar unos estándares de belleza inalcanzables y más férreos que los exigidos a los hombres para ser socialmente aceptadas (Fikkan y Rothblum, 2012). La gordofobia es también una forma refinada de clasismo que conecta gordura e ignorancia a los estilos de vida supuestamente perjudiciales de las clases populares. Racismo y gordofobia también van mano en mano, pues, en lugar de concebirse como parte de la diversidad humana, los cuerpos gordos se construyen como *una otredad salvaje* (en oposición a un *nosotros delgado*) bajo una lógica orientalista que pretende subordinar, expulsar o eliminar a quien es distinto. De hecho, las mujeres gordas racializadas son las principales afectadas por la actual *guerra contra la obesidad* (Calogero *et al.*, 2016). Por su parte, la gordofobia se articula con el tándem salutismo-edadismo al asociarse la gordura con la improductividad, enfermedad y muerte. En referencia al capacitismo, la gordofobia se cimenta sobre este sistema de opresión partiendo de postulados que construyen unas capacidades como más valiosas que otras, y a quienes las poseen, como superiores al resto de personas. Por último, la gordura se abrocha a la gula que, en el cristianismo, se vincula a inmoralidad, pereza y egoísmo; vicios, todos ellos, opuestos al dogma neoliberal del autocontrol, competitividad y mejora constante. De este modo, los discursos hegemónicos actuales comunican una visión particular de las personas gordas: son desviadas, enfermas y contaminan nuestras sociedades.

1.1. GORDOFOBIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La empatía, compasión y alivio del sufrimiento humano son fundamentos de la profesión médica. A menudo, quienes la eligen, lo hacen por vocación y por el noble deseo de ofrecer cuidados de máxima calidad. No obstante, puede ocurrir que se deshumanice a la persona y/o se le cause sufrimiento de manera no intencionada a través de prácticas abusivas. Las personas gordas suelen enfrentar un trato injusto y discriminatorio por parte de una diversidad de profesionales del sector sanitario: dietistas y nutricionistas (Jung *et al.*, 2015), enfermeras/os (Brown *et al.*, 2007), médicas/os (Huizinga *et al.*, 2012); fisioterapeutas (Setchell *et al.*, 2014); psicólogas/os (Myers y Rothblum, 2005); y trabajadoras/es sociales (Shinan-Altman, 2017). La gordofobia entre dichos profesionales es similar a la que se observa en el resto de la sociedad, y las personas gordas tienden a asociarse a la pereza, a un mayor riesgo de enfermedades, y a una baja motivación, disciplina y responsabilidad individual (Sabin *et al.*, 2012). Entre el personal sanitario estos prejuicios terminan traducándose en una menor disposición y tiempo dedicado a tratar a las personas gordas (Mulherin *et al.*, 2013) y a buscar causas alternativas a sus padecimientos, prefiriéndose atribuir sus problemas de salud directamente al peso (Mitchell *et al.*, 2008; Østbye *et al.*, 2005).

La discriminación es un determinante social de la salud crucial, y el estigma, una barrera bien documentada a la hora de buscar atención médica, participar en el autocuidado y adherirse al tratamiento en una variedad de condiciones de salud a nivel mundial (Stangl *et al.*, 2019). Al igual que ocurre con otras formas de discriminación (Lewis *et al.*, 2015), la discriminación gordofóbica se asocia a múltiples consecuencias físicas y psicológicas negativas para la salud (Major *et al.*, 2018; Puhl y Heuer, 2010), así como a una esperanza de vida más baja (Sutin *et al.*, 2015; Udo *et al.*, 2016). Por ejemplo, está relacionada con niveles elevados de cortisol y con marcadores inflamatorios en sangre (Jackson *et al.*, 2016; Tomiyama *et al.*, 2014). También, con alteraciones del metabolismo de la glucosa (Vadiveloo y Mattei 2017) y con más riesgo de tener ideaciones suicidas y tentativas de suicidio (Douglas, Kwan y Gordon, 2021). Asimismo, el estrés que genera la discriminación gordofóbica puede producir un mayor aumento de peso, creándose un ciclo

vicioso entre ambas (Jackson y Steptoe, 2017; Sutin y Terracciano, 2013; Tomiyama, 2014). En lo que respecta a la salud psicológica, hay que insistir en que el actual clima de demonización de la gordura favorece la depresión, insatisfacción corporal, baja autoestima, así como diversos tipos de malestares psicológicos tanto en las personas gordas como en las delgadas (Major, *et al.*, 2012; Puhl y Heuer, 2009). Más aún, experimentar gordofobia es un predictor de mala salud psicológica y de merma en el bienestar y la calidad de vida (Jackson *et al.*, 2015; Magallares *et al.* 2016).

Por su parte, la gordofobia internalizada se asocia a riesgos como la cardiopatía coronaria, diabetes, accidentes cerebrovasculares (Pearl *et al.*, 2017) o a enfermedades como arteriosclerosis, diabetes y/o afecciones cardíacas menores (Udo *et al.*, 2016). Asimismo, predice una mala salud psicológica y menos bienestar y calidad de vida (Rudolph y Hilbert, 2015). Al margen de que se sea una persona gorda o delgada, internalizar, percibir o ser objeto de estereotipos, prejuicios y discriminaciones gordofóbicas también se asocia a conductas alimentarias desordenadas, incluidos los atracones, purgas, comer emocional y la alimentación descontrolada (Vartanian y Porter, 2016). Esto también sucede cuando se sufre gordofobia anticipada (Hunger, Dodd y Smith, 2020).

2. OBJETIVOS

A diferencia de países anglosajonas como Canadá, Estados Unidos y Reino Unido, donde la investigación sobre las experiencias sociales y culturales de las personas gordas es más frecuente (Phelan *et al.*, 2015; Puhl, 2023), en España e Hispanoamérica apenas se han explorado estas temáticas. En concreto, sabemos poco acerca del estigma que enfrentan las personas gordas en el ámbito de la salud, a pesar de las graves repercusiones que esto puede tener en su bienestar (Rubino *et al.*, 2020). El objetivo de este estudio es explorar la gordofobia ginecoobstétrica experimentada por usuarias del Sistema Nacional de Salud español, para ayudar a llenar dicho vacío de conocimiento. Hasta donde conozco, esta es la primera investigación que aborda las experiencias de mujeres gordas en la atención a la salud en el contexto hispanohablante.

Más que reprochar al personal sanitario de las situaciones que ocurren, mi intención es identificar los abusos y deficiencias encontrados en la atención ginecobstétrica a las mujeres gordas, para poder aplicar acciones preventivas basadas en el respeto a los derechos humanos.

3. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

El método adoptado en esta investigación es cualitativo y el nivel, exploratorio. Partiendo de los enfoques construccionista social y posestructuralista feminista, el abordaje del análisis es discursivo (Tischner, 2013), entendiendo que el discurso es una práctica social históricamente situada que construye la realidad (Fairclough, 2010). En sintonía con la epistemología de los conocimientos situados (Haraway, 1991), el propósito es construir conocimientos encarnados y desde múltiples posiciones sobre la experiencia encarnada de ser gorda de las participantes.

3.2. PARTICIPANTES, PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

El reclutamiento comenzó mediante muestreo de conveniencia a partir la red profesional de contactos de la investigadora en combinación con la técnica de bola de nieve (Braun y Clarke, 2013). Para captar participantes de una diversidad sociodemográfica, después se usó un muestreo intencional seleccionando diversas asociaciones y comercios de Valencia (España). Se recibieron unas cincuenta muestras de interés, y se adoptó un principio de muestreo de diversidad para obtener relatos desde múltiples posiciones identitarias, vitales y relacionales. En base a factores como la disponibilidad y la facilidad de acceso a las posibles entrevistadas, se invitó a participar en una entrevista a veintiséis mujeres de diversos perfiles sociodemográficos (Tabla 1) y todas accedieron. No se anunció ni ofreció remuneración por participar.

TABLA 1. Perfil sociodemográfico de las participantes

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

Fuente: Elaboración propia

Los datos se recogieron desde los años 2016 a 2018, mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad basadas en un guion flexible. Tras obtener los consentimientos informados por escrito, estas se grabaron en audio para su posterior transcripción. Las preguntas abarcaron los mensajes, conductas y manejo de los cuerpos por parte del personal sanitario. Como el enfoque analítico fue inductivo, no se establecieron categorías específicas previas para analizar el material recopilado. Para determinar si se había alcanzado el número adecuado de participantes se siguieron los principios de saturación. Así, tras una evaluación preliminar de los datos, se valoró que no había temas nuevos o significativos y que los datos obtenidos eran detallados, complejos e, incluso, contradictorios (Willig, 2008). De este modo, se consideró que el número de participantes era adecuado (Braun y Clarke, 2013). La investigadora realizó la transcripción literal de las entrevistas siguiendo el orden de realización. La información referida a la identidad de las participantes se almacenó separada de los archivos de texto para proteger su privacidad. Y el anonimato de estas se aseguró usando seudónimos y cambiando o eliminando detalles que pudieran identificarlas.

3.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS

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

- — Cómo construyen la atención sanitaria que se ofrece a las personas gordas.
- — Cómo construyen los episodios de gordofobia ginecobstétrica vivenciados.
- — Cómo, cuándo y dónde percibieron gordofobia ginecobstétrica.
- — A qué causa atribuyen lo que les sucedió.
- — Cómo vivenciaron la gordofobia ginecobstétrica.
- — A qué achacaron la gordofobia encontrada.
- — Actitudes o conductas que denotaron la gordofobia anticipada en las participantes.
- — Estrategias desarrolladas para enfrentar la gordofobia.

3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio cumple el Código Europeo de Conducta para la Integridad en la Investigación. Debido a sus características no requirió la aprobación del Comité de Ética de la Universitat de València. Al inicio de la investigación comuniqué a las participantes el contexto, justificación, objetivos y método que seguiría. Me aseguré de que comprendieran qué implicaba participar, el uso que daría a los datos y cómo preservaría su anonimato. Antes de entrevistarlas, recordé el contenido del consentimiento informado, destacando que la participación era voluntaria y que podían retirarse en cualquier fase de la investigación o negarse a responder preguntas durante la entrevista. Siguiendo una orientación

investigadora feminista, antes, durante y después de las entrevistas, adopté diversos *microactos de cuidado* con las participantes. Por ejemplo, informé de la duración promedio de las entrevistas (45-60 min.), y ofrecí opciones sobre la hora, lugar de realización, modalidad (presencial o en línea), idioma (castellano o catalán) y el pseudónimo a usar. También coloqué la grabadora a su alcance y les mostré cómo apagarla, para que pudieran pausar o detener la grabación si se diera el caso. Igualmente, devolví las transcripciones para que pudieran modificarlas y validarlas. Por último, para fomentar la libertad de expresión, les alenté a hacer preguntas u observaciones al inicio de las entrevistas y ofrecí un espacio antes de concluir para que destacaran cualquier aspecto importante que pudiera haber quedado eclipsado en la conversación.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo con otros estudios, las participantes en esta investigación se percibieron a sí mismas como más susceptibles que los hombres a enfrentar gordofobia en el ámbito sanitario (Sagi-Dain *et al.*, 2022). Destacaron, por ejemplo, la falta de tacto y compasión del personal sanitario hacia sus condiciones, así como los comentarios despectivos y actitudes irrespetuosas hacia sus cuerpos, incluyendo gestos de desagrado, risas burlonas y bromas hostiles o condescendientes relacionadas con su peso.

En referencia a las violencias ginecoobstétricas, hay que decir que están socialmente invisibilizadas e, incluso, parte de la profesión sanitaria niega su existencia (Cohen y Korem, 2018). En concreto, dos participantes refirieron haber sufrido violencia ginecológica y, otras dos, violencia obstétrica. Veamos primero lo referido a la violencia ginecológica. Este tipo de violencia engloba un conjunto de prácticas que pueden conducir a una atención o tratamiento que deshumaniza a las mujeres. Involucran el empleo de procedimientos innecesarios o un uso indebido de medicamentos, transforman los procesos naturales en patológicos, omiten la provisión de información o tratamiento adecuado, (Cárdenas *et al.*, 2020). Dichas prácticas pueden impactar negativamente en la salud psicológica, física y/o sexual de las mujeres, resultando en una

disminución de su autonomía y/o de su capacidad para tomar decisiones de manera libre respecto a sus cuerpos y sexualidad. Las participantes que sufrieron violencia ginecológica basada en prejuicios gordofóbicos hablaron específicamente de las revisiones rutinarias:

Tengo una imagen horrible de haber ido por primera vez al ginecólogo. Me hizo una ecografía, que yo pensaba que era por arriba, superficial. ¡Es que no me explicaron nada! “¡Ale, va, quítate los pantalones!”. Y yo, allí, una cosa súper fría, dos mujeres allí mirándome. Ningún tacto. Ya te digo, me estacaron un palo dentro [el transductor ecográfico]. Ni me explicaron: “Mira, igual está frío”. Me quedé: “¡Aiiii! ¿POR QUÉ?”. “No, sé qué, espérate, ¡no te muevas! Vale, de acuerdo” [instrucciones de la ginecóloga]. Fue un minuto máximo. “Vale, no tienes nada, suelo vaginal bien. ¿El tema de hijos?2. Claro. ¡Sí que es cierto que al ser gorda siempre pareces un poquito más mayor y se pensaban, a lo mejor, que yo ya estaba en edad de querer tener hijos! No sé, imagino yo eh... No pude preguntar ni nada. Porque cada vez que... Es que cuando lo dice un médico, ¡me quedo tan parada! Porque pienso que es tan sacro y tan pulcro lo que me están diciendo que, claro... ¡Son médicos, ¿cómo van a herirte?! ¡Te están diciendo las verdades! Ya no por las formas, ni lo que sea, sino que pienso que es tan real lo que dice un médico que nunca lo pongo en entredicho. (Judit)

En el relato anterior apreciamos que el cuerpo de Judit se maneja como un simple objeto-máquina: con poca delicadeza, de forma invasiva y deshumanizada. La ginecóloga despliega violencia cuando interroga inesperadamente sobre los planes de Judit para quedar embarazada. Quizá, porque en el discurso de la feminidad patriarcal arraiga la concepción de que el deseo y destino superior de toda mujer es ser esposa y madre. Intimidar a las mujeres cuyos cuerpos escapan de la norma corporal funcionaría como recordatorio de que estos son abyectos y no aptos para la maternidad. El relato anterior revela una forma imperceptible de violencia que se ejerce sobre la parte dominada «como por arte de magia», con su complicidad, sin fuerza física (Bourdieu, 2000:54). Se trata de la violencia simbólica. Al imperar el enfoque biomédico para producir y decir verdad sobre la salud este se considera «sacro» y deviene casi incontestable, afirma Judit. Es así como se normalizan y naturalizan sus violencias mediante discursos que aluden al cuidado y al propio bien de las mujeres (Cárdenas *et al.*, 2020). La violencia simbólica también se expresa mediante «emociones corporales» y «sentimientos» como la vergüenza (Bourdieu 2000: 55), que pueden paralizar

a la persona y favorecer que esta adopte una posición subjetiva subordinada a la autoridad médica: «me quedo tan parada», dice Judit. El sentimiento de vergüenza, de hecho, está en el núcleo de la feminidad patriarcal. De ahí que las violencias ginecológicas y obstétricas se apoyen en este, como su instrumento, cuando las mujeres incumplen los códigos estereotipados de la feminidad (y maternidad). Cohen y Korem (2018: 2) sugieren que esta es una forma de «domesticar a las mujeres, devolverlas a la dócil feminidad y prepararlas para la “maternidad intensiva”». Resulta ilustrativo que, en lo tocante a los abusos en el cuidado de la salud, la violencia ginecológica prevalezca (entre el 13 y el 28%) muy por encima de la que sufren los varones (entre el 4 y el 7%) (Brüggemann *et al.*, 2012). Consideremos ahora el relato referido a una revisión ginecológica de otra participante, que ejemplifica los mencionados efectos de la violencia ginecológica:

Estás allí, en tu potro, con las patitas en alto [con voz quebradiza], vulnerable, ¿sabes? Con las piernecitas abiertas, tu cosita al aire. Y entra la ginecóloga y dice: “¡uuuuy qué horror!, ¡qué gorda!” [inspira profundamente]. Me cuesta hasta contarlo ¿sabes? [ríe nerviosamente]. Y, levantas como puedes tu cabecita y le dices: “espero que tenga algo que ver con su ejercicio profesional, porque si no va a tener un problema”. ¡Ah, eso se lo digo yo! Y la señora se disculpa, me explica que, efectivamente, tiene que ver con su ejercicio profesional, pero que siente que las palabras no han sido las adecuadas. Pero, que, igual que a mí, ¡se lo habrá dicho a otras cien antes que se habrán ido a su casa llorando! Como a mí, que todavía me entran ganas de llorar ahora cuando lo cuento. (Amaya)

Los sentimientos de vulnerabilidad e insignificancia se aprecian discursivamente en el repertorio de diminutivos que emplea Amaya: piernecitas, cosita, cabecita. Partiendo del concepto foucaultiano de poder disciplinario, Arguedas (2014) refiere a un *poder obstétrico* que opera a través de la autoridad del discurso y prácticas médicas. Mediante sus rituales de dominación, las violencias ginecoobstétricas funcionan como mecanismos para producir cuerpos dóciles y sexuados. Sin embargo, aunque es difícil protestar y tomar un papel agéntico desde la postura de litotomía, la anterior participante resistió la gordofobia encontrada rechazando la posición subjetiva subordinada, silenciosa y obediente característica de la feminidad patriarcal. Confrontó, así, aquellos preceptos que pretenden domesticar los cuerpos que no

encarnan o se comportan acorde a la norma. Además, alzando la voz en su nombre, y en el de las «otras cien que se habrán ido a su casa llorando», expresó una subjetividad militante y sorora contra los prejuicios y discriminaciones que enfrentan las mujeres gordas. Esto, sin embargo, le acarreó costes psicológicos como la angustia emocional manifestada durante la entrevista.

De las nueve participantes con descendencia del estudio, dos expresaron haber sufrido violencia obstétrica durante el embarazo y parto de sus bebés. Esta violencia en la atención a la salud reproductiva puede ejercerse física (procedimientos innecesarios, poco respeto a los ritmos naturales del parto, prácticas denigrantes intimidatorias y opresoras) o psicológicamente (infantilización, trato vejatorio, etc.) (Cohen y Korem, 2018). Aunque su normalización e invisibilización dificulta que se cuestione y denuncie, la violencia obstétrica viola los derechos humanos y reproductivos de las mujeres:

En el embarazo fue muy acusado. De hecho, hubo una [enfermera] que me dijo: “¡Si piensas volver a tener hijos, tienes que bajar todo ese exceso de peso!”. “Pero es que me lo DECÍS TODAS Y TODOS, COMO SI ESTUVIESE, ¡VAMOS!, QUE NO ME PUEDO MOVER o levantar, como si voy en una silla de ruedas POR OBESA. ¡¿Pero así tratáis a todos y todas quienes no tienen el peso ideal?!”. ¡Claro!, la gente me mira y se ríe, o dice: “¿Cómo que te atreves a contestarles?”. PERO YO, ES QUE, ME ASOMBRO de que ellos y ellas [personal sanitario] digan ese tipo de cosas. Al final es eso, ¡la culpabilización por no responder a ese canon!. (Norma)

La construcción de nuestro actual contexto de *epidemia de obesidad* ha convertido los cuerpos de las embarazadas en objetivos de las estrategias gubernamentales neoliberales dirigidas al cuidado de sí, y más concretamente, al cuidado de la «valiosa potencial criatura» (Lupton, 2012: 336). Una de las soluciones biopolíticas es controlar el peso corporal del feto *in utero*. Por ende, han crecido las precauciones para que las embarazadas no engorden demasiado, tal como explicaba Norma más arriba. Sin embargo, al igual que otras participantes, ella rechazó que el personal sanitario la posicionase subjetivamente como una paciente sin agencia (posición subjetiva generalmente asignada a las mujeres embarazadas). Otra participante expresó sentirse infantilizada, denigrada y

anulada por ser gorda durante el embarazo y parto de su primera criatura, y en el embarazo de la segunda:

¡Mi hijo mayor nació por cesárea porque ME MALTRATARON EN EL HOSPITAL Y NO ME DEJARON PARIR! En ese momento, yo acababa de venir a vivir a Valencia. No tenía un entorno todavía hecho, digamos, de amigas y de tal. Mi familia no estaba. Internet existía, pero no lo teníamos al alcance. Entonces, con mi hija yo seguí el mismo protocolo. Me fui al [hospital], que te visitaban una vez cada no sé qué, y la segunda vez que fui, ya estaba así de gorda [gesticula poniendo los brazos alrededor de su barriga]. Y le digo [al médico]: “Bueno, ¿podré intentar parir? ¿No me iréis a hacer una cesárea nada más empezar?”. Y me dijeron: “señora, usted tiene sobrepeso, su hija tiene sobrepeso, ¿y todavía quiere parir? ¡A usted le pasará lo mismo que la otra vez!”. O sea, vinieron a decirme “eres inútil, eres gorda, no te has cuidado, ¿y ahora quieres intentar parir?”. Bueno, de allí me fui a [clínica de parto respetado] ¡Y LA PARÍ Y DE SOBRA!». (Heura)

En referencia al abuso del parto por cesárea, comentado por la anterior participante, hay que subrayar que poder obstétrico se refleja precisamente aquí, cuestión que preocupa a nivel internacional por los riesgos que conlleva a corto y largo plazo para la salud de madres y criaturas. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (2015) justifica esta práctica tan solo para prevenir la mortalidad materna y perinatal, recomendando una tasa máxima de cesáreas entre el 10 y el 15% del total de nacimientos. Esto contrasta, de hecho, con la tasa que arrojó España en 2015 (24,6%) (Euro-Peristat Project, 2018). En el fragmento anterior observamos que el facultativo, ejerciendo de autoridad epistémica médica, presupone que Heura asumirá un rol sumiso cediéndole la toma de decisiones para realizar un parto por cesárea. Sin embargo, ella resistió la discriminación gordofóbica sufrida y que no se le involucrara en el cuidado de su salud, pero para ello tuvo que salir del Sistema Nacional de Salud y buscar un entorno respetuoso con el parto en una clínica privada. No obstante, debe enfatizarse que además de atentar contra el principio de universalidad en la atención sanitaria, esta opción no estaría al alcance de la economía de todas las mujeres.

5. CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación era explorar la gordofobia ginecobstétrica experimentada por usuarias del Sistema Nacional de Salud español. Se trata de una temática todavía marginal dentro de este campo de estudio tanto a nivel nacional como internacional. En general, las participantes hablaron del estigma verbal y comportamental identificado destacando el maltrato verbal y no verbal sufrido por parte del personal sanitario. En relación con la gordofobia ginecoobstétrica las participantes destacaron que no se les hizo partícipes al tomar decisiones sobre su salud y que el trato deshumanizado y vejatorio recibido les produjo sentimientos de vulnerabilidad. A pesar del estigma recibido y de que se las posicionase rutinariamente como ignorantes y despreocupadas por su salud, algunas de ellas resistieron la gordofobia del personal médico. Rechazaron, así, la posición subjetiva subordinada, silenciosa y obediente característica de la feminidad patriarcal.

La asistencia sanitaria existe para aliviar el sufrimiento humano y es inaceptable que inflija sufrimientos innecesarios. Por tanto, erradicar los fenómenos de estigma evidenciados debería ser una prioridad de nuestro Sistema Nacional de Salud. Deberían aplicarse políticas inclusivas para prevenir la discriminación de las personas gordas. Asimismo, las instituciones académicas deberían incorporar el humanismo en los estudios de medicina. Esto incluiría una educación con perspectiva de género que, además, examinase la prevalencia de la gordofobia y los efectos adversos para la salud. La compasión es uno de los pilares de la profesión sanitaria. Por ello, invitaría a los y las profesionales sanitarios a examinar sus prejuicios de cara a tratar con dignidad a las personas gordas. Finalmente, los casos de estigma evidenciados deberían invitarnos a ir más allá y cuestionar por qué, en materia de salud, nuestras sociedades prefieren promover el cambio de comportamiento o estilo de vida en lugar de ofrecer soluciones basadas en la justicia social y el respeto de los derechos humanos.

7. AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que participaron en este estudio y compartieron sus experiencias conmigo.

8. REFERENCIAS

- An, R., Ji M. y Zhang S. (2018). Global warming and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 19(2), 150-163.
<https://doi.org/10.1111/OBR.12624>
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., y Brownell, K. D., (2008). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*, 16(5):1129-1134. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.35>
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1): 145-169.
<https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Bacon, L., O'Reilly, C., y Aphramor, L. (2016). Reflections on Thin Privilege and Responsibility. En E. Cameron y C. Russell (Eds.), *The Fat Pedagogy Reader. Challenging Weight-Based Oppression Through Critical Education* (pp. 41-50). Peter Lang.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Braun, V., y Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., y Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of advanced nursing*, 59(4):329-41.
<https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2007.04297.X>
- Brüggemann, A., Wijma, B. y Swahnberg, K. (2012). Abuse in health care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1):123-32.
<https://doi.org/10.1111/J.1471-6712.2011.00918.X>
- Calogero, R., Tylka, T.L. y Mensinger, J.L. (2016). Scientific Weightism: A View of Mainstream Weight Stigma Research Through a Feminist Lens. En T-A. Roberts, Curtin, N., Duncan, L. E. y Cortina, L.M. (Eds.), *Feminist Perspectives on Building a Better Psychological Science of Gender* (pp. 9-28). Springer.

- Cárdenas Castro, M., Salinero Rates, S., y García Núñez, C. (2020). Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(3):187-196. Disponible en: <https://ir.uv.es/hlrugC0> (consultado el 9 de abril de 2024).
- Cohen Shabot, S. y Korem, K. (2018). Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia*, 33(3): 384-401. <https://doi.org/10.1111/HYPA.12428>
- Douglas, V. J., Kwan, M. Y., y Gordon, K. (2021). The roles of weight stigma, emotion dysregulation, and eating pathology in suicide risk. *Body Image*, 38: 162-170. <https://doi.org/10.1016/J.BODYIM.2021.04.005>
- Euro-Peristat Project (2018). European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Disponible en: <https://ir.uv.es/1Oay5Py> (consultado el 9 de abril de 2024).
- Ewing, E. (2019). Weight bias and stigmatisation: what is it and what can we do about it?. *The British Journal of General Practice*, 69(684):349. <https://doi.org/10.3399/BJGP19X704405>
- Fairclough, N. (2010). *Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language*. Longman.
- Fikkan, J., y Rothblum, E. (2012). Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*, 66(9): 575-592. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5>
- Franco, Silvio *et al.* (2022). Overnutrition is a significant component of food waste and has a large environmental impact. *Scientific Reports*, 12, 8166. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11813-5>
- Gerend, M. A., Patel, S., Ott, N., Wetzel, K., Sutin, A. R., Terracciano, A., y Maner, J. K. (2022). A qualitative analysis of people's experiences with weight-based discrimination. *Psychology & Health*, 37(9), 1093–1110. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1921179>
- Goffman, Erving (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrotu.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza*. Cátedra.
- Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M. y Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of general internal medicine*, 24(11):1236-1239. <https://doi.org/10.1007/S11606-009-1104-8>

- Huizinga, M-M., Bleich, S.N., Beach, M-C., Clark, J. M. y Cooper, L. A. (2012). Disparity in physician perception of patients' adherence to medications by obesity status. *Obesity*, 18(10), 1932-1937. <https://doi.org/10.1038/OBY.2010.35>
- Hunger, J. M., Dodd, D. R., y Smith, A. R. (2020). Weight discrimination, anticipated weight stigma, and disordered eating. *Eating Behaviors*, 37(abril): 101383. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101383>
- Jackson, S. E., Beeken, R.J., Wardle, J. (2015). Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. *Obesity*, 23(5): 1105-1111. <https://doi.org/10.1002/oby.21052>
- Jackson, S. E., Kirschbaum, C., y Steptoe, A. (2016). Perceived weight discrimination and chronic biochemical stress: A population-based study using cortisol in scalp hair. *Obesity*, 24(12): 2515-2521. <https://doi.org/10.1002/oby.21657>
- Jackson, S. E., y Steptoe, A. (2017). Association between perceived weight discrimination and physical activity: A population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ Open*, 7(3): e014592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014592>
- Jung, F., Luck-Sikorski, C., Wiemers, N. y Riedel-Heller, S.G. (2015). Dietitians and Nutritionists: Stigma in the Context of Obesity. A Systematic Review. *PLOS ONE*, 10(10): e0140276. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0140276>
- Latner, D. J., O'Brien, K. S., Durso, L. E. Brinkman, L. y MacDonald, T.T. (2008). Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *International Journal of Obesity*, 32(7):1145-1152. <https://doi.org/10.1038/IJO.2008.53>
- Lewis, T. T., Cogburn, C. D., y Williams, D. R. (2015). Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11: 407–440. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112728>
- Lupton, D. (2012). Precious cargo: Foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3): 29-40. <https://doi.org/10.1080/09581596.2012.657612>
- Magallares, A., Luna, B., Garriga, M., Botella-Carretero, J. I., y Morales, J. F. (2016). Subtle discrimination and subjective well-being in obese patients: The personal/group discrimination discrepancy. *Stigma and Health*, 1(3), 156–165. <https://doi.org/10.1037/sah0000021>

- Major B., Tomiyama, J. A., Hunger, J. M. (2018). The negative and bidirectional effects of weight stigma on health. En, B. Major, J. F. Dovidio, y B.G. Link (Eds.), *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, editado (pp. 478-498). Oxford University Press.
- Major, B., Eliezer, D., y Rieck, H. (2012). The Psychological Weight of Weight Stigma. *Social Psychological and Personality Science*, 3(6): 651-658. <https://doi.org/10.1177/1948550611434400>
- Meadows, A., Daniélsdóttir, S., Goldberg, D., y Mercedes, M. (2021). Fighting for a (wide enough) seat at the table: weight stigma in law and policy. *Fat Studies*, 10(2): 101–124. <https://doi.org/10.1080/21604851.2020.1835295>
- Meadows, A., y Higgs, S. (2019). Internalised Weight Stigma Moderates the Impact of a Stigmatising Prime on Eating in the Absence of Hunger in Higher- but Not Lower-Weight Individuals. *Frontiers in Psychology* 0 (MAY):1022. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.01022>
- Mitchell, R. S., Padwal, R. S., Chuck, A. W., y Klarenbach S.W. (2008). Cancer Screening Among the Overweight and Obese in Canada. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 127-132. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2008.03.031>
- Mulherin, K., Miller, Y. D., Barlow, F. K., Diedrichs, P.C., y Thompson R. (2013). Weight stigma in maternity care: Women's experiences and care providers' attitudes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13: 19. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-19>
- Myers, A.M., y Rothblum, E. D. (2005). Coping with Prejudice and Discrimination Based on Weight. En J. Lau Chin (Ed.), *The Psychology of Prejudice and Discrimination*. Vol 4. Disability, Religion, Physique, and Other Traits (pp. 111-134). Praeger.
- Navajas-Pertegás, N. (2022). Vivir siendo gordas: una exploración feminista sobre experiencias encorporadas de la gordura [Tesis doctoral, Universitat de València]. <https://ir.uv.es/plgBWOR>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en: <https://ir.uv.es/k3i66AX> (consultado el 9 de abril de 2024).
- Østbye, T., Taylor, D.H., Yancy, W. S., y Krause, K. M. (2005). Associations between obesity and receipt of screening mammography, Papanicolaou tests, and influenza vaccination: results from the Health and Retirement Study (HRS) and the Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) Study. *American Journal of Public Health*, 95(9): 1623-1630. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.047803>

- Pearl, R. L., Wadden, T.A., Hopkins, C. M., Shaw, J. A., Hayes, M. R., Bakizada, Z. M., Alfaris, N., Chao, A. M., Pinkasavage, E., Berkowitz, R.I., Alamuddin, N. (2017). Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity*, 25 (2):317:322. <https://doi.org/10.1002/oby.21716>
- Phelan, J. C., Link G.B. y Dovidio J. F. (2008). Stigma and Prejudice: One Animal or Two?. *Social Science & Medicine*, núm. 67. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2008.03.022>
- Phelan, S., Burgess, D.J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319-326. <https://doi.org/10.1111/OBR.12266>
- Puhl, R. (2023). Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care. *Gastroenterology Clinics of North America*, 52(2): 417-428. <https://doi.org/10.1016/J.GTC.2023.02.002>
- Puhl, R.M., y Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity* 17(5): 941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., y Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6): 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Puhl, R. M., y King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 27(2): 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P.R., Twenefour, D., Apovian, C.M., Aronne, L.J., Batterham, R.L., Berthoud, H-R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., Flint, S. (...), Dixon J.B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26: 485-497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Rudolph, A., Hilbert, A. (2015). A novel measure to assess self-discrimination in binge-eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 39: 368–370. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.89>
- Sabin, J., Marini, M., y Nosek, B. A. (2012). Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLoS ONE*, 7(11): e48448. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048448>
- Sagi-Dain, L., Echar, M., y Paska-Davis, N. (2022). Experiences of weight stigmatization in the Israeli healthcare system among overweight and obese individuals. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11(5): e48448. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00518-9>

- Setchell, J., Watson, B., Jones, L., Gard, M. y Briffa, K. (2014). Physiotherapists demonstrate weight stigma: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Journal of Physiotherapy*, 60(3): 157-162.
<https://doi.org/10.1016/J.JPHYS.2014.06.020>
- Shinan-Altman, S. (2017). Medical social workers' perceptions of obesity. *Journal of Social Work*, 17(3): 343-357. <https://doi.org/10.1177/1468017316644696>
- Spahlholz, J., Baer, N., König, H.-H., Riedel-Heller, S. G., y Luck-Sikorski, C. (2016). Obesity and discrimination-A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Reviews*, 17(1): 43-55.
<https://doi.org/10.1111/obr.12343>
- Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H., van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., y Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med* 17: 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Sutin, A. R., y Terracciano, A. (2013). Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS One*, 8(7): e70048.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070048>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Luchetti, M., y Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological Science*, 26(11):1803-1811. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Tischner, I. (2013). *Fat lives: A Feminist Psychological Exploration*. Routledge.
- Tomiyama, J. A. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the cyclic Obesity/weight-based stigma model». *Appetite*, 82: 8-15.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>
- Tomiyama, J. A., Epel, E. S., McClatchey, T. M., Poelke, G., Kemeny, M. E., McCoy, S. K., y Daubenmier, J. (2014). Associations of Weight Stigma with Cortisol and Oxidative Stress Independent of Adiposity. *Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(8): 862.
<https://doi.org/10.1037/HEA0000107>
- Udo, T., Purcell, K., y Grilo, C. M. (2016). Perceived weight discrimination and chronic medical conditions in adults with overweight and obesity. *International Journal of Clinical Practice*, 70(12): 1003-1011.
<https://doi.org/10.1111/IJCP.12902>
- Vartanian, L., y Porter, A. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102(julio): 3-14.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. Open University Press.