UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT DE FARMÀCIA I CIÈNCIES DE L'ALIMENTACIÓ

Cuerpos bajo juicio: La influencia del estigma de peso, la gordofobia y la cultura de dieta en la salud. Un análisis cualitativo

Treball Final de grau

Dunia Talbi El Alami Martínez

Treball de recerca

Departament de Nutrició, Ciències de l'Alimentació i Gastronomia

2025

Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons.

Abstract: Weight stigma is a widespread social phenomenon with significant consequences for the physical and mental health of individuals with obesity. Despite growing scientific interest, qualitative studies that analyze weight stigma based on the lived experiences of those affected remain scarce, particularly in the Spanish context. This study aimed to explore how weight stigma and diet culture affect the health, body perception, and healthcare experiences of women who identify as fat and/or have had overweight or obesity. A qualitative, cross-sectional, and descriptive study was conducted based on semi-structured interviews with 13 adult women residing in Catalonia (Spain). Thematic analysis of the collected narratives identified the following themes: internalized weight stigma and its relation to the body; weight stigma in healthcare —including gynecological-obstetric discrimination and biased treatment by dietitians-nutritionists— ; and the impact of dieting and diet culture on health. The findings revealed early-onset body dissatisfaction, medical discrimination in the form of misdiagnosis and/or delayed diagnoses, leading to healthcare avoidance, and emotional and behavioral consequences resulting from the continued practice of restrictive dieting. Future studies should broaden sample diversity and combine mixed-methods designs to improve data generalizability.
Keywords: weight stigma; fatphobia; diet culture; healthcare discrimination; qualitative study; Spain

Resumen: El estigma de peso es un fenómeno social extendido con consecuencias significativas en la salud física y mental de las personas con obesidad. A pesar del creciente interés científico, siguen siendo escasos los estudios cualitativos que analizan el estigma del peso a partir de las experiencias de quienes las viven, especialmente en el contexto español. Este estudio tuvo como objetivo explorar cómo el estigma de peso y la cultura de la dieta afectan a la salud, a la percepción corporal y a la experiencia en la atención sanitaria de mujeres que se identifican como gordas y/o han tenido sobrepeso u obesidad. Se realizó un estudio cualitativo, transversal y descriptivo, basado en entrevistas individuales semiestructuradas a 13 mujeres adultas residentes en Cataluña (España). El análisis temático de los discursos obtenidos permitió identificar los siguientes temas: internalización del estigma de peso y relación con el cuerpo; estigma de peso en la atención sanitaria —incluida la discriminación ginecológico-obstétrica y el trato sesgado de dietistas-nutricionistas— ; y el impacto de las dietas y la cultura de la dieta en la salud. Los resultados mostraron una insatisfacción corporal desde edades tempranas, discriminación médica en forma de diagnósticos erróneos y/o tardíos, con una consecuente evitación de la atención médica, y consecuencias conductuales y emocionales derivadas de la práctica continuada de dietas restrictivas. Futuros estudios deberían ampliar la diversidad muestral y combinar métodos mixtos para mejorar la generalización de los datos.
Palabras clave: estigma de peso; gordofobia; cultura de la dieta; discriminación en la atención sanitaria; estudio cualitativo; España

ODS: Este Trabajo de Fin de Grado se enmarca en los ODS n.º 3 (Salud y bienestar), n.º 5 (Igualdad de género) y n.º 10 (Reducción de las desigualdades). A través de un estudio cualitativo centrado en mujeres que se identifican como “gordas” y/o han tenido sobrepeso u obesidad, este trabajo analiza las consecuencias del estigma de peso, la gordofobia y la cultura de la dieta en su salud. Los resultados evidencian que muchas participantes han experimentado discriminación médica, vulnerando su derecho a una atención sanitaria de calidad (meta 3.8 del ODS 3). Además, este trabajo corrobora otros estudios que sugieren un sesgo de género en el estigma del peso, evidenciando cómo la presión estética y determinadas formas de discriminación médica por peso —como la ginecológica y obstétrica— afectan especialmente a las mujeres (ODS 5, metas 5.1 y 5.6). Finalmente, al centrarse en un colectivo sistemáticamente estigmatizado, este TFG promueve un enfoque más inclusivo y equitativo en el ámbito sanitario, sobre todo para el colectivo femenino (ODS 10, metas 10.2 y 10.3).

1. Introducción

En las últimas décadas, la obesidad se ha vuelto un reto significativo para la salud pública en las sociedades industrializadas, siendo conceptualizada como una epidemia global por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2024). Desde un enfoque sociocultural, la obesidad puede entenderse como una construcción social atravesada por valores normativos y significaciones morales, que generan rechazo y discriminación hacia las personas con obesidad (Silva & Cantisani, 2018). Dicha construcción se sustenta en un modelo corporal normativo, en el que la delgadez se asocia con salud, belleza, éxito y disciplina, mientras que el sobrepeso y la obesidad se estigmatizan, patologizan y moralizan (Gracia Arnaiz, 2010). Esta lógica está reforzada por la cultura de la dieta, entendida como una norma social que categoriza a los cuerpos delgados como superiores, moralmente válidos y saludables, por encima de los cuerpos gordos, que se perciben como inferiores, inmorales e insanos, lo que profundiza el sesgo corporal (Fitterman et al., 2023).

En este contexto, la gordofobia, entendida como la discriminación y estigmatización hacia las personas gordas (Silva & Cantisani, 2018), constituye una de las formas de discriminación más presentes en la sociedad contemporánea. Según Link & Phelan (2001), el estigma puede entenderse como un proceso social complejo que sucede cuando se interrelacionan los siguientes elementos: el etiquetado de diferencias humanas, su asociación con estereotipos negativos, la categorización que separa a las personas etiquetadas de las no etiquetadas, con la consecuente pérdida de estatus social y discriminación marcados por relaciones de poder. La interacción de estos factores refuerza la estigmatización y da lugar a procesos de desvalorización, rechazo y exclusión social hacia las personas estigmatizadas (Link & Phelan, 2001). Este proceso puede manifestarse a través de cuatro formas principales de discriminación. La primera es la discriminación directa, que ocurre en las relaciones interpersonales, cuando una persona es discriminada debido a prejuicios explícitos. La segunda, a nivel macrosocial, es la discriminación estructural, dónde se margina a los grupos estigmatizados mediante políticas o leyes. La tercera forma es la discriminación interaccional, que ocurre cuando las expectativas sociales generan un trato desigual en interacciones cotidianas, dentro de un grupo en particular. La última es la discriminación internalizada, que ocurre cuando las personas estigmatizadas adoptan los estereotipos sociales y las aplican sobre ellas mismas, lo cual puede derivar en autoaislamiento de situaciones que puedan ser discriminatorias, afectando a su autoestima y comportamiento (Link & Phelan, 2001, 2014; Corrigan et al., 2006).

Según un estudio comparativo internacional realizado en seis países, el estigma de peso afecta a casi el 60% de las personas encuestadas, especialmente durante la infancia y la adolescencia, proviniendo principalmente de familiares, compañeros de clase y personal sanitario (Puhl et al., 2021). El estigma del peso también se ve reflejado en datos actuales de España. Una encuesta realizada por la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO, 2023) reveló que tres de cada cuatro personas con obesidad afirman haberse sentido discriminadas por su peso, mientras que un 30% de la población declara que "nunca o difícilmente podría llegar a enamorarse de una persona con sobrepeso u obesidad" y un 41% de los encuestados aún piensan que "la obesidad es un problema de falta de voluntad, no una enfermedad".

Uno de los prejuicios más extendidos sostiene que las personas con sobrepeso u obesidad son vagas, indisciplinadas, carecen de fuerza de voluntad y/o son negligentes, responsabilizándolas individualmente de su cuerpo y culpabilizándolas por no adelgazar (Gaspar et al., 2022). Bajo esta lógica, el estigma de peso se presenta como una medida preventiva o de control, cuando en realidad refuerza la exclusión social y perpetúa la discriminación en ámbitos como el académico, laboral, social y sanitario (Puhl & Heuer, 2010). Diversos estudios han señalado que el estigma de peso ejerce un impacto directo en la salud mental de quienes lo sufren, documentándose consecuencias como síntomas depresivos, ansiedad, baja autoestima, insatisfacción corporal, pensamientos suicidas, trastornos de la conducta alimentaria, aumento del estrés e incluso un riesgo aumentado de mortalidad (Alimoradi et al., 2020; Bidstrup et al., 2022; Emmer et al., 2020;

Wu & Berry, 2018). Además, también conlleva consecuencias sociales y económicas, como la discriminación laboral, menos oportunidades de empleo y salarios más bajos para los empleados con obesidad, incluso en igualdad de competencias (Sánchez-Carracedo, 2022). Este fenómeno, así como las consecuencias de la estigmatización, afectan de manera más significativa a las mujeres, quienes están sometidas a una mayor normativización social vinculada al cuerpo, la delgadez y la alimentación (Germov & Williams, 1996).

Para comprender el estigma de peso resulta necesario revisar cómo se concibe la obesidad desde diferentes perspectivas. Desde un enfoque biomédico, se define como una enfermedad crónica no transmisible y un factor de riesgo para otras enfermedades, como la enfermedad cardiovascular, la hipertensión, el cáncer y la diabetes mellitus, entre otras. Esta resulta de un desequilibrio energético producido por un exceso de las calorías ingeridas que supera las calorías gastadas durante un período de tiempo prolongado. El exceso de peso a nivel clínico se clasifica mediante el índice de masa corporal (IMC) (WHO, 2000). Este índice ha sido establecido como el indicador científico de lo que es un peso saludable, instando a las personas a mantenerse dentro de los límites de lo que es entendido como un "IMC ideal" (Gracia-Arnaiz, 2010). Sin embargo, este indicador tiene una serie de limitaciones, ya que no mide con exactitud la masa grasa ni tiene en cuenta la diferenciación de esta en grasa visceral y grasa subcutánea, no hace una diferenciación entre masas grasa y magra, y tampoco considera las diferencias entre sexo y raza respecto al contenido graso (Ahima & Lazar, 2013). Estos datos reflejan la escasa precisión de este indicador para informar del riesgo real que conlleva el peso para la salud. El uso del IMC simplifica la complejidad de nuestro cuerpo y salud, puesto que reduce a un único valor la concepción de lo que es un cuerpo sano y puede generar datos poco fiables (Gracia-Arnaiz, 2010). Una diferencia de un punto en el IMC tiene pocas consecuencias clínicas en la salud individual, pero sirve para clasificar al individuo como "obeso" y como enfermo, en lugar de "con sobrepeso", con el consecuente estigma e implicaciones para la persona, no solo a nivel sanitario, sino social (Gutin, 2018). En este sentido, este indicador se enmarca dentro de una concepción biomédica de la obesidad que tiende a reducir una condición profundamente compleja que, junto a los discursos institucionales que la acompañan, con frecuencia invisibilizan los factores ambientales, culturales, políticos, socioeconómicos —como la desigualdad en el acceso a alimentos saludables— que atraviesan tanto la corporalidad como la alimentación (Gracia Arnaiz, 2009, 2010), así como los componentes conductuales, genéticos y metabólicos que también la condicionan (Sánchez-Carracedo, 2022).

Asimismo, cabe destacar que los discursos, normas y prácticas biomédicas evolucionan con la sociedad y no están exentas de influencia de las normas y valores sociales que asocian la delgadez con salud, autocontrol y éxito y que moralizan a las personas con obesidad (Gutin, 2018; Silva & Cantisani, 2018). Así, la obesidad se convierte en un ejemplo de condición que se define socialmente como patología, en tanto que se encuentra atravesada por significados morales y culturales que van más allá de su concepción biomédica (Gutin, 2018). Asimismo, para hacer frente al aumento de la prevalencia de obesidad, las autoridades sanitarias, en sus campañas de prevención, tienden a centrar sus esfuerzos en cambiar hábitos individuales a través de la difusión de recomendaciones nutricionales, sin considerar las causas estructurales mencionadas anteriormente. Esta aproximación refuerza la visión reduccionista de la obesidad, al presentarla como un resultado de decisiones individuales, desconectándola de su contexto. En consecuencia, se refuerza su patologización y moralización, al entenderla como un problema de conducta individual, y no como una condición de carácter multifactorial (Silva & Cantisani, 2018).

Este enfoque contribuye a la producción y reproducción del estigma de peso en todos los ámbitos de la vida social, entre los cuales se destaca la atención sanitaria. En este ámbito, la discriminación hacia las personas con obesidad puede darse tanto a nivel institucional, por ejemplo en las instalaciones y equipos no adaptados al cuerpo de la persona, como también se manifiesta en las relaciones interpersonales con profesionales de la

salud. El estigma del peso en la atención a la salud tiene diversas consecuencias. En primer lugar, supone una barrera para el acceso a la atención médica y contribuye a que las personas con obesidad eviten la búsqueda de ayuda médica con miedo de experimentar situaciones incómodas y discriminatorias (Puhl & Heuer, 2010). Además, tiene consecuencias físicas y psicológicas como la evitación del ejercicio físico, ansiedad, depresión y baja autoestima (Carels et al., 2009; Alberga et al., 2019). La gordofobia por parte de los profesionales de la salud también se asocia con un deterioro en la relación entre paciente y profesional, una baja adherencia del paciente al tratamiento y una menor empatía hacia el paciente (Puhl et al., 2021).

Se ha evidenciado el estigma del peso entre diferentes profesionales de la salud, entre los cuales, el dietista-nutricionista, quien, a pesar de su papel fundamental en el abordaje de la obesidad, no está exento de reproducir actitudes estigmatizantes hacia las personas con obesidad. Diversos estudios han demostrado dicho prejuicio, muchas veces interiorizado desde la propia formación académica (Cori et al., 2015; Jung et al., 2015; Puhl et al., 2009; Swift et al., 2013). En su práctica profesional, los dietistas-nutricionistas suelen operar bajo un enfoque peso-centrista, en el que se reproducen prejuicios de peso, se asocian estereotipos negativos a las personas con obesidad y se refuerza el enfoque individualizante y culpabilizante del cuerpo de estas (Cebioğlu et al., 2022; Gaspar et al., 2022). Asimismo, algunas investigaciones han evidenciado que la presión normativa sobre los cuerpos también llega a afectar a los propios profesionales de la nutrición, sobre todo en el caso de las mujeres, tal y como señalan Araújo et al. (2015), quienes observaron que las propias dietistas-nutricionistas con sobrepeso u obesidad sufrían experiencias de estigmatización dentro del ámbito laboral, siendo cuestionadas y deslegitimadas por no cumplir con la imagen que se espera de quien prescribe dietas, reflejando así cómo se internaliza la gordofobia en la propia práctica profesional. En la misma línea, Gaspar y Larrea-Killinger (2022) exponen cómo la identidad profesional de las dietistas-nutricionistas se configura progresivamente a través de procesos de socialización profesional, en los que se interiorizan tanto los valores biomédicos como las normas socioculturales vinculadas al cuerpo, a la delgadez, y a la imagen que debe proyectar una dietista-nutricionista.

Tal y como se expone en un consenso internacional, publicado en la revista *Nature Medicine* e impulsado por múltiples entidades científicas y profesionales de la salud, el estigma de peso vulnera los derechos fundamentales de las personas con obesidad, y constituye un obstáculo tanto para la promoción de la salud como para un acceso equitativo a la atención sanitaria (Rubino et al., 2020). No obstante, el estigma del peso sigue siendo un fenómeno poco explorado en la literatura, sobre todo en España, lo que señala la necesidad de ampliar esta línea de investigación. Además, pocos estudios han analizado a partir de abordajes cualitativos las experiencias de discriminación basada en el peso desde la perspectiva de las personas afectadas y poniendo enfoque en las discriminaciones en el ámbito de la atención sanitaria. En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo comprender, a través de un abordaje cualitativo, cómo afecta el estigma de peso y la cultura de dieta en la vida de mujeres con sobrepeso u obesidad, especialmente en relación con sus cuerpos, su experiencia en la atención sanitaria y su historia dietética.

2. Metodología

2.1. *Diseño y contexto del estudio*

Este estudio, de carácter cualitativo, transversal y descriptivo, se llevó a cabo durante el año 2025, mediante entrevistas individuales semiestructuradas, realizadas en Cataluña (España). Se optó por este abordaje metodológico, dado que los trabajos previos que abordan esta temática son, en su mayoría, de carácter cuantitativo, resultando necesarios estudios cualitativos que permitan una comprensión más profundizada del fenómeno desde la perspectiva de las personas afectadas (Alberga et al., 2019; Gaspar et al., 2022). Asimismo, el presente estudio se basa en la perspectiva de los Estudios Críticos sobre el Peso (Lupton, 2013), con el objetivo de generar conocimientos que puedan contribuir para prácticas más respetuosas con las personas con sobrepeso y obesidad, sobre todo en el ámbito médico y nutricional.

2.2. *Muestra del estudio*

Dado que diversos estudios han documentado que el estigma de peso tiene un mayor impacto en las mujeres —especialmente en contextos educativos, laborales, sanitarios, y relacionales— (Fikkan & Rothblum, 2012), este estudio se centra exclusivamente en mujeres adultas. Esta decisión metodológica responde a la necesidad de profundizar en este fenómeno y de conocer las experiencias diferenciadas de discriminación que enfrentan las mujeres. Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años que se percibieran como "gordas" y/o que tuvieran o hubieran tenido sobrepeso u obesidad, sin restricción por clase social, nacionalidad u ocupación. La selección de las participantes se realizó mediante un muestreo intencional, recurriendo al entorno social de la investigadora y utilizando redes sociales como vía de difusión del estudio. Asimismo, también se empleó el método denominado "bola de nieve", una estrategia utilizada en la investigación cualitativa que consiste en reclutar nuevos participantes a través de recomendaciones de aquellos que ya forman parte del estudio (Taylor et al., 2016). Las participantes fueron contactadas en persona o telefónicamente para ser informadas de los objetivos del estudio. La muestra final constó de 13 participantes. El número total de entrevistas se determinó en función al criterio de saturación teórica, entendido como el punto en el que las nuevas entrevistas dejan de aportar información relevante (Fusch & Ness, 2015). A lo largo de las entrevistas se observó una recurrencia temática a partir de la décima entrevista, por lo que se consideró que con trece entrevistas se alcanzaba la saturación teórica suficiente.

2.3. *Producción de datos*

Se realizaron un total de 13 entrevistas, 6 de las cuales fueron presenciales y las 7 restantes se realizaron mediante una videollamada. Las edades de las participantes oscilaron entre los 33 y los 55 años, todas contaban con nacionalidad española (dos de ellas nacionalizadas) y habían completado estudios superiores (Tabla 1, ver Anexo). Con el fin de asegurar el anonimato y la confidencialidad de las participantes, se les proporcionó un consentimiento informado, que fue firmado previamente a la realización de cada entrevista. Las entrevistas se llevaron a cabo a partir de un guion semiestructurado elaborado específicamente para este estudio redactado en castellano. Este guion constaba de 34 preguntas abiertas dirigidas a conocer las experiencias y vivencias de las entrevistadas en relación con su cuerpo, su historia dietética y situaciones de discriminación por gordofobia, especialmente en contexto de atención médica. Las entrevistas fueron conducidas por una única entrevistadora y tuvieron una duración media de 31 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas manualmente de forma literal.

2.4. Análisis de datos

El análisis temático (Blanchet & Gotman, 2005) de las entrevistas fue realizado por una investigadora. Para sistematizar los discursos recopilados se llevó a cabo una codificación del material en categorías temáticas definidas por dos investigadoras, combinando procesos analíticos inductivos —a partir de los discursos de las participantes — y deductivos— basados en el marco teórico y objetivos del estudio—. Se efectuó una codificación manual, mediante el uso de cuadros en un archivo en formato .xlsx. Las principales categorías fueron: Relación con el cuerpo y sus consecuencias; espacios de discriminación; internalización del estigma; concepto de la gordofobia; experiencias de gordofobia y sus consecuencias; concepto de la "obesidad"; historia dietética y consecuencias; experiencias de discriminación en atención sanitaria; imagen, moda y medios de comunicación; y gordofobia y resistencia. Estas categorías podían incluir sub-apartados.

3. Resultados y discusión

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, los resultados se presentan a continuación organizados en las siguientes categorías y subapartados temáticos: (1) Internalización del estigma de peso y relación con el cuerpo, (2) Estigma de peso en la atención sanitaria y sus consecuencias (2.1) Discriminación médica ginecológica y obstétrica y (2.2) Trato por parte de dietistas-nutricionistas; y (3) Dietas, cultura de la dieta y su impacto en la salud.

3.1. Internalización del estigma de peso y relación con el cuerpo

La internalización del estigma de peso se produce cuando las personas adoptan los estereotipos negativos asociados a su cuerpo y los aplican a sí mismas (Corrigan et al., 2006). Aunque este fenómeno ha sido menos descrito que el estigma ejercido directamente por otras personas, se ha vinculado con consecuencias negativas tanto para la salud mental como física (Pearl & Puhl, 2018; Soulliard et al., 2021). Los relatos recogidos en este apartado reflejan cómo la internalización del estigma de peso por parte de las personas que lo sufren tiene un profundo impacto en la relación con el cuerpo, percepción corporal y vivencias subjetivas de su cuerpo. Las entrevistadas relataron haber tomado conciencia de su cuerpo desde edades tempranas, a menudo a través de comparaciones con otras personas o a raíz de comentarios externos que las señalaron como diferentes, o incluso a través de interacciones con profesionales sanitarios como médicos y dietistas-nutricionistas. Esta toma de conciencia de su cuerpo como "inadecuado" y de los valores negativos socialmente asociados marcó una etapa temprana del proceso de internalización del estigma de peso.

"Yo creo que la primera vez que tomé consciencia de mi cuerpo fue en la adolescencia, al compararme con las demás más que nada". (Maria, 55 años)

"Uff... siendo pequeñita ya. Te diría como a los 10, sobre todo con el tema de la ropa, [...] a la hora de ir a comprar ropa siempre era algo que generaba angustia porque no encontraba tallas o costaba mucho, o mis amigas se compraban cosas que yo no podía." (Clara, 40 años)

La relación con el cuerpo, en la mayoría de entrevistadas, fue descrita como "fluctuante", oscilando entre momentos de rechazo corporal y otros de mayor aceptación, y en muchos casos, predominantemente negativa, "mala", marcada por conflicto y malestar.

"Ha sido muy fluctuante, sí que ahora estoy en un buen momento [...], pero sí que he tenido muchos altibajos." (Cristina, 41 años)

"A día de hoy mi relación con mi cuerpo es mucho mejor [...], pero mi relación con mi cuerpo siempre ha sido muy mala. He pasado por muchas fases. Fases en las que no me he importado, en las que realmente ha sido un suplicio, y ahora estoy trabajando en ello." (Marta, 38 años)

"Ahora, bueno, nos toleramos, no tengo una buena relación con mi cuerpo, para nada [...], pero me lo tomo como que es lo que me sostiene y lo que me lleva a donde tengo que ir." (Mireia, 41 años)

Este vínculo con sus cuerpos estuvo condicionado por experiencias continuas de discriminación a lo largo de toda sus vidas en diferentes ámbitos de sociabilización ──social, afectivo, académico, laboral, familiar── que se convirtieron en espacios de discriminación. Estos contextos supusieron escenarios de estigmatización corporal, que contribuyeron activamente a la internalización del estigma de peso. La presencia de discursos y actitudes gordofóbicas fue constante en sus relatos, especialmente por parte de personas de su entorno más cercano, como sus familiares. Particularmente la figura materna apareció de forma reiterada como un agente de reproducción de discursos y prácticas gordofóbicas, lo que refleja hasta qué punto el cuerpo se convierte en un elemento central de la mediación de los vínculos personales, afectivos y familiares y cómo el estigma de peso está interiorizado por amplios sectores de la población.

"Durante muchos años he recibido comentarios por parte de gente de mi entorno, desde que empecé a poner peso en Inglaterra, y cada vez que volvía a España era como «te has engordado» [...] entonces luego te adelgazabas y la gente luego te decía «oh, que guapa estás, t'has aprimat». (Mireia, 41 años)

"Mi mamá sí que me decía que qué horror que yo había heredado la gordura de la familia de mi papá." (Alicia, 54 años)

Cabe destacar como algo especialmente significativo que muchas madres, pese haber experimentado personalmente las consecuencias del estigma y discriminación por peso, reproducen estas lógicas con sus hijas. Este hecho evidencia el arraigo del estigma corporal y la dificultad de romper los ciclos intergeneracionales que lo perpetúan.

"Mi madre en especial, porque mi madre también ha sido muy gorda y ella tiene una gordofobia internalizada increíble, y desde ahí ella a mí me ha machacado la vida, es la persona que más me ha machacado. A mi madre le ha costado mucho entender que yo no haga todos los esfuerzos posibles en la vida por estar delgada. Y que esté así." (Clara, 40 años)

"Mi madre, como siempre ella ha tenido el complejo, no quería que yo estuviera como ella [...] era una de las principales causantes de animarme a cambiar mi cuerpo [...] o de que todo lo que como lo juzga." (Sofía, 33 años)

Asimismo, otras figuras femeninas del entorno familiar también fueron identificadas como transmisoras de discursos estigmatizantes, como por ejemplo la suegra.

"Mi exsuegra, por ejemplo, toda la vida ha estado obsesionada con las personas gordas [...] estaba super obsesionada, era verme y «te has engordado, no?», toda la vida, y es como… déjame estar, sabes? [...] Si tienes problemas con tu cuerpo o con tu peso, quédatelos para ti, no me los intentes poner a mí". (Cristina, 41 años)

La escuela también fue identificada como uno de los primeros espacios en el cual las participantes experimentaron discriminación directa en las interacciones y relaciones interpersonales. El estigma se manifestó principalmente a través del "bullying" por parte de los compañeros, quienes señalaban negativamente las diferencias corporales. Estos relatos muestran como la escuela actuó como un espacio de socialización temprana del estigma corporal.

"Desde que te hacen bullying en el cole porque no tienes el cuerpo que tienen el resto de niños, porque eres la gorda, ahí empiezas a tener presión social." (Marta, 38 años)

"En la EGB, lo típico del bullying de pequeña, evidentemente estaba a la orden del día". (Amaia, 46 años)

"En el colegio también, porque los compañeros son muy malos. Hasta que tú aprendes que eres así y tienes que olvidarte de lo que digan, pasa un tiempo." (Rosa, 40 años)

El entorno laboral también supuso un espacio de discriminación y exclusión, en el que, algunas entrevistadas relataron dificultades para acceder a empleos de distintos campos profesionales.

"A nivel laboral, sí, que tuve problemas a la hora de encontrar trabajo en alguna clínica". (Amaia, 46 años)

"Laboralmente, sí, porque yo, eh, soy cantante, además de profe. Trabajando de cantante, además, el estar buenísima a nivel hetero normativo es súper importante." (Laura, 39 años)

"Cuando empecé a buscar trabajo, por ejemplo, pues sí, busqué en tiendas de ropa y demás. Y obviamente, pues… no me cogían." (Mercedes, 37 años)

La discriminación también se manifestó a nivel de relaciones sexoafectivas, dónde el cuerpo constituyó una barrera para establecer relaciones, generando inseguridad, evitación, autoaislamiento y dificultando la construcción de vínculos íntimos.

"Mi relación con mi cuerpo me ha afectado mucho a nivel afectivo, es que yo creo que a día de hoy es el único problema que no he conseguido superar de todas mis inseguridades […] sobre todo a nivel de cuando

conoces a alguien y tienes que tener relaciones con esa persona. Siempre procuraba ocultar mi cuerpo. Lo máximo posible." (Marta, 38 años)

"Yo he llegado a un momento en que me he cerrado en banda a las relaciones afectivas, porque es que no lo concibo como… Bueno, es como que no concibo que sea posible, luego te das cuenta que sí, que hay gente de todas las tallas que tiene pareja, y yo no, yo no, porque es que no me… es que me aterra la idea, o sea, es muy heavy." (Mireia, 41 años)

A partir de las vivencias de discriminación, la mayoría de participantes desarrollaron una visión negativa de sí mismas, marcada por la adopción de los discursos gordofóbicos que previamente habían sufrido, internalizando el estigma de peso, relatando experiencias de culpa y vergüenza respecto a su cuerpo, autodesprecio, evitación social y una marcada voluntad siempre presente de cambiar su cuerpo. Estas vivencias reflejan patrones ya descritos en la literatura, que ha asociado la internalización del estigma de peso con malestar psicológico, baja autoestima e insatisfacción corporal, a la vez que una mayor presencia de conductas alimentarias alteradas (Durso & Latner, 2008; Soulliard et al., 2021). De hecho, la difusión generalizada de normas biomédicas y sociales sobre el cuerpo delgado y gordo hace que la insatisfacción corporal sea un fenómeno prevalente ──sobre todo en mujeres── que se ha asociado con consecuencias negativas a nivel mental como ansiedad, depresión y conductas poco saludables para controlar el peso (Medeiros et al., 2024). Desde edades tempranas, las mujeres presentan mayores niveles de insatisfacción orientada a la delgadez que los hombres (Karazsia et al., 2017) y además, la prevalencia de la insatisfacción corporal es mayor en mujeres con obesidad (Weinberger et al., 2016).

"Yo soy la primera que tengo prejuicios. Eso es una cosa que me cuesta muchísimo entender porque al final tienes prejuicios hacia los demás porque lo has sufrido tanto que tú también ves y piensas y tu cabeza piensa sobre el cuerpo de esa persona [...] Es que yo soy mi principal enemiga y me doy cuenta que soy yo quien me juzgo más que otras personas." (Marta, 38 años)

"Yo no me quiero a mí misma, me siento mal conmigo, y me veo en el espejo y es como: normal que no te mire nadie." (Mercedes, 37 años)

"Sí, he llegado a sentir vergüenza por mi peso, hasta el punto de… Por ejemplo, una vez no bajé de Londres por no ir a una boda y se me hizo una montaña y no bajé. [...] Es algo que es mi espina. Porque me marcó mucho y también por lo que supuso. [...] O sea, es un poco que no fui porque nunca me sentí cómoda. Pero sí, sí, siento que me he perdido experiencias a nivel vital, que he dejado de vivir cosas por, por, por esa vergüenza [...] O sea, cuando miro atrás, sí que es cuando te das cuenta de la cantidad de cosas que no has hecho. Y, y de cómo has vivido, ¿no? Pero, sí, sí, el peso ha sido una cruz bastante importante. Así es, sí." (Mireia, 41 años)

La internalización del estigma puede generar consecuencias psicológicas graves, como el rechazo y odio hacia el propio cuerpo, así como pensamientos autodestructivos. Estos pensamientos revelan hasta qué punto el deseo de encajar en el ideal corporal normativo puede llevar a contemplar situaciones extremas y peligrosas para la salud.

"Y como la cosa más grave, en realidad, al final, yo como he deseado muchas veces tener un accidente, porque en su día, una amiga, ¿no? Como se puso enferma y adelgazó un montón, ¿no? Y eso a mí me quedó como grabado aquí a fuego, y eso siendo como adolescente. Y entonces, como millones de veces, desear tener un accidente para adelgazar de forma mágica, eso muchas veces. Y cuando llegué ahí y tomé consciencia de eso, es cuando dije, guau, estás fatal. Tienes que parar eso, ¿no? Porque estás deseando enfermarte en realidad, ¿no? Para solventar un problema que no es un problema." (Clara, 40 años)

Finalmente, el conjunto de relatos coinciden con lo evidenciado en la literatura científica, dónde se ha documentado que el estigma de peso puede generar discriminación en la educación y el empleo, además de manifestarse en las relaciones interpersonales. Además, las personas que han internalizado este estigma

tienden a autoexcluirse de espacios y vínculos sociales, evitando determinadas situaciones y perpetuando así el malestar y aislamiento (Pearl & Puhl, 2018).

Estas discriminaciones afectan negativamente tanto la construcción de vínculos sociales, como la trayectoria académica y profesional, incidiendo de manera directa en sus condiciones de existencia. Tal y como señala Sánchez-Carracedo (2022), las personas con obesidad suelen enfrentarse a estereotipos negativos en el ámbito laboral que limitan sus oportunidades de contratación, remuneración y promoción. De hecho, se ha documentado que las mujeres con obesidad tienden a recibir sueldos más bajos, especialmente en empleos que implican interacción con el público, no por una menor productividad, sino debido a prejuicios estéticos y sociales (Dolado et al., 2023). Por lo tanto, tal como ocurre en otros procesos de estigmatización, no solamente existe el etiquetado y clasificación de las personas (en este caso por su peso), sino que también ocurre una pérdida de estatus en la jerarquía social (Link & Phelan, 2001).

Estas experiencias y su internalización están relacionadas con consecuencias importantes en el ámbito sanitario, que será analizado a continuación.

3.2. Estigma de peso en la atención sanitaria y sus consecuencias

Las experiencias de discriminación también influyeron en la forma en que las participantes vivieron la atención sanitaria, un ámbito especialmente relevante en la internalización y reproducción del estigma de peso (Alberga et al., 2019). La literatura científica ha evidenciado que el estigma de peso por parte del personal sanitario puede afectar negativamente la calidad de la atención recibida, distorsionar el juicio clínico y vulnerar el derecho a la atención médica de las personas con obesidad. Dicho estigma puede manifestarse a través de actitudes y comentarios despectivos, atribuciones erróneas de síntomas al peso y recomendaciones centradas exclusivamente en la pérdida ponderal, incluso cuando carecen de justificación clínica. Estas prácticas pueden generar consecuencias graves como la evitación de consultas por miedo al juicio, el abandono del seguimiento médico y el deterioro de la salud física y mental del paciente (O'Donoghue et al., 2021; Telo et al., 2024).

Los relatos recogidos coinciden con lo descrito en la literatura, al mostrar la influencia del estigma de peso al acceso a atención médica de calidad, humanizada y respetuosa con las mujeres entrevistadas. El estigma de peso en el ámbito sanitario fue mencionado de manera recurrente por las participantes, quienes relataron experiencias de juicio corporal y comentarios ofensivos sobre sus cuerpos y pesos en las interacciones con profesionales de la salud. Además, relataron prácticas discriminatorias y violentas durante las exploraciones físicas, como el contacto físico no consentido e invasivo, centrado en la grasa corporal.

Las entrevistadas relataron sentimientos de desconfianza y aversión respecto al seguimiento médico en consultas, llegando a creer que estas visitas se volverían a basar en el juicio hacia su peso, volviéndose inevitablemente dolorosas e incómodas. Asimismo, describieron situaciones de mal diagnóstico por atribución sistemática del peso a cualquier sintomatología descrita, como varices, dolor de extremidades, hemorragias ginecológicas o dificultad para respirar. Estas vivencias afectaron negativamente su salud mental y derivaron en consecuencias significativas, como la evitación o el abandono de seguimiento médico.

"Cuando me miraron las varices, e incluso me operaron, me dijeron que era debido a eso, al peso y que tenía que adelgazar. Por ejemplo, el tema de las varices, después de operarme, no volví a hacerme la revisión ni nada porque me sentí muy muy discriminada y no quería volver, el doctor, del hospital… me cogió toda la barriga y me dijo «esto, hay que perderlo», eso me sentó muy muy mal y no quise volver, me sentí muy discriminada, humillada." (Maria, 55 años)

"Cada vez que he ido a hacerme cualquier revisión… Bueno, a intentar, ¿no? Pues yo que sé, tienes una problemática y al final siempre sale el tema del cuerpo, independientemente de que a lo mejor lo que tienes es, yo qué sé, un tendón mal o una uña rota, ¿no? Es como, vayas a lo que vayas, el tema del cuerpo va a

estar ahí. Y siempre, ¿no? Mucho juicio, mucho... Y al final, mucho malestar, porque yo he dejado de ir a un médico por problemas de salud, por el miedo a sentirme juzgada. Durante mucho tiempo, se me dormían las muñecas, y yo no sabía de qué era, y siempre lo asociaban a peso, y era «es que voy a ir al médico y me van a decir lo de siempre», y al final he escuchado unas mamás en el colegio delgadas, que decían, ostras, es que tengo un tema de un, del túnel carpiano, y dije, ah, si las delgadas también tienen ese problema, a lo mejor, es que yo también lo tengo, ¿no? Y fui al médico, entonces me miraron, ¿no? Y cómo desde ahí, era como, ah, vale, pero yo dejé de ir al médico durante dos años por ese miedo." (Clara, 40 años)

Diversos estudios también señalan una tendencia por parte de muchos profesionales sanitarios, a centrar el abordaje clínico exclusivamente en el peso corporal de los pacientes sin realizar una valoración integral de su estado de salud, incluso cuando los propios pacientes no perciben dicha relación (Crompvoets et al., 2024). Este enfoque puede hacer que se omitan otras causas clínicas relevantes y contribuir a que los pacientes se sientan ignorados y/o mal atendidos, pudiendo derivar en diagnósticos erróneos o tardíos (Alberga et al., 2019; Phelan et al., 2015; Puhl, 2023). Las siguientes narrativas muestran el impacto de este enfoque en las entrevistadas y reflejan su sensación de haber sido ignoradas e invisibilizadas en sus experiencias.

"Hace unos meses quise hacerme una revisión ginecológica por unos problemas que tuve y la doctora me dijo directamente que primero tenía que perder 25 kg, no me importa a mí eso, a mí me importaba que me solucionaran mis problemas ginecológicos, tenía hemorragias y sangrados muy fuertes, y solo se centró en el peso, sin atender mi problema inicial. Yo fui para que me hiciera una derivación al ginecólogo, y no lo conseguí, y solo me habló de que perdiera peso. Me dio rabia porque me hizo perder mis 10 minutos de cita, solo hablándome del peso. El problema que tengo, que llegué a ir urgencias de ginecología, son miomas pequeños, que no tienen nada que ver con el peso, por culpa de esta doctora, pedí hace 2 años una ecografía y no me la dio, hasta que fui a urgencias y lo vieron." (Maite, 42 años)

"Yo soy asmática desde que era muy joven, tengo asma alérgica, entonces la he tenido cuando he estado en sitios dónde las condiciones no han sido favorables y la he tenido en distintos pesos, pero sí que es verdad que ahora con mi peso, cuando vas al médico, lo primero que te dicen es que si bajara de peso estaría mejor, pero cuando lo oyes dices, vale, pero luego lo piensas y dices, yo con 13 años que estaba haciendo un campamento en Sort, que no podía hacer más verde, no podía hacer todo más húmedo y estaba entrenando 6 horas al día, me dio una crisis, me tuvieron que ingresar a urgencias, o sea, no podía estar más delgada entonces." (Mireia, 41 años)

"Y en el neumólogo también, si ahora con este tratamiento te encuentras mejor, podrías hacer un poco de ejercicio, que te iría muy bien, porque si te adelgazarás te iría muy bien, relacionando mi problema de asma crónico, que tengo desde pequeña a eso de los 11 años, y en esa época yo estaba delgada, relacionándola con mi peso solo." (Maria, 55 años)

Estos testimonios evidencian cómo este sesgo centrado en el peso adoptado por algunos profesionales sanitarios puede derivar en interpretaciones sesgadas, omisiones diagnósticas y retrasos en la atención médica. En lugar de investigar con profundidad los síntomas referidos por las pacientes, se prioriza la pérdida de peso como único objetivo clínico, incluso cuando esta no guarda relación directa con el motivo de consulta, pudiendo poner en riesgo la salud de las pacientes al aplazar el diagnóstico o tratamiento adecuado.

"Yo iba al médico y le decía que me dolían las piernas y era porque estaba gorda o que tenía problemas en la circulación y era porque estaba gorda. Y era como, a ver, bueno, pero hay un problema de base, ¿no? ¿No quieres mirar? No te lo miraban. Fui un día porque tenía problemas en los oídos y tal y lo primero que me dijo es que deberías adelgazar. Y ya, pero es que a ver, te vengo porque tengo un problema de oídos, no de peso. Pero bueno, evidentemente al perder peso te das cuenta de que lo que decía, o sea, cuando yo iba a consulta y decía que me trataban mal, era verdad, o sea, que no era un invento mío. Y esto, pues ahora lo ves que vas y le dices, ah, no, es que me duelen las piernas. Ah, pues no, vamos a mirar ahora si me lo

quieres mirar, ¿no? Ahora. Claro. El problema lo tenía antes igual, ¿eh? Con 20 kilos más, con 20 kilos menos, el problema sigue siendo el mismo, quiero decir, ves como era un problema que no tenía nada que ver con el peso. Pero bueno, esto cuesta también, encontrar un médico que mire más allá del peso." (Amaia, 46 años)

Este testimonio pone de relieve la dificultad para encontrar profesionales sanitarios capacitados para ofrecer una atención libre de prejuicios. En este, la participante relató cómo sus síntomas fueron desestimados hasta que perdió peso, dejando en evidencia que no fue tratada con objetividad clínica anteriormente. Esta falta de formación específica sobre el estigma de peso limita el acceso a diagnósticos adecuados y constituye una barrera en el acceso a una atención equitativa y basada en las necesidades reales del paciente.

3.2.1. Discriminación médica ginecológica y obstétrica

El estigma de peso también se manifestó en contextos ginecológicos y obstétricos, en los que varias entrevistadas relataron haber sido juzgadas, desatendidas o excluidas de procedimientos médicos por su peso, tamaño o forma corporal. Estas vivencias se dieron en momentos especialmente vulnerables como el embarazo, el parto, la búsqueda de reproducción asistida o de atención médica para problemas ginecológicos graves. Este tipo de situaciones coincide con lo documentado en la literatura científica, dónde el cuerpo de las personas con obesidad es concebido como un riesgo clínico que conlleva tratamientos sesgados por parte del personal sanitario en el contexto ginecológico (Bombak et al., 2016; Evans & Vitek, 2023; LaMarre, 2020). En este contexto, las mujeres embarazadas pueden experimentar gordofobia en forma de estereotipos negativos y devaluación social (Byrd et al., 2023).

"El momento de mi parto. O sea, yo creo que ha sido la experiencia más heavy de mi vida con médicos. Yo llegué. Sala de partos. 22 años. Súper nerviosa. Madre primeriza. Miedo. Tenía miedo, o sea, de unos dolores, que me moría. Pido la epidural. Entra la anestesista. Y lo primero que dice la anestesista al entrar por la puerta es, «¡¿Qué yo tengo que pinchar a esa chica tan gorda?! ¡Si la voy a dejar paralítica, si no voy a saber dónde pinchar con todo ese volumen de grasa!». Yo en ese momento, en ese momento, o sea, porque no sabes cómo reaccionar. Pero en ese momento, con dolores, con el miedo que yo tenía en el cuerpo, con 22 años, no sabía lo que era un parto. O sea, pero ese comentario, además, es que con toda esa grasa que tiene la voy a dejar paralítica. O sea, es que yo ahora lo pienso y me parece tal aberración. " (Marta, 38 años)

"En el parto de mi hijo, el último, el anestesista me dijo «que es que estaba muy gorda y que como tenía tanta grasa no podía ponerme bien la epidural» quejándose de mi cuerpo delante de mí."(Agustina, 44 años)

En ambos casos, las entrevistadas recibieron de forma explícita comentarios denigrantes vinculados a su volumen corporal por parte del personal anestesista delante de las personas presentes en el quirófano, en un contexto de alta vulnerabilidad emocional y física como es el del parto, reproduciendo así la patologización hacia el cuerpo gordo, considerándolo un obstáculo clínico. Estos comentarios reflejan la ausencia de una atención médica basada en el cuidado y empatía.

"Cuando mi ex y yo tuvimos una temporada que… Tuvimos una temporada que queríamos chequearnos a ver si en algún momento queríamos tener niños. Qué pasaría, ¿vale? Y yo me fui a una clínica de fertilidad y el comentario de la clínica de fertilidad fue «estás estupenda, tienes unas analíticas perfectas, eres súper fértil, pero no te haremos un tratamiento si no adelgazas»." (Laura, 39 años)

"Yo fui por reproducción asistida porque mi intención era tener al niño y entonces yo pasé las pruebas de reproducción asistida, pero no llegaba al índice de masa corporal que ellos me pedían, yo lo sobrepasaba. Y entonces ellos me derivaron a la unidad de obesidad mórbida, que la llaman así." (Rosa, 40 años)

Algunas participantes también relataron que se les negó el tratamiento de fertilidad hasta que no perdieran peso. Estas exclusiones, al igual que en otros ámbitos del sistema sanitario, favorecieron la evitación del

seguimiento médico. Estas situaciones también se recogen en la literatura, dónde se describe que muchas clínicas de fertilidad imponen límites por IMC, reforzando estigmas sobre el cuerpo de las personas con obesidad (Evans & Vitek, 2023; LaMarre et al., 2020), contribuyendo al abandono de seguimiento médico (Byrd et al., 2023).

"Cuando fui a retirarme de un DIU que llevaba. Bueno, fui a retirármelo porque mi intención era quedarme embarazada. O sea, en plan, embarazada y soltera. O sea, por inseminación. Lo primero que me dijo la... En el Departamento de Atención Ginecológica del CAP. No sé si era la enfermera, o sea, la ginecóloga. O la comadrona, es que no sé. Y le dije, «bueno, ahora con el DIU ya sé que es más o menos de seis meses a un año a regularizar mi regla. Pero, aparte, ¿qué puedo hacer? Porque mi intención es eso. Es intentar buscar la manera de quedarme embarazada y tal». Y lo primero que me dijo fue... «Bueno, es que tendrás que perder peso no?» Y le dije, «bueno, sí o no. Porque no sé». Le dije «que es que no puedo quedarme embarazada con mi peso». Y me dijo «hombre, no, pero vas a poder querer agacharte con tu hija». Y le dije, «bueno, aparte de esto, ¿hay alguna cosa médica que me pueda recomendar? Porque, claro, ¿me puedo tomar algún tipo de suplemento?» Yo qué sé. Y me dijo «ácido fólico». Entonces, pensé: «molt bé». Y esto ya lo sé yo también, ¿sabes?". Desde la hostia esta con la comadrona, ya entré en... Dejé de ir al médico durante mucho tiempo. Solo he ido cuando ha sido una emergencia." (Mireia, 41 años)

Las experiencias de estigmatización en la atención ginecológica, obstétrica y reproductiva siguen los conceptos de "riesgo fetal" y "culpabilización materna" presentes en el discurso biomédico, en el que el cuerpo de las personas con obesidad se asocia a un peligro potencial para el feto y las mujeres con obesidad se convierten en "potenciales malas madres" (Bombak et al., 2016; LaMarre et al., 2020). Aunque estos discursos biomédicos se basen parcialmente en evidencia clínica, son descritos por las mujeres como formas de discriminación moralizante, al posicionarlas como cuerpos inadecuados para la maternidad (LaMarre et al., 2020). Es necesario un cambio de enfoque clínico en la asistencia reproductiva y ginecológica que, sin dejar de comunicar los posibles riesgos, reconozca la capacidad de las personas con obesidad para tener embarazos saludables y ejercer una maternidad responsable y competente, evite discursos moralizantes y la patologización el cuerpo de las personas con obesidad como innatamente peligroso, y respete siempre su dignidad. Como han señalado distintas autoras, el estigma de peso actúa como una barrera que limita el acceso a una atención ginecológica y reproductiva digna y equitativa (Byrd et al., 2023; Evans & Vitek, 2023).

3.2.2. Trato por parte de dietistas-nutricionistas

El estigma y discriminación en el ámbito sanitario también se extiende a los dietistas-nutricionistas, tal como se evidenció en las experiencias relatadas por las participantes con profesionales de la nutrición. En este sentido, este apartado recoge relatos del trato recibido por parte de dietistas-nutricionistas, profesionales a los que, en algún momento de su vida, muchas personas con sobrepeso u obesidad acuden, ya sea por decisión propia o por derivación médica. Su papel resulta clave en el acompañamiento en procesos de salud, ya que su intervención puede influir de forma significativa en la relación de las pacientes con la comida, su cuidado de la salud y su propio cuerpo. Aunque el trato recibido por dietistas-nutricionistas fue percibido por las participantes como menos negativo en comparación a los relatos referidos a médicos, en general, las experiencias descritas por las participantes en la atención nutricional también fueron percibidas como negativas.

"El trato con las nutricionistas mal, sí. Sobre todo después de la operación del bypass gástrico, con la dietista era como… O sea, dejé de ir a las visitas porque era imposible tratar con ella. O sea, si te estoy diciendo que dónde trabajo me dan de comer a las ocho de la mañana, ¿cómo me dices que coma a las ocho de la mañana un plato de verduras? O sea, si es que te lo vomito. Da gracias si me como un cacho de fuet a

esas horas… es un…. No, ayúdame a montar una dieta en base a mis horarios." (Mercedes, 37 años).¡

"Recuerdo que sacaban dietas. Bueno, la dieta del cajón que decía yo. Te sacaban la dieta y ya está, te peso, estás gorda, tal, y ya. Y poco más. No se preocupaban por mucho más que por las calorías. Y tienes que comer esto al día y ya. O sea, nada individualizado, ni entender tu contexto, nada, nada." (Amaia, 46 años)

"En general, no sé qué decirte. O sea, hay una parte que es como, bueno, en general, pues gente amable, de buenas a primeras, pero con cero perspectiva y al final siempre muy restrictivas. Y a mí esto es lo que siempre, y ahora tengo tanta fobia y tanto terror y tanto odio, que ya no me pongo sabiendo que hay gente que las hace desde otro lugar. Pero sí que es verdad que siempre han sido como desde la restricción, no desde la compañía, como muy camuflado en realidad, porque tú lo que tienes que hacer es comer sano, es como ya, pero no es desde aquí, desde dónde lo hacéis." (Clara, 40 años)

Estos testimonios ponen de manifiesto cómo el trato recibido por parte de algunas dietistas-nutricionistas también se basó en un enfoque peso-centrista y nutricional, con prácticas prescriptivas centradas en la restricción calórica, el control del peso corporal, la falta de personalización y acompañamiento real. Asimismo, este abordaje no estaba adaptado a los ritmos de las entrevistadas y no consideraba sus contextos sociales, laborales y emocionales. En consecuencia, las participantes relataron experiencias de frustración por falta de personalización en las recomendaciones dietéticas y escucha activa, que en algunos casos provocó el abandono del seguimiento nutricional. El sesgo de peso por parte de dietistas-nutricionistas —documentado en varios estudios— puede comprometer la calidad de la atención recibida, disminuir la adherencia al tratamiento y tener consecuencias negativas tanto para la salud física como para la salud psicológica de las personas con obesidad (Harvey et al., 2002; Panza et al., 2018; Roy et al., 2023). Estas actitudes, sustentadas en la reproducción de estereotipos, refuerzan el estigma y pueden derivar en prácticas discriminatorias, especialmente cuando no existe una formación adecuada ni una mirada crítica que permita abordarlo (Gaspar et al., 2022).

Por ello, resulta fundamental promover una formación académica específica para los profesionales de la salud y de la nutrición sobre el estigma de peso y gordofobia, que además de incluir una perspectiva biológica, contemple la complejidad de la salud y la influencia de los factores socioculturales, ambientales, económicos y políticos. Solo así es posible garantizar una relación entre el profesional y el paciente basada en la empatía y en la escucha activa sin centrarse únicamente en el peso corporal y reconociendo las consecuencias de la gordofobia para las personas con obesidad (Rubino et al., 2020; Puhl, 2023). Incorporar enfoques más inclusivos como el modelo *Health At Every Size* (HAES ®) y los *Fat Studies* permitiría desarrollar una práctica profesional más crítica, respetuosa e inclusiva (Gaspar et al., 2022). En el caso particular de la nutrición, es necesario reconocer su intersección con otras disciplinas como la Antropología o la Sociología, así como integrar una perspectiva feminista que contemple la dimensión de género de esta profesión (Gaspar et al., 2022; Silva & Cantisani, 2018).

En conjunto, estas vivencias también evidencian la necesidad de revisar las prácticas clínicas dentro de la nutrición, y de promover una atención más inclusiva y contextualizada, libre de estigma (Roy et al., 2023). El acompañamiento por parte de un dietista-nutricionista debería contemplar la salud mental y respetar las diversidades en todos sus sentidos —étnica, de género, social y también corporal— fomentando vínculos saludables con la comida y el cuerpo. Las experiencias con dietistas-nutricionistas, médicos y otros profesionales sanitarios reflejan la influencia de la cultura de la dieta en su trato, y sus consecuencias para la salud serán abordadas en el siguiente apartado.

3.3. Dietas, cultura de la dieta y su impacto en la salud

El estigma de peso se ve fuertemente reforzado por las normas corporales, especialmente con relación al cuerpo femenino. En este contexto, la denominada cultura de la dieta actúa como un marco ideológico que prioriza el peso y el tamaño corporal por encima del bienestar (Roy et al., 2023). La presión social por alcanzar un cuerpo delgado afecta especialmente a las mujeres, en quienes la práctica de dieta se ha normalizado como una conducta cotidiana, facilitando la internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal y la adopción de prácticas de restricción alimentaria que favorecen el desarrollo de trastornos alimentarios (Aparicio-Martínez et al., 2019; Germov & Williams, 1996). Este apartado recoge relatos de cómo la práctica continuada de dietas restrictivas impactó negativamente en la salud física, y sobre todo, en el bienestar psicológico de las entrevistadas, afectando a su relación con la alimentación.

"Desde los 14 a los 27 todos los días de mi vida he estado a dieta, casi todos. Unas, otras, unas funcionaban más, otras menos," (Sofía, 33 años)

"Toda la vida he hecho dietas. He ido a endocrinos desde… desde los seis años." (Mercedes, 37 años)

"Pues mira, la primera dieta que yo hice la hice de adolescente." (Laura, 39 años)

Todas las entrevistadas describieron un largo historial de práctica de dietas para perder peso que comenzó durante la adolescencia, coincidiendo con una etapa especialmente vulnerable en la construcción de la identidad corporal. Estas dietas fueron, en muchos casos, indicadas por profesionales de la salud como médicos o enfermeras, y en otras ocasiones, buscadas de forma voluntaria por las propias entrevistadas, influenciadas por la presión tanto social como médica y el deseo de adelgazar para encajar en el ideal del cuerpo normativo. Cabe destacar que, según lo descrito en la literatura, el hecho de iniciar dietas en la adolescencia aumenta el riesgo de mantener conductas alimentarias perjudiciales en la adultez, así como de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y un aumento de peso a largo plazo (Neumark-Sztainer et al., 2011). Además, también relataron que a lo largo de sus vidas fueron probando otros tratamientos para perder peso, como medicamentos, cirugías bariátricas y balones intragástricos.

No solo no lograron el objetivo de la pérdida de peso, sino que sufrieron consecuencias perjudiciales tanto para su salud física como para su bienestar emocional y social, como la ganancia de peso por "efecto yoyó", sentimientos de frustración, baja autoestima y ansiedad, y una marcada relación conflictiva con la comida y el cuerpo, como mencionado anteriormente.

"Cuando como, siento culpa. Salir a comer o lo que sea, en público y decir «ohh me apetece un postre» y te estás comiendo el postre y el resto no ha querido, y piensas… «ya está aquí la gorda comiéndose esto»." (Mercedes, 37 años)

"Sí, claro, haber hecho dietas ha afectado a mi relación con la comida. Un montón. Es que ya te digo, yo tengo una relación con la comida muy mala. Desde obsesión a realmente usarlo como método de castigo. O sea, para castigarme y fustigarme y sentirme mal. Sí, sí, totalmente." (Marta, 38 años)

"Y al final dietas de estas muy invasivas, de pérdida de peso con tanto, hacer ayunas. Y entonces, bueno, siempre como de empezar, empezar, intentarlo, intentarlo, frustración porque no bajabas de peso lo suficientemente rápido con todo lo que para ti suponía, con lo cual frustración, vuelta, vuelta a subir, y así mil ochocientas veces con lo que eso impacta en el cuerpo." (Clara, 40 años)

Estos relatos muestran cómo la práctica de dietas restrictivas deteriora la relación con la comida, generando sentimientos de culpa y vergüenza y una vivencia alimentaria marcada por el control y la restricción, en la que comer deja de ser un acto natural o placentero para transformarse en una fuente de sufrimiento, alejando a las participantes de una relación con sus cuerpos basada en el autocuidado y la aceptación corporal.

"Pero a mí hacer dieta me generó tal nivel de malestar, de salud mental, al nivel de hacer cosas con mi cuerpo y con mi vida, que creo que generaron más riesgo que la dificultad que pueda tener en ahogarme un

poco. El hecho de haber hecho dietas ha afectado a saco a mi relación con la comida, o sea, de hecho, yo creo que en el momento en el que también puse límites a no opinar de mi cuerpo, puse límites a decir, no quiero volver a hacer dieta, porque es que a mí me encanta comer, y lo disfruto como una niña. Entonces, o sea, a mí me genera un nivel de ansiedad tan tremendo y de malestar, que es como, es que no quiero vivir así. Entonces, bueno, pues soy gorda y me ahogo, vale, pero soy feliz, ¿no? Porque puedo comer y no siento restricción." (Clara, 40 años)

"He de decir que con el balón intragástrico conseguí ver la importancia de ir al psicólogo, de hecho sigo yendo al psicólogo desde entonces, y conseguí aprender a comer de forma que no me diese atracones y que fuese más consciente del hambre emocional. Y mira, el balón para perder peso no sirvió, pero para mejorar mi relación con la comida sí. Y después de eso… Yo creo que después de eso ya no he hecho más dietas. Llegó un momento en el que decidí que no iba a volver a hacer una dieta para adelgazar, para mejorar de salud sí. Si tú me metes una dieta porque tengo alta la tensión y necesito reducir la sal, yo la voy a hacer. Pero para perder peso no." (Laura, 38 años)

Ambos testimonios reflejan que el abandono de las dietas marcó un punto de inflexión en sus vidas para sanar su vínculo con la alimentación. En línea con lo señalado en la literatura científica, dejar atrás la lógica de la restricción puede contribuir a mejorar el estado emocional y reducir conductas alimentarias perjudiciales (Neumark-Sztainer et al., 2011).

Estas experiencias señalan la necesidad de incorporar estrategias que no estén centradas exclusivamente en la restricción y sean más respetuosas con el bienestar integral. Ante los efectos perjudiciales de las dietas restrictivas —como su influencia en las conductas alimentarias desordenadas, en la percepción negativa del cuerpo, y en los consecuentes ciclos repetidos de pérdida y ganancia de peso— surge una estrategia alimentaria alternativa: la alimentación intuitiva. Este enfoque se orienta a mejorar la relación con la comida y el bienestar general, promoviendo la conexión con las señales fisiológicas internas como el hambre y la saciedad, frente al uso de la alimentación como vía de regulación emocional. Estudios recientes indican que su implementación puede mejorar la calidad de la dieta, reducir la ansiedad vinculada a la alimentación y favorecer hábitos saludables a largo plazo, sin necesidad de enfocarse en la pérdida de peso. Su incorporación en la práctica clínica representa una oportunidad para replantear las intervenciones nutricionales, promoviendo una alimentación libre de culpa, y recuperando el placer por comer a la vez que se fomenta una salud más inclusiva (Hensley-Hackett et al., 2022).

En resumen, los hallazgos de este apartado muestran cómo la cultura de la dieta puede contribuir a un malestar psicológico significativo y a una alteración de la relación con la alimentación y el cuerpo, especialmente en mujeres, lo que refuerza la necesidad de revisar en profundidad las intervenciones nutricionales y promover enfoques más respetuosos con la diversidad corporal, la salud mental y el bienestar integral de las personas.

4. Conclusiones

Este estudio permitió explorar en profundidad las experiencias de estigma de peso vividas por mujeres con sobrepeso u obesidad, con especial énfasis en la atención médica y nutricional. Las narrativas de las informantes permitieron visibilizar los efectos del estigma del peso en la salud física y mental, así como al acceso y permanencia en los servicios sanitarios. Mediante un enfoque cualitativo, se accedió a relatos valiosos para la comprensión del fenómeno desde la perspectiva de las propias personas afectadas.

Los testimonios analizados muestran cómo el estigma de peso en el ámbito médico vulnera el derecho a una atención sanitaria respetuosa y de calidad. El enfoque peso-centrista que ejercen los profesionales sanitarios, la patologización de los cuerpos de las personas con obesidad y la asociación sistemática entre peso y enfermedad evidenciados en los relatos de las mujeres participantes, derivaron en diagnósticos erróneos o tardíos, en tratamientos inadecuados y en abandono del sistema sanitario por miedo al juicio. En contextos especialmente sensibles, como la atención ginecológica, reproductiva y obstétrica, la exclusión fue mayor, y la gordofobia se manifestó en forma de limitación en el acceso a tratamientos y comentarios humillantes, reforzando la culpabilización moral y responsabilización del individuo con obesidad, afectando la salud física y mental de las entrevistadas. Estas vivencias ponen de manifiesto la necesidad urgente del cambio en la práctica clínica hacia una atención libre de estigma y sesgo, humanizada, centrada en el paciente y respetuosa con todos los tipos de cuerpo.

Este tipo de análisis resulta especialmente relevante en el contexto español, donde todavía existen pocos estudios que aborden el estigma de peso desde una perspectiva experiencial. Los hallazgos de este trabajo pueden contribuir al desarrollo de estrategias orientadas a reducir el estigma en distintos ámbitos de la vida social, y evidencian la necesidad de un cambio en el abordaje clínico y educativo vigente hacia uno más respetuoso, inclusivo y libre de prejuicios. Asimismo, se evidencia la importancia de que los profesionales de la salud y, en particular, los dietistas-nutricionistas, reciban una formación específica sobre el estigma de peso y las vivencias de las personas que lo sufren, con el fin de construir una práctica profesional más ética, empática y centrada en la persona. No obstante, el estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, al haberse centrado exclusivamente en mujeres, no recoge las experiencias de otras identidades de género. En segundo lugar, aunque el carácter cualitativo del abordaje sea esencial para profundizar en las vivencias individuales, no permite extrapolar los resultados a una población más amplia, por lo que podría complementarse con un abordaje cuantitativo. Por último, el contexto social específico en el que se accedió a la muestra puede influir en la manera en la que se expresan y perciben estas vivencias y limitar su generalización a otros entornos. A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos aportan información valiosa para la comprensión de las consecuencias del estigma de peso y constituyen una base sólida para futuras investigaciones, así como para la mejora de las prácticas profesionales en el ámbito sanitario.

5. Referencias

Ahima, R. S., & Lazar, M. A. (2013). The health risk of obesity-better metrics imperative. *Science*, *341*(6148), 856–858. https://doi.org/10.1126/science.1241244

Alberga, A. S., Edache, I. Y., Forhan, M., & Russell-Mayhew, S. (2019). Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, *20*, e116. https://doi.org/10.1017/S1463423619000227

Alimoradi, Z., Golboni, F., Griffiths, M. D., Broström, A., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2020). Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, *39*(7), 2001–2013. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.10.016

Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(21), 4177. https://doi.org/10.3390/ijerph16214177

Araújo, K.L., Pena, P.G.L., Freitas, M.C.S., Diez-Garcia, R.W. (2015). Stigma of obese dietitians in the work world. *Revista de Nutriçao*. *28*(6), 569–579. https://doi.org/10.1590/1415-52732015000600001.

Bidstrup, H., Brennan, L., Kaufmann, L., & de la Piedad Garcia, X. (2022). Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *International Journal Of Obesity* (2005), *46*(1), 1–9. https://doi.org/10.1038/s41366-021-00982-4

Blanchet, A., & Gotman, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes*: L'entretien (2e éd.). Armand Colin.

Bombak, A. E., McPhail, D., & Ward, P. (2016). Reproducing stigma: Interpreting "overweight" and "obese" women's experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare. *Social Science & Medicine*, *166*, 94–101. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.015

Byrd, R., Dolbier, C., Whited, M., & Carels, R. A. (2023). The role of weight stigma in health care avoidance and mistrust among pregnant women. *Stigma and Health.* Advance online publication. https://doi.org/10.1037/sah0000481

Carels, R. A., Young, K. M., Wott, C. B., Harper, J., Gumble, A., Oehlof, M. W., & Clayton, A. M. (2009). Weight bias and weight loss treatment outcomes in treatment-seeking adults. *Annals of Behavioral Medicine*, *37*(3), 350–355. https://doi.org/10.1007/s12160-009-9109-4

Cebioğlu, İ. K., Bilgin, G. D., Bakır, B. O., & Koyuncu, A. G. (2022). Weight bias among dietitians: Does the weight status of the patients change the dietary approaches? *Revista de Nutrição*, *35*, e210214. https://doi.org/10.1590/1678-9865202235e210214

Cori, G.daC., Petty, M. L., & Alvarenga, M.dos S. (2015). Attitudes of dietitians in relation to obese individuals-An exploratory study. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(2), 565–576. https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.05832014

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 875–884. https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875

Crompvoets, P. I., Nieboer, A. P., van Rossum, E. F. C., & Cramm, J. M. (2024). Perceived weight stigma in healthcare settings among adults living with obesity: A cross-sectional investigation of the relationship with patient characteristics and person-centred care. *Health Expectations: An International Journal of Public*

Participation in Health Care and Health Policy, *27*(1), e13954. https://doi.org/10.1111/hex.13954
Dolado, J.J, Minale, L., & Guerra, A. (2023). Uncovering the roots of obesity-based wage discrimination: The role of job characteristics. *Labour Economics, 85,* 102425. https://doi.org/10.1016/j.labeco.2023.102425.
Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, *16*(Suppl 2), S80–S86. https://doi.org/10.1038/oby.2008.448
Emmer, C., Bosnjak, M., & Mata, J. (2020). The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obesity Reviews: An Official Journal of The International Associationfor the Study of Obesity, 21*(1), e12935. https://doi.org/10.1111/obr.12935
Evans, A. T., & Vitek, W. S. (2023). Weight bias in reproductive medicine: A curiously unexplored frontier. *Seminars in Reproductive Medicine*, *41*(3-04), 63–69. https://doi.org/10.1055/s-0043-1777016
Fitterman-Harris, H. F., Davis, G. G., Bedard, S. P., Cusack, C. E., & Levinson, C. A. (2023). Digital mental health interventions: Differences in diet culture intervention framing. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(1), 24. https://doi.org/10.3390/ijerph21010024
Fikkan, J.L., Rothblum, E.D. Is fat a feminist issue? Exploring the gendered nature of weight bias. *Sex Roles 66*, 575–592 (2012). https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5
Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are We There Yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, *20*(9), 1408-1416. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281
Gaspar, M. C. M. P., Sato, P. M., & Scagliusi, F. B. (2022). Under the 'weight' of norms: Social representations of overweight and obesity among Brazilian, French and Spanish dietitians and laywomen. *Social Science & Medicine*, *298*, 114861. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114861
Gaspar, M. C. M. P., & Larrea-Killinger, C. (2022). Professional identity construction: Becoming and being a dietician in Brazil, France and Spain. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 26,* e210182. https://doi.org/10.1590/interface.210182
Germov, J., & Williams, L. (1996). The epidemic of dieting women: The need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, *27*(2), 97–108. https://doi.org/10.1006/appe.1996.0038
Gracia Arnaiz, M. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de Nutrição*, *22*(1), 5-18. https://doi.org/10.1590/S1415-52732009000100001
Gracia Arnaiz, M. (2010). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Gaceta Médica de México*, *146*(4), 389-396.
Gutin I. (2018). In BMI We Trust: Reframing the body mass index as a measure of health. *Social Theory & Health*, *16*(3), 256–271. https://doi.org/10.1057/s41285-017-0055-0
Harvey, E. L., Summerbell, C. D., Kirk, S. F., & Hill, A. J. (2002). Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 15*(5), 331–347. https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2002.00385.x
Hensley-Hackett, K., Bosker, J., Keefe, A., Reidlinger, D., Warner, M., D'Arcy, A., & Utter, J. (2022). Intuitive eating intervention and diet quality in adults: A systematic literature review. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *54*(12), 1099–1115. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2022.08.008.
Jung, F. U., Luck-Sikorski, C., Wiemers, N., & 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

Karazsia, B. T., Murnen, S. K., & Tylka, T. L. (2017). Is body dissatisfaction changing across time? A cross-temporal meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *143*(3), 293–320. https://doi.org/10.1037/bul0000081
La Marre, A., Rice, C., Cook, K., & Friedman, M. (2020). Fat reproductive justice: Navigating the boundaries of reproductive health care. *Journal of Social Issues, 76*(2), 338-362. https://doi.org/10.1111/josi.12371
Link, B. G., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27,* 363-385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363
Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24–32. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035
Lupton D. (2013) Fat. London: Routledge.
Medeiros de Morais, M. S., Macêdo, S. G. G. F., do Nascimento, R. A., Vieira, M. C. A., Moreira, M. A., da Câmara, S. M. A., Almeida, M. D. G., & Maciel, Á. C. C. (2024). Dissatisfaction with body image and weight gain in middle-aged women: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, *19*(1), e0290380. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290380
Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, *111*(7), 1004–1011. https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012
Panza, G. A., Armstrong, L. E., Taylor, B. A., Puhl, R. M., Livingston, J., & Pescatello, L. S. (2018). Weight bias among exercise and nutrition professionals: a systematic review. *Obesity Reviews*, *19*(11), 1492–1503. https://doi.org/10.1111/obr.12743
O'Donoghue, G., Cunningham, C., King, M., O'Keefe, C., Rofaeil, A., & McMahon, S. (2021). A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; The patients' voice. *PLOS ONE*, *16*(11), e0260075. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260075
Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: A systematic review. *Obesity Reviews, 19*(8), 1141–1163. https://doi.org/10.1111/obr.12701
Phelan, S. M., 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. M. (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., & 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., Lessard, L. M., Pearl, R. L., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). International comparisons of weight stigma: Addressing a void in the field. *International Journal of Obesity*, *45*(9), 1976–1985. https://doi.org/10.1038/s41366-021-00860-z
Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLOS ONE*, *16*(6), e0251566. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566
Puhl, R., Wharton, C., & Heuer, C. (2009). Weight bias among dietetics students: Implications for treatment practices. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(3), 438–444. https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.11.034

Roy, R., Kaufononga, A., Yovich, F., & Diversi, T. (2023). The prevalence and practice impact of weight bias among New Zealand registered dietitians. *Nutrition & Dietetics: The Journal of the Dietitians Association of Australia*, *80*(3), 297–306. https://doi.org/10.1111/1747-0080.12791

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. W., … Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, *26*(4), 485–497. https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x

Sánchez-Carracedo, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: Una revisión narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición, 69*(6), 376-384. https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002

Silva, B. L., & Cantisani, J. R. (2018). Interfaces between fatphobia and the professionalization in nutrition: An essential debate. *Demetra: Food, Nutrition & Health, 13*(2), 363–380. https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33311

Sociedad Española de Obesidad (SEEDO). (2023). *Encuesta SEEDO*: *Estigma de la obesidad.* https://www.seedo.es

Soulliard, Z. A., Brode, C., Tabone, L. E., Abunnaja, S., Szoka, N., & Cox, S. (2021). The role of body appreciation, weight bias internalization, and disordered eating behaviors among presurgical bariatric patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 17*(5), 1000–1007. https://doi.org/10.1016/j.soard.2020.12.012

Swift, J. A., Hanlon, S., El-Redy, L., Puhl, R. M., & Glazebrook, C. (2013). Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 26*(4)*,* 395–402. https://doi.org/10.1111/jhn.12019

Taylor, S.J., Bogdan, R., & DeVault, M. (2016). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (4th ed.). Wiley.

Telo, G. H., Friedrich Fontoura, L., Avila, G. O., Gheno, V., Bertuzzo Brum, M. A., Teixeira, J. B., Erthal, I. N., Alessi, J., & Telo, G. H. (2024). Obesity bias: How can this underestimated problem affect medical decisions in healthcare? A systematic review. *Obesity Reviews, 25*(4), e13696. https://doi.org/10.1111/obr.13696

Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts*, *9*(6), 424–441. https://doi.org/10.1159/000454837

World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*: World Health Organization (WHO Technical Report Series No.894). https://iris.who.int/handle/10665/42330

World Health Organization. (2024). *Obesity and overweight.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Wu, Y. K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, *74*(5), 1030–1042. https://doi.org/10.1111/jan.13511

Anexo

Tabla 1. Perfil de las mujeres personas entrevistadas

Nº	Pseudónimo	Edad	Origen	Estudios	Ocupación
1	Alicia	54	México	Grado universitario en Economía	Contable
2	Maria	55	España	Bachillerato humanístico	Conserje
3	Agustina	44	España	Bachillerato humanístico	Auxiliar de limpieza
4	Mercedes	37	España	Grado universitario en Biología	Profesora de CFGS
5	Maite	42	Marruecos	Bachillerato	Ama de casa
6	Rosa	40	España	Ciclo formativo de grado superior en Informática	Encargada de un supermercado
7	Clara	40	España	Grado universitario en Educación Social	Educadora social
8	Laura	39	España	Grado universitario en Fisioterapia / Máster en Docencia	Profesora de secundaria
9	Cristina	41	España	Grado universitario en Comercio Internacional	Responsable de comercio exterior
10	Sofía	33	España	Grado universitario en Ingeniería Civil / Máster Habilitante de Caminos	Responsable de una empresa
11	Marta	38	España	Bachillerato	Comercial
12	Amaia	46	España	CFGS en Higiene Bucodental	Comercial
13	Mireia	41	España	Grado universitario en Ciencias Políticas	Profesora de inglés

Guion semiestructurado para la realización de las entrevistas

Relación con el cuerpo

1. ¿Cuándo y cómo fue la primera vez que tomaste consciencia de tu cuerpo en relación con su tamaño o forma?
2. **¿**Cómo describirías tu relación con tu cuerpo actualmente y a lo largo de tu vida?
3. ¿Alguna vez te has sentido presionada a cambiar tu cuerpo debido a cánones de belleza o presión social? ¿Cómo fue?
4. ¿Alguna vez has sentido vergüenza o culpa por tu peso?
5. ¿Crees que tu relación con tu cuerpo es un aspecto que ha influenciado en tu vida?
    a. ¿Afectiva?
    b. ¿Académica?
    c. ¿Laboral? ¿Cómo? ¿Por qué?
6. ¿Cómo crees que la percepción de tu cuerpo ha influido en tus relaciones sociales?
7. ¿Has recibido comentarios sobre tu cuerpo por parte de gente de tu entorno? ¿Cómo te hicieron sentir?
8. ¿Alguna vez has dejado de hacer actividades por miedo a que juzguen tu cuerpo (cómo por ejemplo, ir a la playa)? ¿Cuándo fue? ¿Cómo te sentiste?
    a. ¿Has sentido que te has perdido experiencias importantes debido a eso?
9. ¿Si tuvieras la posibilidad de cambiar partes de tu cuerpo, lo harías? ¿Por qué? ¿Qué? ¿Cómo?

Concepto de la obesidad y gordofobia

10. ¿Crees que los cuerpos delgados son vistos cómo normales y sanos y los cuerpos gordos como problemáticos e insanos?
11. ¿Qué piensas de la palabra ‘’gorda’’, cómo la percibes?
12. ¿Qué significa la obesidad para ti? ¿Cómo percibes esta condición?
13. ¿Entiendes la obesidad como una enfermedad? ¿Por qué? ¿Crees que estás enferma o has estado enferma debido a tu peso?
14. ¿Crees que se debería cambiar la forma en la qué se trata y se habla de la obesidad?
15. ¿Conoces el IMC?
    a. ¿Si es así, qué te parece?
16. ¿Has oído hablar del término gordofobia? ¿Qué significa para ti?
17. ¿Crees que has sufrido gordofobia en algún momento de tu vida?
18. ¿Has cambiado tu forma de actuar o socializar por alguna experiencia de gordofobia o discriminación a tu cuerpo? ¿Cómo fue?

Cultura de la dieta e historial de dietas

19. ¿Has realizado alguna dieta para perder peso? ¿Cuándo? ¿Quién te recomendó? ¿Cómo fue, cómo te sentiste?
20. ¿Cuál fue la primera vez en la que conociste las dietas o pérdida de peso?
21. ¿Alguna vez has seguido el consejo de una D-N para perder peso o con otro objetivo nutricional? ¿Cómo fue? ¿Y otro profesional de la salud?
22. ¿Has cambiado tu forma de comer en público por miedo al juicio de los demás? ¿Cómo fue? ¿Cómo ha afectado esto a tu relación con la comida?

23. ¿Crees que la cultura de la dieta ha afectado a tu relación con la comida?¿ De qué manera?
24. ¿Ya has probado otros métodos para adelgazar? (p.ej bypass gástrico) ¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cómo fue esta experiencia?

Atención médica y trato de profesionales de la salud

25. ¿Te has sentido juzgada o discriminada en una consulta médica o nutricional? ¿Como? ¿Cuándo? ¿Por qué? (puedes dar ejemplos concretos?)
26. **¿**Has sentido que tu peso ha influido en la manera en qué los profesionales de la salud te han tratado?
27. ¿Te han hecho sentir culpable o responsable de tus problemas de salud relacionándolos con tu peso?
28. ¿Alguna vez un profesional de la salud te ha recomendado bajar de peso ignorando tu motivo inicial de consulta?
29. **¿**Alguna vez has evitado acudir al médico por miedo a que se centren en tu peso en lugar de tu problema de salud?

Imagen, moda, medios de comunicación

30. ¿Crees que los productos de moda o bienestar y su publicidad excluyen a las personas gordas?
31. ¿Has cambiado tu forma de vestir por alguna experiencia de gordofobia o discriminación a tu cuerpo? ¿Cómo fue?
32. ¿Cómo crees que las redes sociales o los medios de comunicación influyen en la percepción del cuerpo y la alimentación?

Salud mental y bienestar emocional

33. ¿Crees que la gordofobia ha impactado en tu autoestima o en tu salud mental? ¿Cómo fue?

Gordofobia y resistencia

34. ¿Conoces activistas o movimientos anti gordofobia? ¿Qué te parecen?

Modelo consentimiento informado de las personas participantes

---

Título del proyecto de investigación: "Trabajo de Final de Grado: Cuerpos bajo juicio: La influencia del estigma de peso y la cultura de dieta en la salud. Un análisis cualitativo"

Presentación general: Este estudio, planteado desde una perspectiva antropológica y basado en una aproximación cualitativa, tiene como objetivo principal comprender las experiencias, vivencias y opiniones respecto a la cultura de dieta y el estigma de peso desde la perspectiva de las personas implicadas.

Implicación de las personas participantes: Su colaboración será a través de la participación en una entrevista en la cual se le plantearán preguntas abiertas. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora. La entrevista será grabada electrónicamente (audio) con su consentimiento. Su participación en este estudio es voluntaria y no se remunerará. Puede abandonar su colaboración en cualquier momento en que lo decida, sin que esto conlleve ningún prejuicio o coacción. También tiene derecho a solicitar información adicional cuando lo considere necesario, contactando a: duniatm17@gmail.com.

Confidencialidad y anonimato: Siguiendo el *Código de Buenas Prácticas de Investigación* de la Universidad de Barcelona (2019), todos los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial. Todos los datos se archivarán de forma segura. Además, se garantizará el anonimato durante todas las etapas del proyecto y en la difusión de resultados. Se tratará los datos facilitados siguiendo en todo momento los principios y criterios establecidos en la normativa de protección de datos vigente aplicable: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en relación al tratamiento de datos de carácter personal "RGPD". De conformidad con lo establecido en la mencionada regulación, la UNIVERSIDAD DE BARCELONA, (con CIF Q0818001J y domicilio en la Gran Via de les Corts Catalanes, 585 -08007 Barcelona) como responsable del tratamiento de los datos personales, le informa que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante escrito a la dirección postal (Travessera de les Corts, 131-159, Pavelló Rosa, 08028 - Barcelona), o mediante un mensaje de correo electrónico a protecciodedades@ub.edu

Usted tiene derecho a acceder a sus datos, a solicitar la rectificación de los datos inexactos y a solicitar su supresión, así como a limitar el tratamiento, a oponerse y a retirar el consentimiento de su uso para determinadas finalidades. Estos derechos los puede ejercer mediante escrito a la dirección postal o mediante un mensaje de correo electrónico a la dirección mencionada en el párrafo anterior. Así mismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos en el caso de cualquier actuación de la Universitat de Barcelona que considere que vulnera sus derechos.

Riesgos y beneficios de la investigación: Su participación en el estudio no supone ningún riesgo para su integridad física, social o psicológica. Los conocimientos resultantes de esta investigación permitirán una mejor comprensión de la influencia de la cultura de dieta y del estigma de peso. Los datos recogidos ayudarán a dar visibilidad a una problemática con impactos sociales, psicológicos y de salud importantes, colaborando en el desarrollo de estrategias y acciones para enfocar todos estos aspectos desde una nueva perspectiva más inclusiva. Recibirá una copia de este documento de consentimiento informado. La otra copia quedará en manos del responsable del proyecto.

Al firmar este formulario de consentimiento, certifica que ha recibido información suficiente sobre el estudio, que ha leído y entendido la información contenida en este documento y que está de acuerdo en participar de forma voluntaria.

Fecha, lugar: Participante/firma: