Artículo

No nos quieren sanas, nos quieren delgadas. Una aproximación a las narrativas de gordofobia médica y sus consecuencias

Jordi Benítez Muñoz

benipetit17@gmail.com

https://orcid.org/0009-0003-7934-7671

Universidad Rovira i Virgili: Tarragona

ENSAMBLAJES
REVISTA DE ANTROPOLOGÍA PREDOCTORAL

https://revista.areadi.org/

CC BY

Junio, 2025

Para citar este artículo:

Benítez Muñoz, J. (2025.). No nos quieren sanas, nos quieren delgadas. Una aproximación a las narrativas de gordofobia médica y sus consecuencias. *Ensamblajes. Revista De Antropología Predoctoral*, *2*(1), 45-67.

https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/v2.1.10

Resumen

Las personas gordas sufren muchas veces discriminación en los servicios de salud. Esta forma de discriminación y opresión, que se conoce como gordofobia médica, está vertebrada por tres factores principales que tienen que ver con la estética, la moral y salud que, junto al concepto erróneo de peso saludable, tiene un impacto negativo en el bienestar físico y emocional de las personas gordas**.** El objetivo de esta investigación es analizar las experiencias y las narrativas, así como las consecuencias que la gordofobia médica tiene en personas con corporalidades grandes. Se llevó a cabo un estudio cualitativo utilizando un enfoque fenomenológico a partir de etnografía virtual, observación participante y entrevista. Tras el análisis, se obtuvieron cuatro categorías principales: estética, moral, salud y resistencias. Las narrativas de las participantes demuestran que la gordofobia médica tiene un impacto negativo en su bienestar físico y emocional, pudiendo generar sentimientos de culpa y baja autoestima, trastornos alimentarios, abandono de los sistemas de salud y miedo a acudir a consulta, así como errores en el diagnóstico y retrasos en los tratamientos.

Palabras clave: gordofobia; antropología de la salud; discriminación; profesionales sanitarios

Abstract:

Fat people often suffer discrimination in health services. This form of discrimination and oppression, known as medical obesity, is underpinned by three main factors that have to do with aesthetics, morality, and health which, along with the misconception of healthy weight, have a negative impact on the physical and emotional well-being of fat people. The objective of this research is to analyze experiences and narratives, as well as the consequences that medical fatphobia has in people with large corporalities. A qualitative study was carried out using a phenomenological approach based on virtual ethnography, participant observation and interview. The analysis yielded four main categories: aesthetics, morality, health, and resistance. The participants' narratives show that medical obesity has a negative impact on their physical and emotional well-being, which can lead to feelings of guilt and low self-esteem, eating disorders, avoidance of health systems and fear of going to consultation, as well as errors in diagnosis and delays in treatment.

Keywords: fatphobia; medical anthropology; discrimination; healthcare providers

Introducción

En la intersección entre la medicina y la percepción social del cuerpo humano, surge un fenómeno preocupante que a menudo pasa desapercibido: la gordofobia médica. Esta manifestación específica representa una de las múltiples caras que adopta la gordofobia, entendida ésta como “todo aquel conjunto de prácticas, discursos y acciones que burlan, marginan, estereotipan, prejuzgan, rechazan, e implican la obstaculización o la vulneración de los derechos de las personas con cuerpos grandes” (Mancuso, 2021, p.13), y que se articula en base a tres dimensiones que tienen que ver con la estética, la moral y la salud (Piñeyro, 2016). Así pues, la gordofobia médica hace referencia al prejuicio de creer que las personas son gordas porque quieren serlo, o por falta de voluntad a la hora de cambiar sus cuerpos (Piñeyro, 2020).

Aunque la obesidad constituye un factor de riesgo importante para sufrir determinadas enfermedades, ser obeso o tener sobrepeso no siempre es sinónimo de

estar enfermo. Desgraciadamente, los profesionales de la salud realizan esta asociación prácticamente de forma automática y, a raíz de este *pesocentrismo*[1], se enmascaran estereotipos y prejuicios relacionados con el peso que pueden tener un impacto perjudicial en la calidad de la atención proporcionada a las personas con corporalidades gordas, constituyendo una mala praxis dentro de la disciplina biomédica. Este fenómeno, a menudo invisibilizado, afecta de manera diferenciada a distintos colectivos, especialmente a mujeres y personas de género disidente, quienes sufren una doble discriminación basada tanto en el peso como en los mandatos de género. La gordofobia médica en mujeres interescciona con los discursos de control sobre la feminidad, donde la delgadez es un requisito estético y moral, asociado a la disciplina y la autocontención. Esta situación plantea cuestiones críticas sobre la ética asistencial y la necesidad de un enfoque más inclusivo en la práctica sanitaria. Además, esta problemática se manifiesta de distintas formas, desde la falta de recursos personales y estrategias de abordaje por parte del personal sanitario, a equipos médicos inadecuados para personas con sobrepeso y obesidad (como aparatos de radiodiagnóstico, literas, tensiómetros u otro mobiliario médico no adaptado a corporalidades grandes), hasta la victimización y estigmatización abierta por parte de los profesionales de la salud, que a menudo asocian atributos y rasgos de personalidad negativos, como falta de voluntad y autocontrol, o dejadez, a las personas con sobrepeso u obesidad (Gracia-Arnaiz, 2015).

Aunque los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad ética de proporcionar una atención basada en la evidencia científica, y libre de juicios y estereotipos, la realidad muestra que los prejuicios relacionados con el peso pueden afectar a la objetividad y la imparcialidad de los profesionales de la salud, a la vez que las conductas gordofóbicas pueden tener consecuencias negativas importantes en la vida de las personas gordas. Así pues, esta investigación tiene como principal objetivo visibilizar la gordofobia médica y sus consecuencias en las personas afectadas.

Las justificaciones de esta investigación son diversas. Desde el punto de vista teórico, aunque ya existen diversos estudios sobre la gordofobia médica y sus consecuencias, el enfoque cualitativo (que tiene en cuenta las experiencias y las narrativas de las personas afectadas) es más bien escaso, sobre todo en la literatura nacional, por lo que esta investigación puede contribuir a llenar un vacío de conocimiento en este sentido. Desde un punto de vista más práctico, detectar y mostrar

[1] Se conoce como *pesocentrismo* al enfoque médico reduccionista y paternalista donde todos los problemas de la persona se atribuyen pura y exclusivamente al peso (Crimer et al., 2023).

las conductas gordofóbicas de los profesionales sanitarios puede contribuir también a prevenir o reducir las consecuencias y el impacto negativo que este tipo de discriminación tiene hacia las personas gordas, a la vez que puede ayudar a dispensar una atención sanitaria de mayor calidad. Y desde el punto de vista social, esta investigación puede ayudar también a visibilizar a este colectivo y a los movimientos disidentes que aparecen para hacer frente a los mecanismos opresivos.

Metodología

Para poder analizar los discursos y las narrativas de las personas gordas se optó por la metodología cualitativa de corte fenomenológico. Las técnicas de investigación cualitativa utilizadas en el presente estudio fueron la observación participante, la etnografía virtual y la entrevista semiestructurada. Las participantes de la presente investigación fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional, en el que se usó como único criterio de inclusión la participación voluntaria. La recogida de datos se realizó durante el primer trimestre de 2024. Se llevaron a cabo dos encuentros virtuales con el colectivo *LaGorda Associació*[2] y se participó en el foro virtual de activismo *WeLoverSize*[3]. Además, se realizó una entrevista semiestructurada a una informante clave del colectivo antigordofobia.

Los datos fueron recogidos en el diario de campo, transcribiéndolos posteriormente y siendo introducidos en el software Atlas.ti-24 para su posterior análisis. La información fue codificada, permitiendo sintetizar y agrupar los datos, emergiendo diversas categorías analíticas que, yendo en consonancia con el concepto de *Tripartito Gordofóbico*[4] planteado por Magdalena Piñeyro (2016) reflejaron las principales consecuencias derivadas de la gordofobia médica. A todas las participantes se les

[2] *LaGorda Associació* es una asociación de apoyo y acompañamiento al colectivo gordo formada por mujeres e identidades disidentes gordas con sede en Barcelona.

[3] La comunidad virtual *WeLoverSize* (@weloversize) es una de las cuentas españolas con más repercusión en el estado, llegando a tener más de 460 mil seguidores en su perfil de Instagram, y cerca de 20 mil seguidores en la red social *X* (abril 2024). El perfil dispone también de una página web (https://weloversize.com/) donde varias usuarias han creado una comunidad donde comparten entre otros, temas relacionados con la diversidad corporal, la aceptación del cuerpo y la gordofobia.

[4] El Tripartito Gordofóbico se refiere a tres pilares que sustentan la discriminación hacia las personas gordas: la tiranía estética (modelo de belleza), la moral (juicios sobre autocontrol y disciplina), y la salud (asociación errónea entre delgadez y bienestar).

asignó un nombre falso con el fin de garantizar su anonimato, contando previamente con su consentimiento informado.

Resultados y Discusión

Tras el análisis se obtuvieron cuatro categorías principales: *estética, moral, salud* y *resistencias*, que iban en consonancia con el concepto de *Tripartito Gordofóbico* planteado por Magdalena Piñeyro (2016). Según la autora, la gordofobia se articula en torno a tres dimensiones centrales, la estética, la moral y la salud, que reflejan que el tema de la gordofobia no se reduce a una cuestión de prejuicio individual, sino que está fuertemente arraigada en estructuras sociales más amplias que afectan a la percepción y al trato hacia las personas gordas. La estética gordofóbica impone estándares de belleza excluyentes, marginando a quienes no se ajustan a la norma corporal. En el caso de las mujeres, estos estándares son especialmente rígidos, ya que la delgadez es un ideal ligado al control y a la feminidad normativa. La presión para encajar en este ideal genera una mayor carga sobre las mujeres gordas, quienes no solo son marginadas estéticamente, sino también moralizadas y patologizadas. La moral gordofóbica las culpa de su peso, asociándolo con falta de voluntad o disciplina, y las estigmatiza como desobedientes respecto a las normas alimentarias y sanitarias, un discurso que resuena con los mandatos tradicionales de autocontrol impuestos sobre los cuerpos femeninos. Por último, la salud gordofóbica patologiza la obesidad, promoviendo la idea errónea de que todos los cuerpos gordos son insanos, a pesar de que la delgadez no siempre equivale a salud y la gordura no sea sinónimo enfermedad (Piñeyro, 2016).

En relación con la categoría *estética* se estableció la subcategoría *normativización del cuerpo*; en relación con la categoría *moral*, las subcategorías de *responsabilidad individual, violencia simbólica y voces silenciadas*; en relación con la categoría *salud*, las subcategorías *pesocentrismo, repercusiones emocionales y consecuencias en la práctica asistencial*. Además, surgió también la categoría *Resistencias*, que recoge algunos de los mecanismos para hacer frente a la gordofobia médica.

La Estética y la Moral. No Nos Quieren Sanas, Nos Quieren Delgadas

Mientras que la estética gordofóbica ofrece un modelo externo de cuerpo delgado, la moral gordofóbica establece un modelo de conducta que elogia el

autocontrol y la disciplina. Dentro de estas categorías analíticas, emergieron otras subcategorías que hacen referencia tanto a la dimensión estética como a la moral, y que ponen en conjunción conceptos ampliamente estudiados en relación con el dominio y el control sobre los cuerpos, tales que el *biopoder foucaultiano*[5] o la *violencia simbólica* de Bourdieu[6]. Las subcategorías emergentes fueron las siguientes:

La Normativización del Cuerpo

Las experiencias de las participantes mostraron de forma implícita o explícita la presión social a la que a menudo son sometidas, llegando a hacer dietas u otras medidas más extremas con el fin de encajar en un modelo de cuerpo normativo modelado por unos cánones de belleza claramente establecidos en el contexto occidental. Aunque la valorización del cuerpo y los cánones de belleza han estado siempre sujetos al contexto histórico (Gracia-Arnaiz, 2015; Navajas-Pertegás, 2021), hoy en día impera el ideal que asocia la belleza (y la salud) con un cuerpo delgado, de manera que la glorificación de la delgadez perpetúa la discriminación contra las personas gordas clasificándolas como inadaptadas; negando el derecho a una persona a pensarse y sentirse bella (Bernier, 2020). En este sentido, “el afán normalizador del biopoder orienta su acción a corregir y deshacerse de los cuerpos (según la biomedicina) no normativos o defectuosos” (Navajas-Pertegás, 2023, p. 141). Algunas de las narrativas recogidas remitían a este dominio y control del cuerpo, tal y como relata una de las informantes:

> “Ahora no te diría, mirando fotos no te diría que toda la vida, porque ahora veo fotos y no veo que estuviera gorda, pero sí que la sociedad me leía como gorda; quiero decir de pequeña, me decían gorda en la escuela y cosas así. Siempre he tenido la noción de que mi cuerpo no encajaba".

[5] Aquí nos referimos al concepto de biopoder, entendido como aquellos mecanismos de poder que gobiernan, regulan, mantienen y salvan la vida de la población; y al concepto de poder disciplinario, entendiéndolo como los mecanismos que favorecen relaciones de subordinación apropiándose de los sujetos y convirtiéndolos en cuerpos dóciles modificando sus comportamientos o reeducando sus conductas (Foucault, 2002).

[6] La violencia simbólica de Pierre Bourdieu se entiende como una relación social asimétrica donde el "dominador" ejerce violencia indirecta y no físicamente directa en contra de los "dominados", los cuales no la distinguen claramente o no son del todo conscientes de ello (Fernández, 2005).

"Tiene más fuerza la estética, desgraciadamente, lo único que lo disfrazan de salud. O sea, queda más políticamente correcto decir que lo haces por salud. Pero... pienso que lo que más daño hace a nivel de gordofobia es la discriminación social, y la discriminación social no es por salud. Es por presión estética".

"O sea yo no tuve el trastorno de conducta alimentaria inocentemente. Yo lo tuve porque me importaba más la aceptación de mi entorno y que me dejaran de decir que lo estaba haciendo mal… Y lo quería conseguir a toda costa, sabiendo que eso me haría daño. Y tenía sueños de que me secuestraban y así volvía más delgada a casa y cosas de estas… Quiero decir, ... hubiera pasado por burradas grandes. Y, ... a ver, mi familia es de Venezuela, por ejemplo, y en Venezuela las operaciones de estética son mucho más baratas. ¿Y yo me lo planteé sabes? ¿Y veía documentales de gente que... que había tenido secuelas de operaciones de las mismas y pensaba…" ya, pero has conseguido estar delgada" no? Y no soy una persona tonta, quiero decir, sé que esto trae problemas serios, pero cuando adelgazaba tenía tanta validación de mi entorno que... que esto me tranquilizaba incluso encontrándome mal" (Alicia, activista antigordofobia)

La Responsabilidad Individual

Las experiencias y las narrativas recogidas apuntan a que a menudo las participantes deben hacer frente a discursos culpabilizadores sobre su corporalidad, viendo como la responsabilidad de su situación con relación a la salud recae exclusivamente en ellas. En cuanto a esta responsabilidad individual parece que, como propone Gracia-Arnaiz (2007, p. 239) "muchos facultativos consideran que los portadores de la *anomalía* (el exceso de grasa) son los responsables de su disfunción, de manera que, si una persona está obesa, es porque come mucho o porque no sabe o no quiere comer bien". Esta misma autora, en uno de sus trabajos etnográficos, expone que "las referencias a la falta de voluntad son constantes, y permiten al clínico eludir su responsabilidad en el fracaso"

(Gracia-Arnaiz et al., 2012, p. 139). De hecho, gran parte de la literatura que adopta una postura crítica hacia la antigordofobia argumenta que las personas con obesidad no tienen autocontrol, no comen con prudencia o no quieren estar más saludables (Cohen & Shikora, 2020; Nath, 2019). Estos supuestos están intrínsecamente relacionados con estereotipos, y es probable que agraven las actitudes estigmatizadoras hacia las personas con obesidad, al tiempo que obvian otros determinantes de la salud como los factores sociales, económicos, culturales o ambientales que entran en juego en la génesis de la obesidad. De hecho, se ha demostrado que el peso está lejos de ser el resultado de elecciones estrictamente personales (Bernier, 2020). Las narrativas de las participantes también reflejaban esta atribución del estado corporal a la responsabilidad individual y a ciertos rasgos caracteriales como la falta de voluntad:

> “Uff!! Tenemos una de difícil: ¡te debes poner cebada a bollos y madalenas!” (Irene, activista antigordofòbia)

> “Lo peor no ha sido ahí, lo peor es que sin comentar nada de mi ánimo me ha indicado que me envía antidepresivos porque las personas con sobrepeso solemos estar más tristes porque nos cuesta más hacer ciertas cosas. ¿O sea, soy triste por gorda y ya no?” (Laura, WeLoversize)

> "Y después la parte ésta de culpabilizar al paciente de lo que le pasa, o de no comprender que las circunstancias no siempre son tan fáciles como sota, caballo o rey. Si haces esto tu cuerpo se convertirá en eso otro. Y luego pues que tengas la conducta que tengas hacia tu cuerpo eres merecedor de respeto y de buen trato médico" (Alicia, activista antigordofobia)

> "Cuando el ginecólogo que siempre me pesaba, que siempre me hacía comentarios sobre mi peso, que siempre me juzgaba y tal, vio la diferencia de peso, ¿inmediatamente pensó “ésta se ha pasado el día entero comiendo donuts” no? Asumió eso de mí. Y entonces me preguntó si quería ser madre. Y le dije que "en cuestión de un par de años" y me dijo que, tal y como yo estaba que mataría mi bebé, si me quedaba embarazada" (Alicia, activista antigordofobia)

En asociación al tema de la responsabilidad individual, emergió otra temática que hace referencia a la invisibilidad de la voz de las afectadas y la falta de credibilidad ante la autoridad de la bata blanca. Por otro lado, también se puede señalar en esta línea que "el arraigo profundo de este ideal de delgadez coloca a las mujeres gordas en una posición paradójica: como hipervisibles e invisibles a la vez, debido a sus cuerpos transgresores" (Kost & Jamie, 2023, p. 312). Las personas gordas, y especialmente las mujeres, experimentan pues el fenómeno de la hiper(in)visibilidad a través de una serie de interacciones sociales y dentro de numerosas instituciones sociales, perpetuándose a través de los medios de comunicación, la política, las entidades gubernamentales, la salud pública, el salutismo o la medicalización del cuerpo (Gailey, 2021).

> "Luego dice la gente que no hay gordofobia en la medicina! Una cosa es una vez que tengas el diagnóstico y el tratamiento sugerirte que perder peso podría ayudarte con tu enfermedad y otra que ni te escuchen ni se molesten en tratarte porque todo diagnóstico es gorda y que encima usen su poder sobre ti (porque el paciente está en una situación vulnerable) para hacerte sentir una mierda" (Agata, WeLoverSize)

> "El médico (de la SS) se levantó, invalidó toda la historia que acababa de contarle [...] y no encontraba manera de parar de engordar [...] se levantó, me mandó salir y me dijo mientras me daba dos palmadas en la espalda: "dieta y ejercicio"; como si acabase de inventarme que ya hacía dieta y ejercicio. Es como que si estás gorda ya no hay otra explicación" (Tere, WeLoverSize)

> ""Estás gorda" era su saludo, nunca me hizo caso a las cosas por las que iba y solo decía que estaba gorda y que si él podía perder peso yo también" (Pilar, WeLoverSize)

Esta autoridad de la bata blanca y el desprecio de la voz de las afectadas remite incuestionablemente a la noción de opresión a la que se refiere Piñyeiro (2016), y nos transporta inevitablemente al concepto de *saberes profanos* ampliamente utilizado por Correa-Urquiza (2018). Los saberes profanos "hacen referencia a aquel conocimiento y elaboración conceptual que deriva de la experiencia subjetiva del sufrimiento psíquico/emocional/social; un saber que frecuentemente corre el riesgo de ser un "punto

ciego" para la mirada experta" (Correa-Urquiza, 2018, p. 567). Con relación a la gordofobia, los saberes profanos, en contraposición a los saberes expertos, son fundamentales para comprender la experiencia de las personas que sufren discriminación debido a su peso corporal, a la vez que son una fuente valiosa de conocimiento que complementa las perspectivas académicas y ayuda a comprender la complejidad de esta forma de discriminación.

La Violencia Simbólica

Cabe destacar también dentro de este apartado, la violencia simbólica. En mayor o menor medida, la mayoría de las participantes en la investigación narraron algún comentario discriminatorio, sobre todo comentarios y afirmaciones despectivos, atribuciones caracteriales y de personalidad como pereza, gula o falta de voluntad y motivación, faltas de respeto, miradas acusatorias, entre otros. Galiey (2021) explica que la violencia simbólica se manifiesta haciendo que las personas gordas se sientan fuera de lugar, ansiosas, incómodas y avergonzadas, hasta el punto de que los dominados, a menudo sin saberlo, contribuyen a su propia dominación aceptando tácitamente los límites que se les imponen, lo que a menudo se expresa como vergüenza, timidez y ansiedad, llegando incluso a mostrar una "identidad deteriorada"[7] (Goffman, 1963; citado en Gailey, 2021). Durante la investigación se recogió una categoría *emic* que hace referencia a esta identidad deteriorada, a la que la informante clave llamaba "*la gorda del estigma*":

> "Hay un patrón de conducta que es 'la gorda del estigma'. Es acabar convirtiéndose en lo que estigmatizas, porque tus referentes son estos, ¿no? Entonces, si las personas gordas no son sanas y yo no estoy sana y no soy superfuerte, es que estoy dando a entender que, efectivamente, soy eso que no me gusta que se me relacione, ¿no? [...]. Por ejemplo "las gordas no tienen que ir a la playa". Tú quizás ibas siempre a la playa, pero si el 'tú no tienes un cuerpo

[7] Goffman sugiere que cuando una persona tiene una característica o atributo que es considerado socialmente estigmatizante (como una discapacidad, una condición médica, orientación sexual no normativa, etc.), puede experimentar una "identidad deteriorada". Esto implica que la persona se percibe a sí misma de manera negativa debido a la manera en que la sociedad la percibe y la trata (Goffman, 1995).

> Bikini' y no tienes un cuerpo bikini, pues al final no vas.... Y te acabas convirtiendo en la gorda del estigma que no va a la playa. Y confirmas que las gordas no van a la playa. 'Yo no voy, aunque fuera antes'" (Alicia, activista antigordofobia)

Esta moralidad que se encarna a menudo en forma de violencia simbólica nos remite por un lado a lo que Janet Shim llamó *capital cultural en salud*[8], y por otro, a la metáfora bélica de la lucha contra la epidemia mundial de la obesidad, alertando a la población de los riesgos mortales de sobrepasar un peso normal (Cooper, 2010; Gailey, 2021; Gracia-Arnaiz et al., 2012). Algunos de los siguientes fragmentos hacían referencia a estas cuestiones:

> "Diarreas crónicas desde cría, hierro por los suelos. Ni una sola prueba… me llegaron a decir "mejor si tienes diarreas, a ver si por lo menos adelgazas"" (Mamen, WeLoverSize).

> "En una de esas me llevan a un pediatra por otro problema y delante de mí, le dijo a mi madre que, ya que estábamos allí, me iba a mandar una dieta sin embutidos, porque no podía ser que una niña pequeña estuviera tan gorda, que iba a crecer mal, y que se acabaron los chorizos y las patatas fritas. Estuve toda la cita aguantándome las ganas de llorar, porque yo no comía prácticamente nunca de eso." (Lorena, WeLoverSize).

> "Me tenían que poner una vía para hacerme una colonoscopia y me dice la enfermera que como estoy gorda no me encuentra las venas. Lo curioso es que a la chica que estaba a mi lado, super delgada, tampoco se las encontró" (Ester, WeLoverSize).

Un ámbito donde la gordofobia médica se cruza con la discriminación de género de manera especialmente violenta es el de la salud reproductiva. Las mujeres gordas a

[8] Se define el capital cultural en salud como el repertorio de habilidades culturales, competencias verbales y no verbales, actitudes y comportamientos, y estilos de interacción, cultivados tanto por pacientes como por médicos que, cuando se implementan, pueden resultar en relaciones de atención médica óptimas (Shim, 2010).

menudo enfrentan barreras para acceder a tratamientos de fertilidad, se les insta a perder peso antes de un embarazo y se les responsabiliza en exceso de posibles complicaciones obstétricas, sin que existan necesariamente datos que respalden estas afirmaciones en todos los casos. Esta discriminación puede considerarse una forma de violencia obstétrica, ya que limita su autonomía reproductiva y refuerza la patologización del cuerpo gordo. En este caso, la literatura también aporta evidencia en relación a la discriminación que sufren las personas con corporalidades gordas en el ámbito de ginecología, como por ejemplo la autoetnografía de Jennifer Lee (2020) donde habla sobre los supuestos médicos y culturales de la capacidad de una mujer gorda para concebir políticas médicas opresivas, como cuánto peso "debería" ganar una mujer durante el embarazo y qué "debería" comer según las directrices médicas; o narrando experiencias propias donde se ha leído su cuerpo gordo como estéril, incapaz y excesivo. Algunas narrativas de las participantes también mostraban la intersección entre cuerpo gordo, salud y embarazo:

> “Cita con ginecólogo por un mioma. Me indica, muy amablemente, que los niveles de grasa corporal favorecen el crecimiento de miomas, lo cual entiendo. Palabras de la auxiliar o la enfermera (no estoy segura de su puesto): hay que dejar de comer dulces (con gesto manual incluido)” (Dalila, WeLoverSize).

> “Hace 8 meses fui a la unidad de fertilidad. Por edad, en ese momento 38 años, me recomendaban una FIV que no me hacen hasta que no adelgace 25 kilos, llevo 15. Sólo han mirado mi peso, mis analíticas están perfectas, no tengo ovarios poliquísticos. Mi marido tiene bajos los niveles de esperma, aunque con gran movilidad, algo bueno para la FIV según el urólogo. Y digo yo, ¿no puede ser que no me quede embarazada por los bajos niveles de esperma de mi marido y no porque yo estoy gorda? No se lo plantean. Lo irónico de todo esto es que no me hacen una reducción de estómago por la SS porque estoy muy sana, pero no lo estoy para una FIV. De todos los médicos por los que he pasado a lo largo de mi vida creo que los más gordofóbicos son los de fertilidad, te ven gorda y ya no sé plantean otros factores de infertilidad” (Aida, WeLoverSize).

> “En esta consulta última he engordado 2,5 kilos desde que empezó mi embarazo. [...] En esa consulta me pone los cables para oír el latido fetal. Me indica que todo está perfecto y a continuación me verbaliza que a partir de esta semana tendría que comenzar a sentirlo, pero con la capa de grasa abdominal que poseo por mi peso igual hasta la semana 22 no noto nada” (Estela, WeLoverSize).

Te lo digo por tu Salud

Dentro de esta categoría emergieron otras subcategorías que relacionan en mayor o menor medida un peso elevado con enfermedad, y las consecuencias que se derivan de este reduccionismo.

Pesocentrismo

El pesocentrismo es uno de los grandes caballos de batalla del movimiento antigordofobia. Se trata de un enfoque reduccionista que concibe el peso como un indicador suficiente para segregar entre personas "sanas" y "enfermas", sin detenerse a considerar otros aspectos que hacen referencia a la salud integral. Es una mirada simplista y estigmatizante (Mancuso, 2021, p. 13), que se manifiesta a menudo tanto con lenguaje verbal como no verbal a través de burlas, insultos, estereotipos, adjetivos despectivos, lenguaje peyorativo, entre otros (Lema, 2022). Los resultados de la investigación aportaban experiencias en primera persona que van en esta dirección, mostrando cómo la mayoría de las veces se atribuía al peso como factor causal de cualquier dolencia de las participantes:

> “Lo primero que me ha dicho es que cuánto peso, la he contestado que no me peso hace años y que es algo que no quiero saber. Insistía en si había engordado, la he respondido que me veo igual y me ha llevado a pesar, la he repetido que es algo que no quiero saber y aun así me ha dicho el peso. Me ha llevado a consulta y me ha dicho que claro todo esto es debido a mi peso, la he comentado que tengo lipedema en las piernas. Ha pasado de mi cara y me ha dicho que claro si estoy cobrando la baja y todo esto viene del peso y la he

preguntado ¿y no puede venir también de trabajar 14 y 15 horas de pie? Ha contestado que dentro de los estándares médicos es el problema" (Rosa, WeLoversize)

"Aquí viene mi enfadado, rabia e impotencia cuando llego a la consulta y lo único que me dice sin hacerme ninguna prueba, es que tengo que bajar de peso y entonces no tendré problema de respiración. He salido aguantando las lágrimas porque es que le pedí que mirase por si fuera algo más y se negó. Tanto ella como la enfermera que le daba la razón porque esto ya lo han visto muchas veces y es perder el tiempo y tienen más pacientes" (Maria, WeLoverSize)

"Resulta que tenía una mutación genética que provoca los abortos y no tiene nada que ver con la gordura y el sobrepeso" (Carmele, WeLoverSize)

"Médicamente se basan en percentiles. Estás por encima o por debajo de la media. Únicamente es eso. O sea, es índice de masa corporal, únicamente, el que se ha utilidad para medir" (Alicia, activista antigordofobia)

"Que te digan que te duele el pie por sobrepeso… Me había pasado encima del pie un carro metálico de media tonelada… Pues que eso es del peso… Al día siguiente, a urgencias de otro hospital… Rayos y fractura de metatarso… pero es el peso oigan… Bueno, en mi caso si era el peso…el del mamotreto que me dejó baldada…" (Angela, WeLoverSize)

Las estrategias tradicionales con relación al tratamiento de la obesidad y el sobrepeso han girado históricamente en la creencia de que la pérdida del exceso de peso repercutirá de forma directa en el estado de salud de la persona, y que cualquiera que lo desee lo puede conseguir a través del ejercicio físico y la dieta (Lema, 2022). Lejos de esto, la evidencia muestra que un cuerpo delgado no siempre es sinónimo de salud, y que a veces perder peso puede ocasionar efectos rebote, o incluso incrementar el riesgo de enfermedad (Bacon & Aphramor, 2011; Lema, 2022). Algunas experiencias de las participantes iban también en esta línea, como las narrada por Alicia:

"Digo que, muchas veces si unos hábitos saludables no hacen que mi cuerpo sea delgado porque de manera natural no lo es, acabaré teniendo hábitos poco saludables porque las restricciones no son saludables. Es diferente que me digas "tienes alergia al gluten", pues el gluten elimínalo, ¿vale? ¿Pero algo que realmente dañe mi salud? Estoy alterando mi metabolismo por otros lados y eso no se tiene en cuenta a nivel de salud".

"Y después, que no hay patologías que sean exclusivas de la gente gorda. O sea, una persona delgada también tiene ciática. Entonces, ¿por qué la responsabilidad de tenerla o no en un cuerpo gordo me la ponen a mí y en una persona delgada, le darán un tratamiento normal y corriente sin juzgarla, teniendo las dos personas ciáticas, ¿no?".

"No siempre está en tus manos qué cuerpo tienes. De hecho, las personas que hacen dietas restrictivas para adelgazar, en el 95% fallan a largo plazo, hacen efecto rebote y engordan más cada vez. Entonces, quizás no se trata de una dieta y de perder peso, sino de mirar que los hábitos pues sean lo más saludables posibles te engordes o no".

De hecho, desde las corrientes antigordofobia, se apuesta por una eliminación de medidas como el Índice de Masa Corporal como medidor de salud (Cooper, 2010), ya que este indicador relaciona el peso con la talla, obviando el músculo, lo que ocasiona que a menudo personas deportistas sean etiquetadas con sobrepeso por este índice, sin tener en cuenta la corporalidad y/o el estilo de vida de los cuerpos (Contrera, 2019; citado en Castro Fernández, 2023). Además, hay que tener en cuenta que la salud no siempre se correlaciona directamente con el peso, y el hecho de que todavía haya profesionales que tengan esta mirada se vuelve preocupante y peligroso, ya que genera prácticas y discursos que, a través de la patologización del cuerpo, perpetúan el estigma social (Bernier, 2020; Crimer et al., 2023).

Repercusiones emocionales

En cuanto a las repercusiones emocionales, las participantes exponían a través de sus narrativas el fuerte impacto que tiene la gordofobia médica en su bienestar emocional, no sólo generando sentimientos negativos como la vergüenza y la culpa, sino llegando incluso a desencadenar trastornos de la conducta alimentaria. La literatura también aporta argumentos en la línea de los resultados obtenidos. En este sentido las repercusiones emocionales en las participantes fueron también diversas:

> "Entonces, por mucho que hubiera hecho dietas con los endocrinos, dietistas, siempre llevadas por los médicos, pues yo veía que no era suficiente, y eso desencadenó en que yo me lo tomara aún más exigente, y derivara en trastornos de conducta alimentaria (Alicia, activista antigordofobia)

> “[...] y aun así se empeñaban en hacerme pasar por la báscula, aunque les dijera que había tenido un TCA y que ya lo había tratado, pero que subirme en la báscula me hacía pasarlo mal” (Macarena, WeLoverSize)

> "Sí conseguía perder peso, pero no mantener un peso bajo. Y cuando lo conseguía, entonces hacía atracones" (Alicia, activista antigordofobia)

> "Esto también está muy cargado de vergüenza, porque te sientes muy avergonzada y fracasada al haber intentado tantas veces adelgazar y no conseguirlo, o.... o de que tu primera carta de presentación sea tan evidente y juzgable, pues genera mucha vergüenza" (Alicia, activista antigordofobia)

Autores como Phelan et al. (2015) ya ponían de manifiesto que el trato discriminatorio recibido por parte de los sanitarios puede causar en las personas con sobrepeso u obesidad baja autoestima, depresión y mala calidad de vida. En este sentido, cabe destacar que las dietas, si no son personalizadas, a menudo tienen un gran efecto rebote, y que muchas veces pueden causar trastornos alimentarios como anorexia, posibles atracones y aumento de peso en el futuro (Gracia-Arnaiz, 2015; Gracia-Arnaiz et al., 2012; Lee, 2020).

Consecuencias en la práctica asistencial

En base a las narrativas analizadas, las consecuencias en la práctica asistencial abordaban varios subtemas como el abandono de los sistemas de salud o el miedo a ir al médico; y los errores y retrasos en los diagnósticos. Estas experiencias de mala praxis médica estaban también muy presentes en las narrativas de las participantes:

> "He dejado de ir al médico porque ya sé que lo único que me van a decir es que todo me pasa por estar gorda" (Asunta, WeLoverSize).

> "[…] Me plantó una dieta genérica impresa en la cara y me dijo que debía salir todos los días a andar una horita y que volviera a pedir cita en un mes. Me quedé a cuadros, cuando salí de ahí me sentí un caso perdido y por supuesto no volví jamás" (Laia, WeLoverSize).

> "No voy al médico si no es estrictamente necesario. Que yo recuerde solo he sufrido gordofobia una vez y me di cuenta ya pasado el tiempo, porque daba por sentado que el estar gorda daba derecho a los demás a juzgarme e incluso insultarme" (Encarna, WeLoverSize).

Los errores y los retrasos en los diagnósticos, así como experiencias de mala praxis médica estaban también muy presentes en las narrativas de las participantes:

> "Bueno pues seguí insistiendo (y cambiando de gine) y me han encontrado una tiroiditis de Hashimoto que ha derivado en hipotiroidismo y que tengo la tiroides super afectada y, esto dicho por la doctora que me lo lleva, no estaría tan mal y no necesitaría medicación de por vida se me lo hubieran mirado antes" (MªCarmen, WeLoverSize)

> "[…] y sin verla ni tocarla, le decían que eso era un quiste de grasa, que, si adelgazaba, se le iría. Se operó de baipás gástrico, se quedó en 60kg, sin apenas pecho, pero el bulto seguía ahí, puede que incluso más grande, y volvió al médico. [...] Claro, ya no le podían decir que era por gorda, pero le comentaron que quizás al adelgazar tanto seguía siendo bulto de grasa. Insistió, se quejó y

amenazó con poner una demanda, ahí entonces la mandaron a hacer una mamografía y demás. Cáncer, muy avanzado además y agresivo. Tuvieron que operarla casi urgentemente, extirparle ambos pechos y claro, también ponerle las pertinentes prótesis. Todo, por no hacerle caso la primera vez que fue a comentarlo con ese bultito del tamaño de un garbanzo, que acabó siendo una pelota de golf, todo porque estaba gorda. Está viva, puede contarlo, pero ¿cuántas personas no son diagnosticadas de enfermedades graves simplemente porque a ojos de los médicos todo pasa por gordos?" (Clara, WeLoverSize)

"Aquí una que se preguntaba toda la vida que le daban palpitaciones en gimnasia, luego alguna cosa más y todo eso me pasaba por gorda y ahora mismo estoy a poco de operarme a corazón abierto por un CIA en la vena cava" (Rosanna, WeLoverSize)

Estas actitudes pueden afectar la atención que se dispensa a este colectivo, causando errores y mala praxis (Piñeyro, 2020); al mismo tiempo que las experiencias negativas de mal trato pueden provocar conductas evitativas de los servicios médicos, desconfianza en los profesionales de salud y poca adherencia entre los usuarios con obesidad (Čadek et al., 2023; Lee, 2020). De hecho, la literatura también evidencia que algunas personas con obesidad a menudo evitan programar citas de control dentro del ámbito de la atención primaria debido al sesgo de peso percibido y el estigma por parte del personal sanitario (Fruh et al., 2021), sugiriendo la necesidad de intervenir en este ámbito con el fin de cambiar estas dinámicas.

Resistencias y disidencias

Esta categoría emergió como consecuencia del Tripartito Gordofóbico. Los resultados a partir del análisis de las narrativas mostraban cómo las participantes articulan a menudo mecanismos de resistencia para hacer frente a la discriminación y a la gordofobia médica. Si bien los itinerarios terapéuticos alternativos para evitar la violencia simbólica biomédica no han aparecido en las narrativas, cabe destacar que algunas participantes

optaban por la autoatención o incluso la no atención como itinerarios alternativos como se ha expuesto anteriormente en relación con el abandono de los sistemas de salud.

En este sentido, el activismo antigordofóbico se erige como un gran mecanismo de resistencia para combatir la gordofobia en el ámbito médico y para legitimar los discursos de las personas grasas cuando acuden a consulta:

> "De hecho en los colectivos gordos, una de las cosas que se habla es de crear *red,* por si alguien necesita ir acompañada de alguna amiga gorda porque... lo que nos pasa también es que es que muchas veces... nosotras mismas hemos caído históricamente en "voy con mi amiga delgada que ella tendrá más credibilidad". Porque sientes cuestionado tu discurso sobre tus hábitos, ¿sabes? Entonces, muchas veces buscas que alguien de tu entorno, preferiblemente delgado, lo valide. Y al final, en cuestión de activismo y de movimiento, se está intentando que sea entre nosotras" (Alicia, activista antigordofobia)

Estas narrativas van en consonancia con conceptos clave del activismo antigordofobia como son el de *gordoridad* o hermandad entre gordas (derivado del concepto feminista de *sororidad*), como mecanismo para compartir las experiencias individuales de gordofobia y convertirlas en políticas; y el empoderamiento *gordo*, que consiste en tomar conciencia del propio poder y legitimar tanto las voces como los cuerpos (Piñeyro, 2019). Esta gordoridad es vista por algunas autoras como un auténtico salvavidas a la hora de apoyar a las mujeres gordas para navegar dentro de la gordofobia médica, a la vez que se alinean perfectamente con movimientos como el de Salud en Todas las Tallas o HAES[9] (Kost & Jamie, 2023). De hecho, estos conceptos forman parte de la mayoría de "movimientos sociales que pretenden subvertir paradigmas normativos cuestionando no sólo la responsabilidad individual del peso corporal, sino también los cánones de belleza y la definición de enfermedad" (Casadó-Marín & Gracia-Arnaiz, 2020, p. 2). Estos movimientos han traspasado hoy en día los dominios reales permeando en el mundo

[9] El movimiento Health at Every Size (HAES) rechaza el peso como indicador de la salud y aboga por un tratamiento sanitario justo y respetuoso de las personas grasas (Kost & Jamie, 2023)

virtual bajo la forma de la *Fathosphere*, comunidades digitales antigordofobia donde se difunden sus acciones políticas si sus reivindicaciones. Ya sea a través de blogs o de redes sociales, desde estos nuevos medios no sólo se combate el estigma de peso, sino que se convierten también en espacios de demanda y aceptación de la diversidad corporal y de otras formas de entender los hábitos saludables.

Conclusiones

La gordofobia médica tiene un claro impacto en la vida de las personas gordas. Tal y como muestran los resultados obtenidos a partir del análisis de las narrativas y experiencias de personas gordas, estas consecuencias tienen un impacto negativo tanto en su bienestar físico como en el bienestar emocional, y tienen que ver principalmente con cuestiones estéticas, morales y sanitarias.

Los resultados han permitido identificar las manifestaciones de gordofobia médica que sufren las personas con cuerpos grandes dentro del ámbito asistencial de la salud. Estas manifestaciones adoptan varias formas, siendo una de las más características la discriminación y la estigmatización de las personas gordas que acuden a consulta, acciones que se pueden llegar a considerar incluso violencia simbólica y que ponen de manifiesto el papel que juega el biopoder en el discurso hegemónico contemporáneo sobre la obesidad. Estas actitudes discriminatorias tienen que ver principalmente con comentarios discriminatorios y despectivos, atribuciones caracteriales y de personalidad como pereza, gula, falta de voluntad y motivación, faltas de respeto o miradas acusatorias, justificadas erróneamente por el pesocentrismo y en defensa de la salud. Además, la mayoría de las veces se reduce todo a una mera cuestión de responsabilidad individual, dejando fuera de juego otros determinantes sociales de la salud que intervienen en la génesis de la obesidad.

El impacto a nivel físico de la gordofobia médica en las personas grasas tiene que ver principalmente con errores y retrasos en el diagnóstico, poniendo incluso algunas veces en un riesgo vital a la persona, constituyendo desde el punto de vista médico una negligencia o una mala praxis. En cuanto al impacto emocional, las conductas gordofóbicas favorecen sentimientos negativos como la culpa y la vergüenza, disminuyen la autoestima y pueden llegar a ser precursoras de trastornos de la conducta alimentaria.

Los discursos hegemónicos y opresivos con relación al peso encuentran no sólo reticencias, sino también resistencias de la mano de movimientos disidentes y activistas antigordofobia que tienen como principales objetivos la visibilización de los cuerpos

grandes, la denuncia de conductas gordofobicas, el empoderamiento colectivo y la difusión de contenidos antigordofóbicos.

En conclusión, la investigación apunta a que las personas consideradas en este análisis están sometidas al Tripartito Gordofóbico, siendo más destacado el factor sanitario, encarnado bajo el concepto de gordofobia médica. Pese al crecimiento de la gordofobia médica como corpus teórico, sigue existiendo un cierto vacío de conocimiento en esta área, por lo que esta investigación puede contribuir a llenar este vacío, a la vez que enfatiza también la importancia de incorporar el enfoque cualitativo y la experiencia subjetiva, ya que ésta puede convertirse en una fuente privilegiada de conocimiento que habitualmente no está al alcance de los profesionales sanitarios con el fin de disminuir las conductas discriminatorias.

Referencias

Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, *10*(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-9/

Bernier, E. (2020). *Grosse, et alors ? Connaître et combattre la grossophobie*. Marabout.

Čadek, M., Täuber, S., Lawrence, B. J., & Flint, S. W. (2023). Effect of health-care professionals' weight status on patient satisfaction and recalled advice: a prospective cohort study. *eClinicalMedicine*, *57*, 101855. https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2023.101855

Casadó-Marín, L., & Gracia-Arnaiz, M. (2020). "I'm fat and proud of it": Body size diversity and fat acceptance activism in Spain. *Fat Studies*, *9*(1), 51-70. https://doi.org/10.1080/21604851.2019.1648994

Castro Fernández, E. (2023). *Gordofobia médica: vivencias, violencias y resistencias*. https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/202470

Cohen, R., & Shikora, S. (2020). Fighting Weight Bias and Obesity Stigma: a Call for Action. *Obesity Surgery*, *30*(5), 1623-1624. https://doi.org/10.1007/S11695-020-04525-0

Cooper, C. (2010). Fat Studies: Mapping the Field. *Sociology Compass*, *4*(12), 1020-1034. https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00336.x

Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *38*(134), 567-585. https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200012

Crimer, N., Camoirano, J., & Sasso, A. Lo. (2023). Obesidad: alternativas al paradigma pesocéntrico y patologizante. Primera entrega. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, *26*(3), e007088-e007088. https://doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V26I4.7088

Fernández Fernández J. M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, *18*, 7-31. https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110007A

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.

Fruh, S. M., Graves, R. J., Hauff, C., Williams, S. G., & Hall, H. R. (2021). Weight Bias and Stigma: Impact on Health. *The Nursing Clinics of North America*, *56*(4), 479. https://doi.org/10.1016/J.CNUR.2021.07.001

Gailey, J. A. (2022). The Violence of Fat Hatred in the "Obesity Epidemic" Discourse. *Humanity & Society*, 46(2), 359-380. https://doi.org/10.1177/0160597621995501

Goffman, E. (1995). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrourtu.

Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, *49*(3), 236-242. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000300009&lng=es&tlng=.

Gracia-Arnaiz, M. (2015). *Comemos lo que somos. Reflexiones sobre cuerpo, género y salud*. Icaria.

Gracia-Arnaiz, M., Arenas, M., Comelles, J. M., García, M., Ledo, J., Maldonado, M. L., & Monserrat-Mas, M. A. (2012). *Pobres joves grassos. Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya*. Publicacions URV.

Kost, C., & Jamie, K. (2023). "It has literally been a lifesaver": the role of "knowing kinship" in supporting fat women to navigate medical fatphobia. *Fat Studies*, *12*(2), 311-324. https://doi.org/10.1080/21604851.2022.2041295

Lee, J. (2020). "You will face discrimination": Fatness, motherhood, and the medical profession. *Fat Studies*, *9*(1), 1-16. https://doi.org/10.1080/21604851.2019.1595289

Lema, R. (2022). Intervenciones no pesocentristas y principios de salud en todas las tallas en el abordaje del sobrepeso y la obesidad. Revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, *5*(3). https://doi.org/10.35454/rncm.v5n3.384

Mancuso, L. , Longhi. B. , Pérez. M.G. , Majul. A. , Almeida. E. , & Carignani. L. (2021). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Inclusive*, *4*(2), 12-16. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/inadi-revista-inclusive-n4.pdf

Nath, R. (2019). The injustice of fat stigma. *Bioethics*, *33*(5), 577-590. https://doi.org/10.1111/BIOE.12560

Navajas-Pertegás, N. (2021). «Deberías adelgazar, te lo digo porque te quiero»: reflexiones autoetnográficas sobre la gordura. *Athenea Digital. Revista De Pensamiento e Investigación Social*, *21*(1), e-2434. https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2434

Navajas-Pertegás, N. (2023). *Vivir siendo gordas: una exploración feminista sobre experiencias encorporadas de la gordura* (Doctoral dissertation, Universitat de València).

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. https://doi.org/10.1111/OBR.12266

Piñeyro, M. (2016). *Stop gordofobia y las panzas subversas*. Zambra iniciativas sociales.

Piñeyro, M. (2019). *10 gritos contra la gordofobia*. Vergara.

Piñeyro, M. (2020). *Guía básica sobre gordofobia*. www.gobiernodecanarias.org/icigualdad

Shim, J. K. (2010). Cultural Health Capital. *Journal of Health and Social Behavior*, *51*(1), 1-15. https://doi.org/10.1177/0022146509361185