

# Más allá de la balanza: Repensando la salud en un contexto de pesocentrismo

## *Beyond the scale: Rethinking health in a weight-centered context*

Fernando Hernández-Leonardo\* , Damaris Ivonne Román Rivera 

Programa doctoral en Ciencia del Comportamiento con orientación en Alimentación y Nutrición, Instituto de Investigaciones en Comportamiento Alimentario y Nutrición (IICAN), Universidad de Guadalajara, México.

\*Autor de correspondencia: Av. Enrique Arreola Silva No. 883, 49000, Ciudad Guzmán, Jalisco, México, fernando.hernandez9459@alumnos.udg.mx

### Perspectiva

### Resumen

El pesocentrismo se refiere a la excesiva atención y valoración del peso corporal como indicador principal de salud y bienestar. Esta perspectiva puede llevar a la estigmatización de las personas con sobrepeso u obesidad y a enfoques reduccionistas de la salud que ignoran factores importantes como la alimentación balanceada, la actividad física y el bienestar emocional. Los profesionales de la salud desempeñan un papel crucial en este contexto. Estudios han evidenciado que algunos muestran prejuicios hacia pacientes con sobrepeso, lo que puede traducirse en diagnósticos incompletos, menor tiempo de consulta o recomendaciones centradas exclusivamente en la pérdida de peso, sin abordar otros determinantes de salud. Estas actitudes no solo deterioran la calidad de la atención, sino que también desincentivan a los pacientes a buscar ayuda médica, perpetuando problemas de salud física y emocional. El hambre y la saciedad son mecanismos biológicos que regulan la ingesta de alimentos. Estos procesos están influenciados por factores como las hormonas (grelina y leptina), el entorno, el estado emocional y los hábitos alimentarios. Sin embargo, el enfoque pesocéntrico puede llevar a ignorar estas señales naturales, promoviendo dietas restrictivas que contribuyen a trastornos alimentarios y una relación disfuncional con la comida. Por ello, el control de peso debe centrarse en estrategias sostenibles y holísticas que incluyan la nutrición, la actividad física y el bienestar mental, más allá de la obsesión por un número en la balanza. Promover hábitos saludables y aceptar la diversidad corporal son enfoques más efectivos y éticos para mejorar la calidad de vida y la salud general. El objetivo de esta perspectiva es reflexionar sobre esta problemática, poniendo en valor el papel integral de la alimentación y de la atención médica basada en el respeto y la equidad.

**Palabras clave:** pesocentrismo, gordofobia, hambre, saciedad

### Abstract

A weight-centered approach refers to the excessive focus on body weight as the primary indicator of health and well-being. This perspective often leads to the stigmatization of individuals with overweight or obesity and to reductive health approaches that neglect other critical factors such as balanced nutrition, physical activity, and emotional well-being. Healthcare professionals play a pivotal role in this dynamic. Studies have shown that some may harbor biases against patients with higher body weights, leading to incomplete diagnoses, reduced consultation time, or recommendations solely focused on weight loss, overlooking other health determinants. Such attitudes can diminish the quality of care and discourage patients from seeking medical help, exacerbating physical and mental health issues. Hunger and satiety are biological mechanisms that regulate food intake. These processes are influenced by factors such as hormones (ghrelin and leptin), environment, emotional state, and dietary habits. However, a weight-centered approach can undermine these natural cues, promoting restrictive diets that contribute to eating disorders and dysfunctional relationships with food. Consequently, weight management strategies should prioritize sustainable and holistic approaches encompassing nutrition, physical activity, and mental well-being, rather than fixating on achieving a specific number on the scale. Promoting healthy habits and embracing body diversity are more effective and ethical ways to enhance overall health and quality of life. This perspective aims to reflect on these issues, highlighting the integral role of nutrition and advocating for respectful and equitable healthcare practices.

**Keywords:** weight-centered approach, fatphobia, hunger, satiety

**Recibido:** 24-05-2024

**Aceptado:** 18-12-2024

Volumen 4, núm. 8

Enero - Junio de 2025

<https://doi.org/10.32870/jbf.v4i8.62>

v4i8.62



**Copyright:** © 2024 by the authors. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

## Introducción

El pesocentrismo hace referencia a la tendencia de otorgar gran importancia al peso corporal como indicador principal de la valía personal y salud, afectando tanto a nivel individual como social. El pesocentrismo se manifiesta de diversas formas: como la idealización de un cuerpo delgado como un único aceptable, la estigmatización de personas con sobrepeso u obesidad y la promoción de estándares de belleza poco realistas. Dicha obsesión con el peso corporal puede tener consecuencias negativas significativas a nivel individual y el pesocentrismo puede contribuir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, así como problemas de autoestima, ansiedad y depresión, relacionados con la imagen corporal, mientras que a nivel social puede perpetuar la discriminación y el estigma hacia personas con cuerpos considerados “fuera de la norma” en términos de peso, afectando oportunidades de empleo, educación, relaciones interpersonales y atención médica adecuada (Forbes y Donovan, 2019).

Viendo el pesocentrismo como la obsesión y valoración excesiva del peso corporal como indicador de salud y valor personal, este se relaciona con la gordofobia (rechazo a los cuerpos obesos). Esta conexión se da porque el pesocentrismo refuerza la idea de que solo los cuerpos delgados son saludables y valiosos, lo que alimenta prejuicios y estigmatiza a aquellos que no se ajustan a ese ideal. Como resultado, las personas con cuerpos gordos enfrentan una desvalorización social y personal, sufriendo discriminación y exclusión en diversos ámbitos de la vida (Thille et al., 2017). Cambiar esta percepción es crucial para promover la autoestima y fomentar la cultura de salud desde un enfoque integral.

## Contextualización

En la actualidad, se critica la postura pesocentrista debido a que se presta a un enfoque reduccionista en el que el peso corporal es considerado como un indicador de salud o enfermedad, desestimando otros componentes biopsicosociales que participan activamente en la obtención o pérdida de la salud, lo que promueve la estigmatización (Lema, 2022). En términos generales, la discriminación es el mecanismo mediante el cual se clasifican a personas o grupos por alguna característica arbitraria a la que se les atribuyen cualidades de superioridad o inferioridad. Este proceso, centrado en las corporalidades, establece un modelo único y dominante que actúa como un organizador social. Este modelo dominante de normalidad es uno de los dispositivos de poder más naturalizados en nuestra sociedad. La discriminación hacia los cuerpos que no se ajustan a este modelo hegemónico puede interpretarse como uno de los efectos del disciplinamiento de los cuerpos, limitando la posibilidad de una vida libre de violencias. Esto se manifiesta a través de distintos mecanismos como la estigmatización, la violencia, la discriminación y la patologización, tanto en expresiones sociales como institucionales (Mancuso et al., 2021).

Una de las consecuencias de este modelo es la discriminación hacia las personas con cuerpos gordos. Cada cultura establece estándares de belleza que varían con el tiempo. En cuanto al peso corporal, desde la infancia se nos enseña a valorar y aspirar a la delgadez. Las definiciones médicas de “pesos normales” legitiman estos ideales culturales, promoviendo la delgadez como atributo deseable en las mujeres y la musculatura en los hombres. Además, el

énfasis en alcanzar un peso “saludable” implica que existe un rango considerado “normal” o “ideal”, lo que refuerza la exclusión y estigmatización de quienes no se ajustan a esos parámetros (Schvartzam, 2022).

El pesocentrismo ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, intensificándose como un fenómeno social y cultural influido por diversos factores, incluidos los medios de comunicación, el sistema de salud y las redes sociales. Inicialmente, este sesgo se arraigó en normas sociales que vinculaban la delgadez con la salud y el éxito. Sin embargo, se destaca su impacto negativo, como el aumento del estrés, los problemas de imagen corporal y las conductas alimentarias desordenadas. Se ha documentado que el estigma relacionado con el peso ha aumentado en prevalencia, particularmente en sociedades donde la obesidad es considerada un problema de salud pública. En este contexto, el peso se ha convertido en un marcador moral, perpetuando prejuicios y discriminación, tanto en contextos médicos como sociales (Abrams, 2022). Por ejemplo, en el ámbito de las redes sociales, se ha señalado que los algoritmos y contenidos promovidos frecuentemente refuerzan ideales problemáticos sobre el cuerpo, pero también han surgido movimientos como *Body Positivity* y *Health at Every Size* para contrarrestar estos efectos negativos y fomentar un enfoque más inclusivo (Clark et al., 2021). Además, se ha señalado que el pesocentrismo puede tener consecuencias perjudiciales tanto físicas como psicológicas, como el aumento de la ansiedad, depresión y el estrés crónico, lo que puede exacerbar problemas de salud en lugar de solucionarlos. Se ha sugerido que para reducir este sesgo se necesita un enfoque interdisciplinario que considere las perspectivas biológicas, sociales y psicológicas, además de fomentar políticas públicas y educación que combatan el estigma en todas sus formas (Nutter et al., 2024).

Dentro de las poblaciones más vulnerables se encuentran:

- Individuos con obesidad: experimentan discriminación en ámbitos como la atención médica, donde los prejuicios de los profesionales de la salud pueden influir en la calidad del tratamiento recibido. Esto incluye retrasos en la búsqueda de atención médica o evitarla por temor a ser juzgados (Puhl et al., 2021).
- Niños y adolescentes: este grupo experimenta una alta prevalencia de burlas y acoso relacionados con el peso, especialmente durante la adolescencia. Este tipo de experiencias está asociado con un mayor riesgo de desarrollar obesidad en la adultez y comportamientos alimentarios desordenados. Además, el estigma puede afectar negativamente la autoestima y el bienestar emocional de los jóvenes (Star et al., 2015).
- Mujeres: especialmente durante el embarazo y el posparto, son vulnerables al estigma de peso en los entornos de atención médica. Muchas reportan experiencias negativas, como juicios implícitos o explícitos por parte de los proveedores de atención. Estas actitudes pueden influir en su disposición a buscar atención médica, afectando tanto su bienestar físico como emocional. El estigma hacia las mujeres también se manifiesta en otras áreas, como el lugar de trabajo y los medios de comunicación, donde los estándares de belleza contribuyen a una presión constante para cumplir con ideales corporales poco realistas. Este entorno de pesocentrismo aumenta el riesgo de

internalizar estos prejuicios, lo cual está vinculado a problemas psicológicos como la baja autoestima y los trastornos alimentarios (Clark et al., 2021).

### Gordofobia

Dado que la imagen del cuerpo gordo se asocia a una categoría indeseada, aquel que no es delgado y no se ajusta al molde estético predominante carece de representaciones sociales positivas. Esto crea espacios de ausencia simbólica, despojando de valor a los individuos con cuerpos gordos y convirtiendo su figura en algo negado (Chavarriga et al., 2024).

Proveniente del inglés *fatphobia*, la gordofobia es el miedo, rechazo e intolerancia a la gordura, reflejada en distintos comportamientos o actitudes principalmente en la discriminación a personas con sobrepeso y obesidad (Allende, 2020). Esta problemática puede observarse en los trabajos, la educación, los medios de comunicación, las relaciones interpersonales, la política e incluso en el ámbito médico (Cooper Stoll et al., 2022). La gordofobia está relacionada con los trastornos de la conducta alimenticia (TCA) puesto que en la actualidad vivimos en una sociedad obsesionada con la delgadez (lo que se relaciona con la anorexia, una TCA) y con no ser gordo (Chavarriga et al., 2024).

Dentro de la comunidad científica se utiliza el término "obesidad" de manera técnica sin tener en cuenta lo que implica para una persona que se le catalogue de esta manera. Las personas que tienen este padecimiento no quieren, necesariamente, escuchar este término medicalizante (entendido como el proceso por el cual los problemas no médicos y las variaciones naturales del ser humano se definen como problemas médicos, se tratan como enfermedades y se someten a la autoridad y la influencia de los sistemas médicos; Cooper Stoll y Egner, 2021) acerca de su cuerpo. Esto puede llevar al cansancio ante las constantes sugerencias médicas relacionadas con su peso, especialmente cuando los problemas de salud se atribuyen exclusivamente a la obesidad (por ejemplo, el dolor en las articulaciones inferiores), sin considerar otros factores que contribuyen a la enfermedad (Crimer et al., 2023).

Los profesionales de la salud suelen tener bien sentadas las bases sobre las causas del proceso de salud y enfermedad; sin embargo, han sido víctimas de la internalización de mensajes pesocentristas también, en especial los profesionales de la nutrición (Tomiyama et al., 2018), lo que no solo les afecta de manera individual como personas sino que también puede afectar la calidad de atención que brindan, el cómo perciben a sus pacientes y ocasionar una interrupción sobre los posibles criterios diagnósticos así como en los tratamientos que se otorgan:

- Sesgo de diagnóstico: Los profesionales de la salud, al estar posiblemente sesgados hacia la idea de que el peso corporal es el principal indicador de salud, podrían pasar por alto otros factores importantes, como el tipo de dieta que se lleva, el ejercicio, la historia médica previa, los factores genéticos, las experiencias personales y las afecciones psicológicas y/o psiquiátricas (Mensing, 2022).
- Estereotipos y prejuicios: Además del sesgo diagnóstico, los profesionales de la salud cuya internalización del pesocentrismo se presente en el área de trabajo podrían interpretar síntomas y signos clínicos de manera errónea, así como podrían tratar a los pacientes de manera

inadecuada, resultando en una atención profesional deficiente y una falta de seguimiento adecuado (Tomiyama et al., 2018).

- Subestimación o sobreestimación de problemas de salud: Dependiendo de sesgo profesional de la salud, podría haber una repercusión directa en la subestimación o sobreestimación de determinados diagnósticos. Por ejemplo, podrían subestimarse síntomas de enfermedades metabólicas relacionadas con el metabolismo de la glucosa en pacientes delgados por que se suelen asociar mayoritariamente en casos de sobrepeso u obesidad. De igual manera podría asumirse de manera incorrecta que una persona con sobrepeso u obesidad padece un desorden metabólico relacionado con el metabolismo de la glucosa dada la sintomatología presente, sin tomar en cuenta factores sociales, personales, demográficos, e incluso otro tipo de origen a manifestación clínica que se presenta, por atribuirse exclusivamente al peso (Mensing, 2022; Tomiyama et al., 2018).
- Recomendaciones de tratamiento inapropiadas: Continuando con este mismo hilo, el tratamiento que prescriban los profesionales de la salud podría llevar a prescribir tratamientos inapropiados cuando están basados únicamente en el peso corporal como principal criterio diagnóstico en lugar de abordar adecuadamente posibles causas subyacentes (Mensing, 2022; Tomiyama et al., 2018).

Otro de los factores que han influenciado en el pesocentrismo es el Índice de Masa Corporal (IMC). En 1973, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos iniciaron conferencias para comprender el sobrepeso y la obesidad. La importancia del IMC aumentó con la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES). En 1985, NHANES II combinó prácticas de la industria de seguros con el IMC, definiendo sobrepeso y obesidad basándose en percentiles. Ese año, el Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos desarrollaron estándares de IMC para "pesos deseables" para hombres y mujeres, con valores más bajos para mujeres (en estos estudios se utilizaban casi exclusivamente personas blancas). No fue hasta 1995 que la Organización Mundial de la Salud, el USDA y el HEW definieron un IMC entre 18.5 y 24.99 como "saludable" para adultos, reconociendo la influencia de juicios morales y estéticos en las definiciones de peso ideal (Strings, 2023). El IMC se ha utilizado para respaldar iniciativas de salud pública relacionadas con el peso, con el argumento de que mejoraría la morbimortalidad y, por lo tanto, reduciría los costos sanitarios. La expectativa de vida es el principal indicador de salud empleado en las poblaciones; sin embargo, la afirmación de que esta disminuye directamente debido a un valor de IMC superior al considerado "normal" no ha sido confirmada por estudios epidemiológicos (Lema, 2022).

La evaluación de la composición corporal es una herramienta esencial para analizar la salud de manera más precisa, ya que permite diferenciar entre los componentes del peso corporal, como la masa muscular, la grasa corporal y el agua (González Jiménez, 2013). La masa muscular, en particular, desempeña un papel crucial en el metabolismo, la funcionalidad física y la prevención de enfermedades crónicas (González y Heymsfield, 2017). Sin embargo, el IMC, aunque ampliamente utilizado, tiene limitaciones importantes, ya que no distingue entre los diferentes tipos de masa corporal.

Por ejemplo, una persona puede presentar un IMC elevado debido a una alta masa muscular y un bajo porcentaje de grasa, lo que no representa un estado de obesidad, sino un perfil metabólicamente saludable (De Lorenzo et al., 2016). Este enfoque también permite identificar condiciones como la "obesidad de peso normal", en la que una persona tiene un IMC dentro del rango normal pero un porcentaje elevado de grasa corporal, especialmente grasa visceral, que está asociado con un mayor riesgo de enfermedades metabólicas como resistencia a la insulina, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2024). Este tipo de obesidad, que no es evidente al observar el peso total, resalta la importancia de evaluar tanto la cantidad como la distribución del tejido adiposo para realizar diagnósticos precisos y prevenir complicaciones a largo plazo (De Lorenzo et al., 2016).

La composición corporal es particularmente relevante en poblaciones específicas como deportistas, adultos mayores y personas que participan en programas de pérdida de peso o ganancia muscular. En los deportistas, un IMC elevado puede reflejar una alta masa muscular y no necesariamente obesidad, mientras que en los adultos mayores, un IMC normal o elevado puede ocultar una pérdida de masa muscular (sarcopenia) combinada con un aumento en la grasa corporal, lo que afecta su funcionalidad y calidad de vida (González y Heymsfield, 2017). En los programas de pérdida de peso, es fundamental monitorear que la reducción del peso provenga principalmente de la pérdida de grasa y no de masa muscular (González Jiménez, 2013). Herramientas como la bioimpedancia eléctrica, la absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) y otras técnicas avanzadas permiten evaluar con mayor precisión la composición corporal (Eraso-Checa et al., 2023). Estas mediciones no solo proporcionan una visión más completa de la salud de un individuo, sino que también sirven para diseñar intervenciones personalizadas, como programas de ejercicio enfocados en el fortalecimiento muscular y planes nutricionales adaptados a las necesidades específicas (González Jiménez, 2013).

Además, integrar el análisis de composición corporal en la práctica clínica y en las estrategias de salud pública contribuye a una atención más efectiva. Esto no solo permite diagnosticar condiciones de riesgo de manera más temprana, sino también combatir los estigmas asociados al peso corporal, promoviendo una perspectiva más científica e integral de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2024). Por ejemplo, las personas con obesidad de peso normal, que podrían pasar desapercibidas bajo los criterios tradicionales, pueden beneficiarse de intervenciones dirigidas a reducir la grasa visceral y mejorar su perfil metabólico, previniendo enfermed

### **Mecanismo de hambre, saciedad e interacciones hormonales**

La saciedad y la saciación son procesos fisiológicos clave en la regulación de la ingesta alimentaria, pero tienen significados distintos. La saciación se refiere al proceso que ocurre durante una comida y que lleva a la terminación de la ingesta, es decir, regula la cantidad consumida en un episodio alimentario específico. En contraste, la saciedad se relaciona con el periodo de tiempo entre comidas, influenciando la frecuencia con la que se siente hambre después de haber comido. Ambos fenómenos están modulados por señales hormonales, como la liberación de colecistoquinina para la saciación y de leptina

y grelina para la saciedad, además de factores físicos como la distensión gástrica (Blundell et al., 2010). Diferenciar entre estos términos es crucial para comprender los mecanismos del control del apetito y desarrollar estrategias efectivas para el manejo del peso y la prevención de la obesidad.

Por otro lado, las disfunciones en el equilibrio entre el hambre y la saciedad son factores determinantes en el desarrollo de problemas de peso y contribuyen significativamente al enfoque pesocéntrico en la salud pública y clínica. El hambre y la saciedad son procesos fisiológicos regulados principalmente por un sistema neuroendocrino complejo, que incluye hormonas como la grelina, la leptina, la insulina y la colecistoquinina (Blundell et al., 2010). Este sistema integra señales periféricas provenientes del tracto gastrointestinal, el tejido adiposo y el páncreas, con señales centrales procesadas en el hipotálamo, para mantener un equilibrio energético adecuado. Sin embargo, múltiples factores, tanto biológicos como conductuales y ambientales, pueden alterar este sistema.

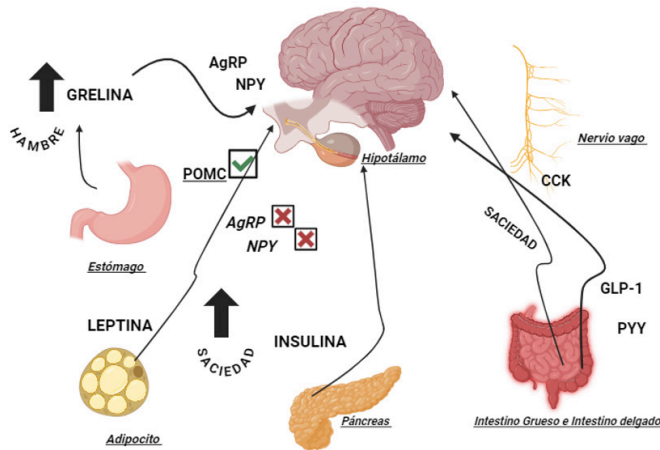
Una de las disfunciones más comunes es la resistencia a la leptina, una hormona secretada por los adipocitos que inhibe el apetito y promueve el gasto energético. En personas con obesidad, los niveles de leptina suelen estar elevados, pero su eficacia disminuye debido a la resistencia hormonal, lo que perpetúa el hambre y dificulta la regulación adecuada del peso corporal (Friedman, 2019). Por otro lado, la hiperproducción de grelina, conocida como la "hormona del hambre", puede contribuir a un aumento en la ingesta de alimentos, especialmente en contextos de restricción calórica o estrés (Cummings y Overduin, 2007).

Además, los factores psicológicos, como el estrés crónico y los trastornos emocionales, pueden desregular el equilibrio entre hambre y saciedad al incrementar los niveles de cortisol, lo que favorece el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares. Este fenómeno, conocido como "hambre emocional", exagera la disfunción en las señales fisiológicas de saciedad y refuerza patrones de ingesta no regulados (Adam y Epel, 2007). De manera similar, los factores ambientales, como la disponibilidad de alimentos ultraprocesados y altamente palatables, interfieren con las señales de saciación, promoviendo un consumo excesivo y prolongado más allá de las necesidades energéticas reales (Hall et al., 2019).

Estas disfunciones contribuyen no solo al desarrollo de obesidad y problemas de peso, sino también al enfoque pesocéntrico predominante, que prioriza el peso corporal como principal indicador de salud. Este enfoque ignora aspectos más amplios como la composición corporal, los patrones dietéticos y la funcionalidad metabólica. Por lo tanto, abordar las disfunciones en el hambre y la saciedad requiere un enfoque integral que considere las influencias biológicas, psicológicas y sociales, desafiando el paradigma para promover una salud más holística.

### **Hambre**

Para entender una de las causas de la obesidad, es necesario saber cómo se regula la ingesta alimentaria en el ser humano; a continuación, se expondrán los factores biológicos-cerebrales involucrados en este proceso, el cual depende de ciclos que alternan entre el hambre y la saciedad. Estas sensaciones se originan en el hipotálamo y están sujetas a un control neurohormonal especializado. Sin embargo, esta regulación no se limita al hipotálamo, ya que también está



**Figura 1.** Regulación del hambre y saciedad.

*Nota.* La regulación del hambre y la saciedad está mediada por hormonas orexigénicas y anorexigénicas, integradas principalmente en el núcleo arcuato del hipotálamo. Entre las hormonas orexigénicas, la grelina, producida en el estómago, estimula el hambre al activar neuronas orexigénicas que liberan neuropéptido Y (NPY) y péptido relacionado con agutí (AgRP), aumentando la ingesta calórica, con niveles que suben antes de las comidas y disminuyen después. En contraste, las hormonas anorexigénicas, como la leptina, producida por el tejido adiposo, reducen el apetito al inhibir las neuronas NPY/AgRP y estimular las neuronas de proopiomelanocortina (POMC), mientras que la insulina, secretada por el páncreas en respuesta a la glucosa, también actúa en el cerebro para disminuir el apetito. La colecistocinina (CCK), liberada por el intestino delgado tras la ingesta de grasas y proteínas, y el péptido YY (PYY), secretado por el intestino después de comer, inhiben el apetito al actuar sobre el nervio vago y reducir la actividad de las neuronas orexigénicas, respectivamente. Además, el péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), liberado por las células L del intestino en respuesta a nutrientes, promueve la saciedad y regula los niveles de glucosa en sangre. Estas señales hormonales convergen en el núcleo arcuato, donde las neuronas NPY/AgRP promueven el hambre, mientras que las neuronas POMC/CART promueven la saciedad mediante la liberación de alfa-MSH, que se une a los receptores melanocortina, determinando así el equilibrio entre el hambre y la saciedad. Figura creada en Biorrender.

influenciada por hormonas provenientes del estómago y el intestino delgado, así como por factores ambientales, como el fotoperíodo y los ritmos circadianos (Ochoa y Muñoz, 2014).

Antes de llevar a cabo la ingesta, los niveles de grelina aumentan, estimulando el hambre; una vez que comenzamos a ingerir alimentos, el organismo entra en acción para regular la cantidad de comida que consumimos y para evitar que comamos en exceso. La grelina, producida principalmente en el estómago, se libera en respuesta a la falta de alimento. Cuando el estómago está vacío, los niveles de grelina en la sangre aumentan. Esta hormona viaja a través del torrente sanguíneo y alcanza el cerebro, donde atraviesa la barrera hematoencefálica y llega al hipotálamo a receptores específicos llamados receptores de grelina (GHS-R, del inglés *Growth Hormone Secretagogue Receptor*); dicha unión de la grelina a sus receptores en el núcleo arcuato activa dos tipos de neuronas clave:

1. Neuronas que expresan Neuropeptido Y (NPY): Estas neuronas, al ser estimuladas por la ghrelina, liberan NPY. El NPY es uno de los neurotransmisores más potentes para estimular el apetito. Actúa en otras áreas del cerebro para aumentar el deseo de comer y disminuir el gasto de energía.
2. Neuronas que expresan la Proteína Relacionada con Agouti (AgRP): Estas neuronas también son activadas por la grelina y liberan AgRP. El AgRP es un antagonista de los receptores de melanocortina, que son cruciales para la regulación del apetito. Al inhibir estos receptores, el AgRP reduce las señales que promueven la saciedad y aumenta el deseo de comer.

La activación de las neuronas NPY/AgRP lleva a la liberación de estos neurotransmisores en otras partes del hipotálamo, como el núcleo paraventricular (PVN) y el área lateral del hipotálamo (LHA). Estas áreas del cerebro son cruciales para la integración de señales de hambre y saciedad (Champe et al., 2006; Hernández, 2010; Peralta, 2012; Raymond y Morrow, 2021).

### Saciedad

El concepto de saciedad varía según cada investigador y el enfoque de sus estudios. Un ejemplo común es definirla como la eliminación del estímulo de comer y su cese al consumo (Díaz et al., 2011). Después de una comida, la insulina se libera en respuesta al aumento de la glucosa en sangre, mientras que la leptina informa al cerebro sobre las reservas de energía a largo plazo, contribuyendo a regular el apetito de manera continua. Durante la comida, varios mecanismos hormonales se activan para inducir la saciedad. Tres hormonas clave en este proceso son la colecistoquinina (CCK), el péptido YY (PYY) y el glucagón-parecido al peptideo-1 (GLP-1).

1. Colecistoquinina (CCK): Producida en el intestino delgado en respuesta a la presencia de grasas y proteínas en el estómago, la CCK ayuda a ralentizar el vaciamiento gástrico, lo que prolonga la digestión y absorción de los nutrientes. Además, envía señales al cerebro a través del nervio vago, promoviendo la sensación de saciedad.
2. Péptido YY (PYY): Esta hormona se libera desde las células L del intestino grueso y delgado después de comer, especialmente en respuesta a las calorías provenientes de las grasas y los carbohidratos. El PYY actúa sobre el sistema nervioso central para reducir el apetito y prolongar la sensación de saciedad.
3. Glucagón como el peptideo-1 (GLP-1): Similar al PYY, el GLP-1 se libera en el intestino en respuesta a la ingesta de alimentos. Además de promover la saciedad, el GLP-1 mejora la liberación de insulina en respuesta a la glucosa, ayudando a regular los niveles de azúcar en la sangre.

Este equilibrio hormonal es esencial para mantener un peso corporal saludable y una alimentación adecuada. Disfunciones en este sistema pueden llevar a trastornos alimentarios y problemas de peso (Champe et al., 2006; Hernández, 2010; Peralta, 2012; Raymond y Morrow, 2021).

### Reflexiones y conclusiones

Los profesionales de la salud podrían promover la capacitación en temas como diversidad corporal, sesgo implícito y cómo evitar el pesocentrismo en la práctica clínica. Esto podría lograrse mediante talleres, cursos de educación continua y materiales educativos sobre el tema. En lugar de centrarse únicamente en el peso corporal, los profesionales podrían adoptar un enfoque más integral que evalúe factores y parámetros de salud sin juicios previos relacionados con el peso corporal.

El uso del lenguaje y comunicación inclusiva podría contribuir a reducir o evitar la estigmatización en los espacios médico-nutricionales. Esto implica evitar términos como "gordo" o "flaco", "obeso" o "desnutrido", los cuales pueden tener connotaciones peyorativas.

Además, los profesionales de la salud deberían promover la aceptación del cuerpo y el fortalecimiento del autoestima, elogiando comportamientos saludables, y animando a los pacientes a valorar su salud en más vertientes que solo el peso

o aspecto físico. Es fundamental recordar a los profesionales de la salud que el tratamiento debe basarse en evidencia científica y no en suposiciones personales o estereotipos relacionados con el peso, ya que esto permitiría abordar de manera más efectiva las necesidades individuales de los pacientes. Además, es importante señalar que algunas de las consecuencias del modelo tradicional pesocentrista están vinculadas a una variedad de intervenciones cada vez más dañinas para la alimentación y el bienestar corporal.

Las redes sociales han transformado significativamente la percepción de los estándares corporales, influyendo de manera profunda en la imagen corporal y los comportamientos relacionados con la salud. A través de plataformas como *Instagram*, *TikTok* y *Facebook*, se promueven constantemente imágenes de cuerpos idealizados, que suelen estar lejos de los estándares reales de diversidad corporal. Este fenómeno refuerza una narrativa de cuerpos “perfectos”, muchas veces editados digitalmente, que contribuye a la insatisfacción corporal y a la adopción de comportamientos poco saludables, como dietas extremas o rutinas de ejercicio excesivo. La exposición prolongada a estos estándares en redes sociales está asociada con el aumento del pesocentrismo, donde el peso corporal se convierte en el principal criterio para evaluar la salud y el valor personal. Recientemente se ha destacado que la interacción con contenido de “fitness” y “nutrición” en estas plataformas puede reforzar la percepción de que un cuerpo delgado es sinónimo de éxito y salud, ignorando factores más complejos como la composición corporal, la genética o la salud metabólica. Asimismo, los algoritmos de estas plataformas favorecen la repetición de contenido similar, perpetuando un círculo de comparación social que puede acentuar la insatisfacción corporal.

Por otro lado, las redes sociales también pueden tener un impacto positivo si se utilizan para promover mensajes inclusivos sobre la diversidad corporal y el bienestar integral. Movimientos como *body positivity* y *Health at Every Size* (HAES) han conceptualizado dicho enfoque. Las redes sociales ejercen una influencia ambivalente sobre los estándares corporales y los comportamientos relacionados con la salud. Mientras que su uso excesivo y no crítico refuerza ideales dañinos y el pesocentrismo, también tienen el potencial de ser herramientas para la educación y la promoción de mensajes inclusivos sobre el cuerpo y la salud. La responsabilidad recae en usuarios, creadores de contenido y plataformas para fomentar un entorno más inclusivo y saludable.

Finalmente, las intervenciones médicas más comúnmente propuestas incluyen métodos que van desde opciones invasivas, como dietas hipocalóricas, ayunos restrictivos, tratamientos estéticos y ejercicios físicos muy intensos, hasta enfoques más riesgosos, como el uso de medicamentos para adelgazar, suplementos hepatotóxicos e intervenciones quirúrgicas. Los riesgos asociados con estas intervenciones incluyen problemas de salud como desnutrición, disfunciones endocrinas, amenorrea, afecciones hepáticas, renales y pancreáticas, deshidratación e incluso el desarrollo de trastornos alimentarios.

## Referencias

Abrams, Z. (2022). The burden of weight stigma. *Monitor on Psychology*, 53(2). <https://www.apa.org/monitor/2022/03/news-weight-stigma>

Adam, T. C., y Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward

system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>

Allende, I. A. (2020). Gordofobia, una lectura desde (y para) el trabajo social. *Perspectivas: Revista de Trabajo Social*, (35), 109-133. <https://doi.org/10.29344/07171714.35.2393>

Alleva, J. M., Karos, K., Meadows, A., Walden, M. I., Stutterheim, S. E., Lissandrello, F., y Atkinson, M. J. (2021). “What can her body do?” Reducing weight stigma by appreciating another person’s body functionality. *PLOS ONE*, 16, 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251507>

Blundell, J. E., Rogers, P. J., y Hill, A. J. (2010). Determinantes conductuales y fisiológicos del tamaño de las comidas en humanos: evidencia de estudios de precarga. *Nutrition Research Reviews*, 3(1), 133-153. <https://doi.org/10.1079/NRR19900010>

Champe, P. C., Harvey, R. A., y Ferrier, D. R. (2006). *Bioquímica ilustrada*. Artmed.

Chavarriaga, V., Uribe, M., y Gañan, A. (2024). Exploración de las experiencias y relaciones entre el trastorno de conducta alimenticia y la gordofobia desde la perspectiva de un grupo de adultos-jóvenes en Medellín (Colombia). *Psicoespacios*, 18(32). <https://doi.org/10.25057/21452776.1546>

Clark, O., Lee, M. M., Jingree, M. L., O’Dwyer, E., Yue, Y., Marrero, A., Tamez, M., Bhupathiraju, S. N., y Mattei, J. (2021). Weight stigma and social media: Evidence and public health solutions. *Frontiers in Nutrition*, 8, 739056. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.739056>

Cooper Stoll, L., y Egner, J. (2021). We must do better: Ableism and fatphobia in sociology. *Sociology Compass*, 15(4), e12869. <https://doi.org/10.1111/soc4.12869>

Cooper Stoll, L., Meadows, A., von Liebenstein, S., y Carlsen, C. E. (2022). Fatphobia. En G. W. Muschert, K. M. Budd, H. Dillaway, D. C., Lane, M. Nair y J. A. Smith (Eds.), *Global Agenda for Social Justice 2* (pp. 37-44). Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447367420.ch004>

Crimer, N., Camoirano, J., y Lo Sasso, A. (2023). Obesidad: alternativas al paradigma pesocéntrico y patologizante. Primera entrega. *Evidencia*, 26(3), e007088. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v26i4.7088>

Cummings, D. E., y Overduin, J. (2007). Gastrointestinal regulation of food intake. *The Journal of Clinical Investigation*, 117(1), 13-23. <https://doi.org/10.1172/JCI30227>

De Lorenzo, A., Bianchi, A., Maroni, P., Iannarelli, A., Di Daniele, N., Lorenzo, N. y Di Renzo, L. (2016). La adiposidad más que el IMC determina el riesgo metabólico. *Revista Internacional de Cardiología*, 219, 388-393. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.06.012>

Díaz, F. J., Hernández, A. V., y Franco, K. (2011). El concepto de la saciedad en el análisis de la conducta alimentaria. En A. López-Espinoza y A. G. Martínez (Eds.), *Del Hambre a la Saciedad: Contribuciones Filosóficas, Psicológicas, Socioantropológicas y Biológicas* (pp. 116-129). Editorial Universitaria.

Eraso-Checa, F., Rosero, R., González, C., Cortés, D., Hernández, E., y Polanco, J. (2023). Modelos de composición corporal basados en antropometría: Revisión sistemática de literatura. *Nutrición Hospitalaria*, 40(6), 1245-1255. <https://doi.org/10.20960/nh.04567>

Fardouly, J., y Vartanian, L. R. (2016). Las redes sociales y la imagen corporal: investigación actual y direcciones futuras. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.06.012>

Forbes, Y., y Donovan, C. (2019). The role of internalised weight

- stigma and self-compassion in the psychological well-being of overweight and obese women. *Australian Psychologist*, 54(6), 471-482. <https://doi.org/10.1111/ap.12407>
- Friedman, J. M. (2019). Leptin and the endocrine control of energy balance. *Nature Metabolism*, 1(8), 754-764. <https://doi.org/10.1038/s42255-019-0095-y>
- Gonzalez, M. C., y Heymsfield, S. B. (2017). Bioelectrical impedance analysis for diagnosing sarcopenia and cachexia: what are we really estimating? *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 8(2), 187-189. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12159>
- González Jiménez, E. (2013). Composición corporal: Estudio y utilidad clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 60(2), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.04.003>
- Hall, K. D., Ayuketah, A., Brychta, R., Cai, H., Cassimatis, T., Chen, K. Y., ... y Zhou, M. (2019). Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: an inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake. *Cell Metabolism*, 30(1), 67-77. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.05.008>
- Hernández, A. G. D. (2010). *Tratado de Nutrición: Composición y Calidad Nutritiva de los Alimentos* (Vol. 2). Ed. Médica Panamericana.
- 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), 47-57. <https://doi.org/10.35454/rncm.v5n3.384>
- Lucibello, K. (2022). Bearing the weight (of stigma): Examining weight stigma, body image, and physical activity in adolescents. [Tesis doctoral, Department of Kinesiology, University of Toronto]. TSpace Repository.
- Mancuso, L., Longhi, B., Perez, M., Majul, A., Almeida, E., y Carignani, L. (2021). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Inclusive*, 4(2), 12-16. <https://es.scribd.com/document/579493588/inadi-revista-inclusive-n4>
- Mensingher, J. L. (2022). Traumatic stress, body shame, and internalized weight stigma as mediators of change in disordered eating: A single-arm pilot study of the Body Trust® framework. *Eating Disorders*, 30(6), 618-646. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1985807>
- Nutter, S., Saunders, J. F., y Waugh, R. (2024). Current trends and future directions in internalized weight stigma research: a scoping review and synthesis of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 12, 98. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01058-0>
- Ochoa, C., y Muñoz, G. M. (2014). Hambre, apetito y saciedad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 24(2), 268-279. <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/193>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Peralta, C. A. (2017). *Fisiología de la Nutrición*. Editorial El Manual Moderno.
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., y 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>
- Raymond, J. L. y Morrow, K. (2021). Krause. Mahan. Dietoterapia (15a ed.). Elsevier.
- Schvartzman, I. (2022). Salud en Todas las Tallas: un nuevo, y necesario, enfoque de trabajo en salud. *Revista Límbica*, 3(4), 32-40. [https://revistalimbica.com/wp-content/uploads/2022/12/Salud-en-todas-las-tallas\\_Irene-Schvartzman.pdf](https://revistalimbica.com/wp-content/uploads/2022/12/Salud-en-todas-las-tallas_Irene-Schvartzman.pdf)
- Star, A., Hay, P., Quirk, F., y Mond, J. (2015). Perceived discrimination and favourable regard toward underweight, normal weight and obese eating disorder sufferers: implications for obesity and eating disorder population health campaigns. *BMC Obesity*, 2, 4. <https://doi.org/10.1186/s40608-014-0032-2>
- Strings, S. (2023). How the use of BMI fetishizes white embodiment and racializes fatphobia. *AMA Journal of Ethics*, 25(7), 535-539. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2023.535>
- Thille, P., Friedman, M., y Setchell, J. (2017). Weight-related stigma and health policy. *Canadian Medical Association Journal*, 189(6), E223-E224. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160975>
- Tomiyaama, A. J., Carr, D. C., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., y Brewis, A. (2018). Weight and obesity are complex issues and weight-stigma harms, not helps. *BMC Medicine*, 16, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>