Gordofobia y obesidad: todo mal. La influencia del sesgo en la concepción del cuerpo gordo

Meritxell Sánchez Amat*

Médica Familiar y Comunitaria. CAP Besòs. Barcelona. España.
*Correo electrónico: msanchezamat@gmail.com

Cuestiones polémicas

- La gordofobia se manifiesta en la estética (lo gordo es visto como feo), la moral (se juzga a las personas gordas como holgazanas, que no se cuidan) y la salud (el exceso de peso en sí es malo y hay que bajarlo a toda costa).
- En nuestra sociedad la gordofobia se da en todos los ámbitos. Es una forma de discriminación basada en el odio, rechazo y violencia que se ejercen sobre las personas gordas por el hecho de ser gordas.
- La definición, abordaje e investigación sobre el peso que hace nuestra medicina es discriminatorio porque está atravesado por la gordofobia.
- El salutismo que se impone en nuestra sociedad magnifica el estigma gordofóbico. Si estar sano es lo más importante y estar gordo es estar enfermo, estar gordo es lo peor.
- La gordofobia genera sufrimiento y enfermedad mediante el estigma social pero también mediante la definición de obesidad como enfermedad que justifica tratamientos dietéticos, farmacológicos y quirúrgicos que son iatrogénicos.
- La obesidad era considerada tradicionalmente un factor de riesgo pero desde que en 2013 la *American Medical Association* la definió como enfermedad la mayoría de organizaciones científicas lo han asumido.
- Se ha demostrado asociación entre obesidad y enfermedades pero no causalidad. Puede haber factores de confusión que estén actuando y que tengan que ver con el efecto de la gordofobia (estigma y efectos adversos de los tratamientos como el efecto yo-yo).
- Hay muchas personas con cuerpos grandes metabólicamente sanas que son consideradas enfermas solo por su peso.
- No disponemos de tratamientos efectivos y seguros a largo plazo para perder peso, por lo que es dañino que el abordaje de la obesidad se centre en la pérdida del mismo.

Palabras clave: Obesidad • Estigma de peso • Pesocentrismo • Diversidad corporal.

Aclaración previa. En este artículo se usa el adjetivo gordo de manera meramente descriptiva, liberándolo de la carga moral que se le atribuye y que suele llevar a evitar su uso en nombre de lo políticamente correcto.

La gordofobia está presente en la vida de todas las personas, seamos gordas o delgadas, sea cual sea el género con el que nos identifiquemos. La tenemos interiorizada y aparece en la mirada hacia nosotras mismas, hacia las demás personas y hacia cómo entendemos el cuerpo y la salud. También como profesionales sanitarios. La gordofobia se define como una forma de discriminación basada en el odio, rechazo y violencia hacia las personas gordas por el hecho de ser gordas[1]. Es un tipo de violencia estructural, que se expresa mediante tres dimensiones[2] que, además, la refuerzan: la estética, la moral y la salud. A nivel estético lo gordo se lee como feo y sin atractivo según los cánones de belleza actuales y así se reproduce en los medios de comunicación de masas, redes sociales incluidas. Los cuerpos que se muestran como deseables y aceptables socialmente conforman un ideal inalcanzable para la mayoría de las personas, a la vez que los cuerpos que no cumplen estos criterios son invisibilizados, despreciados y avergonzados.

En segundo lugar, la gordofobia tiene una dimensión moral al atribuirse a las personas con cuerpos gordos una serie de características negativas como la dejadez, la pereza y la falta de voluntad, de disciplina y de autocontrol. Estas atribuciones afectan a cómo se ven las personas gordas a sí mismas y a cómo las percibe la sociedad y tienen consecuencias en la autoestima y la consideración social de las personas gordas. Pueden explicar, por ejemplo, la mayor dificultad de acceso al empleo de las personas con cuerpos gordos[3].

Por último, la salud es el tercer nivel en que se encarna la gordofobia, mediante la equiparación de la gordura a falta de salud. Vivimos en un contexto salutista en que la salud es una obligación moral, se responsabiliza a los individuos de mantenerse sanos y se invisibilizan los determinantes sociales, económicos y estructurales de la salud[4]. Si la salud es un valor central y la gordura implica falta de salud, el peso es el problema y hay que focalizar los esfuerzos en reducirlo.

A través de estas tres dimensiones se generan y se refuerzan las creencias, actitudes y estereotipos negativos y generalizados en la sociedad sobre las personas gordas (el sesgo de peso). El estigma de peso es un proceso que se origina en este sesgo y se traduce en prácticas y actitudes discriminatorias, produciendo efectos sociales, psicológicos y sanitarios para las personas afectadas. Este estigma puede ser internalizado (la persona asume las valoraciones negativas como ciertas), presentarse en las relaciones personales (comentarios despectivos, miradas de desaprobación, exclusión…) y a nivel institucional (sanidad, educación, ámbito laboral). Existe evidencia sólida de que se asocia a peor salud mental y física, peor acceso a la atención sanitaria, errores diagnósticos y retrasos en los tratamientos. A nivel mental, hay mayor prevalencia de depresión, ansiedad, insatisfacción corporal, baja autoestima y trastornos de la conducta alimentaria, entre otros[5]. A nivel físico, supone mayor riesgo de hipertensión, hiperglucemia y dolor crónico entre otros, incluso tras ajustar por IMC y otros factores de riesgo[6], además de asociarse a un peso corporal mayor a largo plazo[7].

La atención que el sistema sanitario ofrece a las personas de cuerpo gordo se ve influida por este sesgo, que está presente tanto en las infraestructuras como en la atención por parte de los profesionales. En primer lugar, los centros sanitarios no están diseñados para facilitar la atención a las personas gordas: sillas pequeñas con reposabrazos, camillas con límite de peso, falta de utillaje adaptado (manguitos de presión) y aparatos de radiodiagnóstico con límite de capacidad son algunos ejemplos. En segundo lugar, el sesgo de peso presente a nivel social también se observa entre los profesionales sanitarios, expresándose en actitudes y comentarios, en la focalización excesiva en el peso y en diagnósticos y tratamientos tardíos y erróneos, como se detalla en la tabla 1.

TABLA 1. Influencia del sesgo de peso en profesionales sanitarios

Comentarios y juicios
- Comentarios que atribuyen la causa del estado de salud a la falta de disciplina y autocontrol de la persona[8-10]
- Responsabilización de la persona de su problema de salud[8,9]
- Actitudes percibidas de superioridad moral por parte del profesional[8,10]
- Infundir miedo sobre consecuencias de peso o embarazo [8,11]
- Comentarios, gestos o miradas despectivas sobre el cuerpo[8]
- Cuestionar lo que dice la persona en relación a sus hábitos[8,9]
- Asumir hábitos o estilos de vida según el aspecto físico[9,10]

Focalización en el peso
- Atribuir el motivo de consulta al peso corporal, independientemente del síntoma presentado[8,11]
- Desplazar el foco de la consulta hacia la pérdida de peso cuando el motivo de consulta era otro[8]
- Abordar el peso de forma reiterada en cada consulta[8]
- No explorar otros determinantes de la salud (actividad física, sueño, salud mental, factores sociales)[9]

Diagnósticos y tratamientos tardíos o erróneos
- No investigar causas alternativas más allá del peso, retrasando diagnósticos y tratamientos[8,11,12]
- Ofrecer menos pruebas diagnósticas o tratamientos que a personas delgadas con el mismo problema[8,11]
- Recomendar pérdida de peso de forma sistemática y no individualizada[12]
- Posponer tratamientos (por ejemplo, cirugías) hasta la pérdida de peso[11,12]
- No adaptar técnicas diagnósticas o quirúrgicas a cuerpos gordos[8,11]
- Infradiagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en personas con cuerpos gordos[9,13]

Modificada de las citas[8-13].

La conceptualización del cuerpo gordo como problema

El sesgo de peso impregna también la manera en que la ciencia concibe el tamaño del cuerpo y las formas de abordaje que propone al respecto, incluida la investigación y la producción de conocimiento. Se asume como punto de partida que la normalidad es el cuerpo delgado y que el peso es un indicador clave del estado de salud. Esto conforma un sesgo epistemológico que está en la base del paradigma de salud centrado en el peso, predominante actualmente. Este sesgo conduce a interpretar como causal la asociación estadística entre peso y enfermedad, sin considerar factores de confusión como el efecto del ciclo de peso (efecto yoyó), el estigma y los determinantes sociales. También ocasiona que ante el fracaso a largo plazo de los tratamientos para perder peso no se cuestione el modelo sino que se responsabilice al paciente.

Es desde esta visión que la obesidad se ha definido como enfermedad al mismo tiempo que se ha convertido en una pandemia.

La obesidad no ha sido siempre considerada una enfermedad. Durante el siglo XX se definía como factor de riesgo o co-

mo condición crónica compleja. Hoy en día, se asume como un hecho que no admite discusión e incluso se olvida el intenso debate que ha existido y todavía existe sobre la conceptualización de la obesidad como enfermedad[14]. En la tabla 2 se recogen algunos hitos de los últimos 75 años en relación a cómo se entiende la obesidad: ha pasado de ser considerada un factor de riesgo a una condición crónica y en los últimos años, una enfermedad. El debate surge de lo que se considera enfermedad. Según la OMS, una enfermedad es "la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible"[15]. Si se aplican estos criterios, surgen varias dificultades para considerar la obesidad como una enfermedad. Por una parte, dado que la obesidad se define en función del peso corporal, debería estar claramente establecido cuál es el estado fisiológico en relación con el peso (y otras medidas antropométricas) para determinar cuándo existe una desviación. Ante la existencia de cuerpos con pesos muy diversos que presentan un funcionamiento fisiológico adecuado, no está claro que el peso elevado en sí mismo constituya un problema. Por otra parte, las personas que cumplen los criterios de obesidad no comparten de manera significativa síntomas y signos característicos, ni presentan una evolución clínica previsible. De hecho, los argumentos de la *American Medical Association* para cambiar la consideración de la obesidad a enfermedad fueron sobre todo utilitarios. Más allá de la asociación entre obesidad y determinadas enfermedades, incidían en los beneficios que comportaría a nivel de impulso a la investigación, el diagnóstico por parte de los médicos y la inclusión de su seguimiento y tratamiento en los seguros de salud. También se consideró que ayudaría a reducir el estigma asociado al peso. La asociación epidemiológica entre peso y determinadas enfermedades es conocida desde hace décadas y por eso la obesidad se consideró un factor de riesgo. La causalidad no ha sido demostrada pues no se han descrito los mecanismos fisiopatológicos claros, universales y causales por los que la obesidad produciría estos problemas de salud, aunque existen hipótesis no demostradas. El cambio a condición crónica compleja, primero, y a enfermedad después tiene como objetivo que la obesidad sea concebida como un problema grave que necesita intervención. Este cambio no ha sido espontáneo. La industria de la pérdida de peso, especialmente la farmacéutica, ha ejercido como grupo de presión importante que ha trabajado durante años para poner el foco en el peso como problema principal. Esta idea ha encontrado el campo abonado por la gordofobia estructural, reforzándose mutuamente.

TABLA 2. Línea temporal simplificada de la obesidad

Año	Organización / contexto	Concepto clave
1950-70	Estudios epidemiológicos	Obesidad como factor de riesgo
1980	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Definición de IMC ≥ 30 como indicador de obesidad
1997	NIH (National Institutes of Health, EUA)	Primera guía clínica formal: obesidad como condición crónica
2000	OMS	Reconocimiento de obesidad como condición crónica compleja
2013	*American Medical Association*	Declaración de la obesidad como enfermedad crónica

Elaboración propia.

Limitaciones del paradigma centrado en el peso

La pérdida ponderal para mejorar la salud se ha revelado como un objetivo con eficacia controvertida, difícil de mantener y con efectos paradójicos. Para empezar, desde el pesocentrismo se considera la pérdida de peso como una variable subrogada de la mejora metabólica sin que se haya demostrado[16] que sea así. En segundo lugar, actualmente, en la población general, no existe ningún tratamiento seguro y eficaz para perder peso de manera mantenida a largo plazo. Si bien en ciertos subgrupos y con intervenciones intensivas hay mejoras a corto y medio plazo[17], suelen disminuir con el tiempo. Las dietas no son un tratamiento eficaz a largo plazo y pueden comportar efectos adversos[18]. La pérdida ponderal que se consigue a corto y medio plazo genera efectos beneficiosos en algunos marcadores pero son transitorios y al recuperarse el peso se pierden. Cabe preguntarse por qué se siguen recomendando cambios dietéticos con el objetivo de perder peso desde las consultas, también las de atención primaria. Los métodos quirúrgicos (cirugía bariátrica) y farmacológicos (agonistas GLP1) consiguen pérdidas de peso significativas. En el caso de la cirugía, los riesgos quirúrgicos y los efectos adversos a medio y largo plazo son importantes (deficiencias nutricionales, trastornos óseos, nefrolitiasis y alteraciones psiquiátricas), si bien a menudo no son identificados como tal por los médicos tratantes[19]. Los agonistas GLP1 se recomiendan como tratamiento a largo plazo pues en muchos casos al retirarlos el peso se recupera[20] y en una parte de casos incluso continuando bajo tratamiento. La experiencia de uso de estos fármacos para la obesidad no va más allá de 11 años (el primer GLP1 aprobado para tratamiento de la obesidad fue liraglutida en 2014), de manera que es pronto para afirmar la seguridad de su uso más allá de este tiempo. Hay además otros riesgos asociados a su uso.

En último lugar, la búsqueda de la pérdida de peso tiene efectos paradójicos. Por un lado activa los mecanismos fisiológicos para su recuperación, como el aumento del apetito,

la inhibición de la saciedad y la disminución del gasto energético (efecto que se mantiene más allá de la dieta), facilitando la recuperación rápida del peso y aumentando el riesgo de mayor aumento del mismo[21]. Esto explica el efecto yoyó, que son los ciclos repetidos de pérdida y ganancia de peso asociados a los intentos de perder peso. Estos ciclos favorecen la inflamación crónica de bajo grado, la acumulación rápida de grasa y la pérdida de masa muscular, lo que contribuye a la disfunción metabólica[22]. El efecto yoyó se asocia a mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas como diabetes tipo 2, insuficiencia cardíaca, apnea obstructiva del sueño y enfermedad hepática metabólica, independientemente del IMC basal[23]. Por ese motivo podría ser uno de los factores de confusión en la correlación entre obesidad y enfermedades. Por otro lado, la visión negativa del peso corporal alimenta el estigma de peso que, como hemos visto anteriormente, está relacionado con problemas de salud mental y física. Esto es especialmente grave en los niños. La Asociación Americana de Pediatría recomienda evitar las dietas restrictivas y la focalización en la pérdida de peso en niños y adolescentes porque estas prácticas aumentan el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria[24].

El malestar con el propio cuerpo que la gordofobia genera en las personas gordas pero también en las delgadas (por el miedo a engordar) es reforzado por el paradigma de salud centrado en el peso. La diversidad corporal no se contempla como una posibilidad saludable y, por tanto, las personas gordas sienten que, por salud, tienen que luchar contra su propio cuerpo, en una lucha desigual que genera sufrimiento y riesgo para la salud.

Alternativas al pesocentrismo

Existen planteamientos que parten de considerar el peso como un factor no modificable, como lo son el color de la piel o la altura. El enfoque salud en todas las tallas (HAES por sus siglas en inglés, Health at Every Size) aboga por un enfoque neutral respecto al peso, rechaza la medicalización del peso corporal y la clasificación de la obesidad como enfermedad. Promueve el respeto por todos los cuerpos, independientemente de su tamaño, peso, forma, color o habilidades. Argumenta que el énfasis en la pérdida de peso puede ser ineficaz y potencialmente dañino, al contribuir al estigma, la discriminación y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Este paradigma propone intervenciones centradas en la adopción de comportamientos saludables, la alimentación intuitiva, la actividad física placentera y la aceptación corporal, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, los marcadores metabólicos y el bienestar psicológico, sin prescribir dietas restrictivas ni perseguir cambios ponderales[25]. Existe evidencia de los beneficios del enfoque HAES en estos objetivos. Los resultados metabólicos (presión arterial, lípidos, glucosa) son comparables a los tratamientos que promueven la pérdida de peso[26], mientras que los resultados en calidad de vida, autoestima, imagen corporal, satisfacción con el cuerpo y conductas alimentarias saludables son mejores, sin cambios significativos en el peso o el IMC respecto a los valores basales[27,28].

Las personas gordas han levantado su voz y mediante el activismo gordo denuncian la discriminación que sufren, también en el sistema sanitario y en cómo la ciencia concibe el peso. Existe evidencia del daño del estigma, de los efectos adversos de las dietas y de los beneficios de los abordajes no centrados en el peso. Y a pesar de todo ello, el sesgo de peso está tan arraigado que los datos por sí solos tendrán difícil resquebrajarlo. Muchos de los temas tratados en este artículo desafían nuestras creencias como personas y como profesionales, pero ello no es excusa para replanteárnoslas y cuestionar y cambiar nuestra práctica clínica. Para empezar, ofrecer una atención digna a todas las personas, sea cual sea la forma de su cuerpo, ver más allá del peso en el diagnóstico y tratamiento, verbalizar que el peso no es el problema, identificar otros factores que afectan a la salud y centrarse en aquello que sí se puede cambiar sin causar daño.

Bibliografía

1. Piñeyro Bruschi M. Guía básica sobre gordofobia*:* Un paso más hacia una vida libre de violencia. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Igualdad, Gobierno de Canarias; 2021. [consultado 16 Dic 2025]. Disponible en: https://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/documentos/publicaciones/gordofobia_guia_2 6052021.pdf
2. Piñeyro Bruschi M. Stop Gordofobia y las panzas subversas. Málaga: Zambra-Baladre; 2016. ISBN: 978-84-943374-8-2.
3. Kesaite V, Greve J. The impact of excess body weight on employment outcomes: A systematic review of the evidence. Econ Hum Biol. 2024;54:101398. doi:10.1016/j.ehb.2024.101398.
4. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. Obes Rev. 2020;21(1):e12935. doi:10.1111/obr.12935
5. Brown A, Flint SW, Batterham RL. Pervasiveness, impact and implications of weight stigma. EClinicalMedicine. 2022;47:101408. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101408.
6. Prunty A, Hahn A, O'Shea A, Edmonds S, Clark MK. Associations among enacted weight stigma, weight self-stigma, and multiple physical health outcomes, healthcare utilization, and selected health behaviors. Int J Obes (Lond). 2023;47(1):33-8. doi:10.1038/s41366-022-01233-w.
7. Just-Nørregaard V, Andreasen P, Bruun JM, Andersen JH, Winding TN. Weight stigma in adolescents: sex differences, prevalence, emotional impact, and associations with BMI increases - a retrospective cohort study. BMC Public Health. 2025;25(1):2681. Publicado 6 Ago 2025. doi:10.1186/s12889-025-23702-3.
8. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev. 2015;16(4):319-26. doi:10.1111/obr.12266.
9. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity (Silver Spring). 2009;17(5):941-64. doi:10.1038/oby.2008.636.
10. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med. 2020;26(4):485-97. doi:10.1038/s41591-020-0803-x.
11. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. Int J Obes (Lond). 2006;30(1):147-55. doi:10.1038/sj.ijo.0803105.

12. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. PLoS One. 2012;7(11):e48448. doi:10.1371/journal.pone.0048448.

13. Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J. The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. BMC Public Health. 2014;14:943. Publicado 11 Sep 2014. doi:10.1186/1471-2458-14-943.

14. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH,Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221-62. doi:10.1016/S2213-8587(24)00316-4.

15. Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças [Analysis of information on health: 1893-1993, one hundred years since the International Classification of Diseases]. Rev Saude Publica. 1991;25(6):407-17. doi:10.1590/s0034-89101991000600001.

16. Douketis JD, Macie C, Thabane L, Williamson DF. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. Int J Obes (Lond). 2005;29(10):1153-67. doi:10.1038/sj.ijo.0802982.

17. Look AHEAD Research Group, Wadden TA, West DS, Delahanty L, Jakicic J, Rejeski J, Williamson D, et al. The Look AHEAD study: a description of the lifestyle intervention and the evidence supporting it. Obesity (Silver Spring). 2006;14(5):737-52. doi:10.1038/oby.2006.84.

18. Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol*. 2007;62(3):220-233. doi:10.1037/0003-066X.62.3.220.

19. Skossyrskiy V, Stepochkin D, Zaharova E, Mamedov R, Muraviev S, Pakhomova R et al. A Contemporary Perspective on Long-Term Complications of Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2026;36(2):758-85. doi:10.1007/s11695-025-08398-z.

20. West S, Scragg J, Aveyard P, Oke JL, Willis L, Haffner SJP, et al. Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2026;392:e085304. doi:10.1136/bmj-2025-085304.

21. Thillainadesan S, Madsen S, James DE, Hocking SL. The impact of weight cycling on health outcomes in animal models: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2022 May;23(5):e13416. doi:10.1111/obr.13416.

22. Li W, Chen W. Weight cycling based on altered immune microenvironment as a result of metaflammation. Nutr Metab (Lond). 2023;20(1):13. Publicado 22 Feb 2023. doi:10.1186/s12986-023-00731-6.

23. Swartz AZ, Wood K, Farber-Eger E, Petty A, Silver HJ. Weight Trajectory Impacts Risk for 10 Distinct Cardiometabolic Diseases. J Clin Endocrinol Metab. 2025;111(1):e49-e57. doi:10.1210/clinem/dgaf348.

24. Hornberger LL, Lane MA; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics.2021;147(1):e2020040279. doi:10.1542/peds.2020-040279.

25. Bacon L, Aphramor L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. Nutr J. 2011;10:69. doi:10.1186/1475-2891-10-69.

26. Dugmore JA, Winten CG, Niven HE, Bauer J. Effects of weight-neutral approaches compared with traditional weight-loss approaches on behavioral, physical, and psychological health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Nutr Rev. 2020;78(1):39-55. doi:10.1093/nutrit/nuz020.

27. Ulian MD, Aburad L, da Silva Oliveira MS, Poppe ACM, Sabatini F, Perez I et al. Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: a systematic review. Obes Rev. 2018;19(12):1659-66. doi:10.1111/obr.12749.

28. Mensinger JL, Calogero RM, Stranges S, Tylka TL. A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. Appetite. 2016;105:364-374. doi:10.1016/j.appet.2016.06.006.