

Atención médica integrada y centrada en la persona vs pesocentrismo en el primer nivel de atención: reflexiones y recomendaciones

Alejandra García Arista* • Fabiola Carolina Vázquez Díaz**
Karla de los Ángeles Martínez Alegría*** • Iván Tonatiuh Rodríguez Serrato****
Abdiel Fernando Uribe Allier*****

RESUMEN

De forma general, se considera que existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en el mundo; siendo el sobrepeso aquel que rebasa determinados parámetros cuantitativos definidos como ‘sanos’ y la obesidad aquella condición patológica desde una perspectiva biomédica hegemónica. Esta perspectiva hegemónica —biologicista, individualista, descontextualizada— se ha enfocado en el peso corporal como único indicador para establecer si una persona está ‘sana’ o ‘enferma’, a esto, se le conoce como pesocentrismo y perpetúa el estigma alrededor de las personas con peso por encima del catalogado como ‘normal’ o de cuerpos grandes, influyendo incluso en la atención integral a la salud. Un enfoque pesocentrista durante las consultas del primer nivel de atención puede conducir a la desatención de otros síntomas que causan sufrimiento, a complicaciones de salud y afectación a la calidad de vida, además de incomodidad emocional en las personas consultantes generando la evitación de los entornos de salud. El objetivo de este artículo es presentar un breve análisis de la atención médica del sobrepeso y obesidad y recomendaciones dirigidas al personal de salud que labora en el primer nivel de atención desde un enfoque incluyente y no pesocentrista en la consulta médica y con ello favorecer el apego terapéutico y la calidad de vida de las y los consultantes.

PALABRAS CLAVE: Sobrepeso, obesidad, salud integral, consulta médica, buen trato.

* Directora de Proyectos de Investigación y Desarrollo Académico de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: alejandra.garciaa@unisa.cdmx.gob.mx

** Pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: fabiola.vazquezd@unisa.cdmx.gob.mx

*** Pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: karla.martineza@unisa.cdmx.gob.mx

**** Pasante de la Licenciatura en Medicina General y Comunitaria de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: ivan.rodriguez@unisa.cdmx.gob.mx

***** Académico de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: abdiel.uribe@unisa.cdmx.gob.mx

Fecha de recepción: 21 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 18 de diciembre de 2025.

Integrated, person-centered healthcare vs weight-centeredness in primary care: reflections and recommendations

ABSTRACT

In general, there is a high prevalence of overweight and obesity worldwide. Overweight is defined as exceeding certain quantitative parameters considered “healthy,” while obesity is considered a pathological condition from a hegemonic biomedical perspective. This hegemonic perspective—biological, individualistic, and decontextualized—has focused on body weight as the sole indicator of whether a person is “healthy” or “ill.” This is known as weight-centrism and perpetuates the stigma surrounding people with a weight above what is considered “normal” or with larger bodies, even influencing comprehensive healthcare. A weight-centrism approach during primary care consultations can lead to the neglect of other symptoms that cause suffering, health complications, and a diminished quality of life, as well as emotional discomfort for patients, leading to avoidance of healthcare settings. The objective of this article is to present a brief analysis of medical care for overweight, and obesity and recommendations directed to health personnel working at the first level of care from an inclusive and non-weight-centric approach in medical consultation and thereby promote therapeutic adherence and quality of life of the consultants.

KEYWORDS: Overweight, obesity, comprehensive health, medical consultation, good bedside manner.

Introducción

Estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que desde 1975 hasta el 2016 la obesidad y el sobrepeso en adultos se habían casi triplicado siendo más de 1900 millones con sobrepeso y 650 millones con obesidad. En 2022 una de cada ocho personas en el mundo se caracterizaba con obesidad (OMS, 2025). En México, los datos reportan que el 75.2% de la población mayor de 20 años presenta obesidad o sobrepeso, de estos, la prevalencia de obesidad (38.3%) y sobrepeso (36.9%) fue en los grupos de edad entre los 40 y 59 años (ENSA-NUT, 2018).

La comunidad científica, en especial la comunidad médica suele hacer uso del término obesidad

como un tecnicismo del área, el cual se enfoca en el peso corporal de las personas, estableciendo parámetros del peso que se considera adecuado o “sano” y aquel que es visto como patológico. Esto, sin tener en cuenta las condiciones contextuales en las que se presenta dicha condición, ni las implicaciones que tiene para la persona que es catalogada de esta manera por los estigmas sociales asociados (Hernández y Román, 2025).

El criterio más empleado para conocer las condiciones de nutrición en las personas adultas es el Índice de Masa Corporal (IMC) (OMS, 2025). Este indicador se obtiene dividiendo el peso por la altura al cuadrado, una persona con un IMC de 25 a 29.9 es considerada con sobrepeso; de 30

a 39.9 es con obesidad y a partir de 40 es valorada con obesidad grave. Determinar estos criterios resulta relevante, ya que, una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal puede tener consecuencias importantes para la salud como la resistencia a la insulina, riesgo de padecer diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, incluso, puede ser causa de muerte prematura (Levy y Nessen, 2023; OMS, 2025).

En la investigación epidemiológica y en la práctica clínica, el IMC es el método más empleado para diagnosticar la obesidad por su bajo costo, su facilidad y su no invasividad (González y Schmidt, 2011). Estas cualidades lo transforman en un instrumento normalizado y asequible, particularmente cuando los recursos son escasos y no existen métodos complejos para analizar la composición del cuerpo (Carrasco et al., 2004). Aunque el IMC no mide directamente la grasa corporal, se basa en la correlación histórica entre la estatura, el peso y el riesgo metabólico. El IMC tiene una alta especificidad (0,90; IC 95%: 0,86-0,94). Esto quiere decir que, si el valor supera los puntos de corte determinados, es efectivo para confirmar la obesidad (Ruiz et al., 2022). No obstante, este criterio tiene una sensibilidad baja (0,50; IC 95%: 0,43-0,57), lo que significa que cerca del 50 % de las personas con exceso de grasa no son identificadas por este criterio (González y Schmidt, 2011). El IMC continúa siendo el estándar diagnóstico a pesar de esta restricción, ya que posibilita calcular de forma rápida y replicable el riesgo asociado con la obesidad; esto facilita la toma de decisiones clínicas y fomenta la puesta en marcha de políticas públicas en salud (González, 2022).

Si bien, el IMC es el criterio más empleado para valorar si una persona padece o no sobrepeso u obesidad, este indicador ha recibido varias críti-

cas, ya que, se ha señalado que el peso es el resultado de una combinación de tejido muscular y adiposo en proporciones variables, los cuales no pueden ser determinados sólo a través de una báscula. Esta referencia, adoptada como parámetro médico, margina las particularidades genéticas, culturales e incluso geográficas, midiendo de la misma forma a sujetos distintos, olvidando que el nivel socioeconómico, el género, la edad o el origen étnico constituyen variables explicativas del peso corporal, de forma que, las prácticas alimentarias dependen de numerosos factores micro y macro estructurales (Bernier, 2020; Jiménez, 2013).

Desde el punto de vista de la salud integral, el IMC presenta limitaciones importantes, ya que no tiene en cuenta aspectos como la proporción de las partes del cuerpo, las variables culturales y sociales, los determinantes sociales de la salud y los elementos metabólicos. El IMC, aunque es un indicador diagnóstico por lo sencillo y normalizado que es, también tiene sus desafíos. Cuando se mide el cuerpo solamente de esta manera, la diversidad corporal se reduce a un único parámetro biométrico, que es una ecuación que vincula el peso y la altura con una balanza. Este método no toma en consideración las especificidades culturales, geográficas o genéticas; más bien, mide a sujetos diferentes de la misma manera y pasa por alto elementos que ayudan a entender el peso del cuerpo más allá de la masa grasa (Marauri et al., 2025).

El género, la edad, el origen étnico y el nivel socioeconómico son variables que no solamente afectan la composición del cuerpo, sino que también definen las posibilidades de manejar la salud y alimentarse. Por ejemplo, las prácticas alimentarias están determinadas por elementos de micro y macroestructura, como son la educación

en nutrición, la disponibilidad de alimentos, las políticas públicas y las normas culturales (Ball y Crawford, 2010; Anekwe et al., 2020). Si no se toman en cuenta estas dimensiones, se perpetúa un modelo biomédico reduccionista que oculta las disparidades sociales y culturales relacionadas con la obesidad.

Asimismo, la obesidad es un fenómeno multidimensional, según demuestra la evidencia. Más de 80 % de las variables relacionadas con este problema son de tipo sociocultural, entre ellas la educación, las redes sociales y las condiciones estructurales (Jalilzadeh y Goharinezhad, 2025).

Lo anterior, se encuentra reforzado bajo el modelo de salud hegemónico, el cual tiende a individualizar la responsabilidad de los hábitos de consumo, actividad física, y la constitución corporal del individuo, sin considerar la influencia que pueden tener diversos elementos socioculturales. Esta perspectiva hegemónica, por ejemplo, considera que el consumo de refrescos o bebidas azucaradas sería una decisión racional e individual, sin tener en consideración el papel que juega el Estado en la regulación de ese tipo de productos, en la facilidad que existe para conseguirlas o en la búsqueda de una bebida refrescante después de largas jornadas laborales (Sánchez, 2022). Ortúzar (2016) ha evidenciado que, a la luz de este modelo individual y reduccionista se refuerzan las desigualdades, ya que se asume que el alcance de la salud es una elección más no una condición social y culturalmente determinada.

Primer nivel de atención médica: atención integrada y centrada en la persona vs pesocentrismo

La obesidad y el sobrepeso son atendidos en el primer nivel de atención médica (Lema, 2022).

Este es el primer contacto de los pacientes con los servicios de salud; aquí se organizan los recursos que permitirán resolver las necesidades de atención que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación (Vignolo et al., 2011).

El primer nivel de atención médica tiene como objetivo la atención integral y centrada en las personas, se dirige a la mejora de su calidad de vida y bienestar, partiendo del respeto pleno a sus derechos, dignidad, intereses, preferencias y contando con su participación efectiva. Este enfoque es opuesto al reduccionista de centrarse solo en el peso de una persona denominado pesocentrismo, en esta perspectiva se vulneran los derechos de las personas en nombre de una preocupación médica, anteponiendo el descenso de peso a otras preocupaciones (Longhi et al., 2021; Rodríguez, 2010).

Entendiendo el pesocentrismo como la atención y valoración excesiva del peso corporal como indicador de salud y valor personal, este se relaciona directamente con la gordofobia que puede conceptualizarse como el miedo, rechazo e intolerancia a la gordura (propia o externa), reflejada en distintas actitudes o comportamientos, siendo el principal de ellos la discriminación (directa o indirecta) hacia las corporalidades gordas (Marauri et al., 2025). Esta conexión se da porque el pesocentrismo refuerza la idea que solo los cuerpos delgados son saludables y valiosos, lo que alimenta prejuicios y estigmatiza a aquellos que no se ajustan a ese ideal (Hernández y Román, 2025).

La literatura identifica que a las personas con obesidad se les reconoce ‘sin autocontrol’, que ‘no comen con prudencia’ o ‘no quieren estar más saludables’ (Cohen y Shikora, 2020). Albury (et

al., 2020) identificaron que a las personas con obesidad se les estereotipa como ‘flojos’, ‘irresponsables’, ‘sin fuerza de voluntad’ y ‘que comen de forma impulsiva’. En estos estigmas opera el sesgo de peso, que es la internalización de estereotipos que provocan la desvalorización de las personas hacia sí mismas o hacia otras a causa de su peso o tamaño (Balasundaram y Daley, 2025; Lema, 2022; Longhi et al., 2021). Estas expresiones dan cuenta de las lógicas individualizantes que consideran a la obesidad y al sobrepeso como resultados de decisiones individuales y descontextualizadas, lo cual permite reconocer un proceso de internalización y reproducción de las lógicas estigmatizantes en relación con el peso.

Es esencial el análisis de la construcción de los estereotipos, ya que estos conllevan una serie de asociaciones entre las características físicas y los rasgos de carácter, roles sociales y comportamientos; se construyen a través de los mensajes de los medios de comunicación y la comercialización de productos y servicios que vinculan la personalidad, el deseo y la capacidad con las dimensiones del cuerpo; así, el discurso de ‘verse bien/sentirse bien’ es legitimado tanto por los estándares estéticos contemporáneos como por el discurso biomédico y promueve la conexión entre salud y belleza (Parra, 2016).

A pesar de que la obesidad y el sobrepeso se da en hombres y mujeres, la población femenina tiene mayor afectación por los estereotipos, esto debido a los prejuicios de género aún prevalentes en la sociedad, en donde se asocia la feminidad con un ideal de belleza basado en la delgadez, provocando mayor prevalencia de los trastornos de la alimentación en las mujeres (Cortez et al., 2023; Matacin y Simone, 2019).

La gordofobia es una forma de discriminación que se puede manifestar como rechazo, marginación y/o exclusión en diferentes espacios, siendo de particular interés los servicios de atención a la salud. Como se ha documentado, los prejuicios que pueden presentar los profesionales de la salud en relación con el peso pueden influir en la calidad del tratamiento, particularmente cuando las personas deciden retrasar la búsqueda de atención médica o evitan acudir a consulta por temor a ser juzgados por su peso (Rodríguez-González et al., 2025).

El modelo biomédico hegemónico, así como los modelos de atención a la salud, han enfatizado la relación que el sobrepeso y obesidad tienen en la morbimortalidad, y a pesar que 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 la objetividad e imparcialidad de los profesionales de la salud, a la vez que las conductas gordofóbicas pueden tener consecuencias negativas en la vida de las personas (Hernández y Román, 2025).

Tanto los estigmas como las conductas gordofóbicas impactan negativamente en la práctica médica, ya que el personal deja de considerar otros elementos relacionados con el sobrepeso o la obesidad, considerando estas condiciones como una enfermedad en sí misma. Esta lectura del sobrepeso o la obesidad como una patología evidente, es frecuente sobretudo en situaciones en donde no se cuenta con estudios de gabinete que avalen dicha sospecha clínica (Albury et al., 2020). De tal forma que, la gordofobia puede repercutir en una evasión a acudir a consultas médicas, debido a expresiones empleadas en la consulta, por

el personal de salud, como ‘obeso’ y ‘obesidad mórbida’ lo que interfiere en la atención médica oportuna (Sánchez-Carracedo, 2022).

La atención de primer nivel al ser el primer contacto debe ocurrir sin estigmas hacia cualquier tipo de cuerpo, sobretodo en personas con obesidad y sobrepeso, para que se pueda construir una adecuada relación médico-paciente que beneficiará a ambos, sobretodo al personal médico le permitirá tener una conversación o interrogatorio más abierto y adecuado que favorezca el apego terapéutico.

A continuación, se enlistan algunas recomendaciones dirigidas al personal de salud con la finalidad de erradicar comportamientos que promuevan la estigmatización de personas con sobrepeso y obesidad en el primer nivel de atención a la salud y favorezcan el apego terapéutico y la calidad de vida de la población.

Recomendaciones para el personal de salud del primer nivel de atención médica para una atención integral y centrada en la persona en relación con el peso

En primer lugar, se sugiere que, cuando se mida el peso, talla y signos vitales de una persona se procure al máximo mantener la confidencialidad de la información, ya que son datos personales que deben ser tratados con sensibilidad y en tanto no se erradiquen los estigmas asociados, la divulgación de esos datos a personas conocidas o desconocidas por los pacientes pueden perpetuar los prejuicios.

Segundo, el personal de salud debe reconocer y tener presente que la salud y el bienestar son integrales y no pueden simplificarse a indicadores an-

tropométricos como el peso, el IMC o el porcentaje de grasa corporal, por lo que, se recomienda integrar el análisis de la composición corporal en la práctica clínica y en las estrategias de salud pública contribuyendo a una atención efectiva. Esto no solo permite diagnosticar condiciones de riesgo de manera temprana, sino también combatir los estigmas asociados al peso corporal, promoviendo una perspectiva científica e integral de la salud (Lema, 2022; OMS, 2025).

En tercer lugar, se debe promover en el personal de salud la flexibilidad mental y modificación de distorsiones cognitivas, que permitan el respeto a la diversidad de aspecto, tamaño y formas corporales, modificándose el pensamiento rígido y sesgado, en donde solo lo delgado es “saludable”, con lo anterior también se debe evitar suponer que el tamaño corporal de una persona es evidencia de comportamientos alimentarios, rasgos de personalidad o estado de salud (Benitez, 2025).

Cuarto, se debe tener en cuenta y de ser necesario transmitir a las y los consultantes que el sobrepeso y la obesidad son producto de determinantes físicas, psicológicas, económicas, sociales y culturales insertas en un cronosistema, siendo así un problema de salud público y no de carácter individual o algo ‘inadecuado’ de las personas. Esto, toda vez que las estrategias tradicionales centradas en el comportamiento individual han demostrado ser insuficientes (Balasundaram y Daley, 2025).

Quinto, se sugiere en la medida de lo posible incluir en el mobiliario de consultorios y centros de salud, sillas de tamaño grande, sin brazos ni preformas de cuerpo, implementar amplios pasillos para transitar de forma libre, así como contar con equipos de medición para personas de peso

elevado y tamaño grande con lo que se confirme que otras formas y tamaños de cuerpo son posibles dando la oportunidad de completar historial clínico e indicar exámenes para comprobar hipótesis diagnósticas. Promoviendo un trato igualitario a las personas con sobrepeso y obesidad para así evitar la discriminación y el maltrato (Benitez, 2025).

Sexto, cuando una persona con sobrepeso u obesidad presenta su motivo de consulta en un contexto de atención médica, se sugiere que los profesionales de la salud brinden los mismos enfoques que ofrecerían a una persona delgada que presenta problemas similares. De forma que, se deben explorar otras etiologías posibles además del sobrepeso y la obesidad para las molestias expresadas por las personas consultantes.

Séptimo, evitar hacer recomendaciones simples como: ‘ya no comas tanto’ ‘ten horarios para comer’, ‘bájale al pan’, ‘elimina el refresco’, esto porque, aunque son indicaciones bien intencionadas, es fundamental que los profesionales de la salud apeguen su tratamiento a la evidencia científica y no en suposiciones personales o estereotipos relacionados con el peso (Hernández y Román, 2025), resulta de mayor ayuda canalizar a un equipo multidisciplinario a las personas consultantes.

Octavo, para evitar perpetuar el estigma asociado a los pacientes con sobrepeso y obesidad durante las consultas médicas, es conveniente capacitar al personal de salud en técnicas de comunicación asertiva con énfasis en la empatía (García-Arista

y Reyes-Lagunes, 2019), para encontrar el momento adecuado de hablar acerca del peso o abordar el tema con sensibilidad; Asegurando que el espacio de consulta sea un lugar seguro disminuyendo la percepción de las y los consultantes de sentirse juzgados (Albury et al., 2020).

Estas recomendaciones pretenden visibilizar la importancia de la capacitación dirigida al personal de salud en temas como diversidad corporal, estereotipos y buen trato en la práctica clínica que promuevan la atención integral y centrada en la persona. Esto podría lograrse con talleres, cursos de educación continua y materiales educativos acerca del tema, con la finalidad de adoptar un enfoque integral de la salud que evalúe factores y parámetros de salud sin juicios previos relacionados con el peso corporal (Hernández y Román, 2025).

Conclusión

Un enfoque pesocentrista en la práctica médica puede generar errores y retrasos en el diagnóstico y tratamiento oportuno, poniendo incluso en un riesgo vital a la persona, constituyendo desde el punto de vista médico una negligencia o una mala praxis, perpetuando el estigma social asociado a los cuerpos grandes y atentando contra el derecho a la atención de las personas que viven con sobrepeso u obesidad. En cuanto al impacto emocional, las conductas pesocentristas generan sentimientos negativos de responsabilidad de un problema mundial de salud pública y pueden llegar a ser precursoras de trastornos de la conducta alimentaria y otras complicaciones sanitarias.

Referencias bibliográficas

- ALBURY, C., STRAIN, W. D., BROCOQ, S. L., LOGUE, J., LLOYD, C. E., y TAHRANI, A. (2020). The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 8(5), 447-455. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(20\)30102-9](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(20)30102-9)
- ANEKWE, C. V., JARRELL, A. R., TOWNSEND, M. J., GAUDIER, G. I., HISERODT, J. M., y STANFORD, F. C. (2020). *Socioeconomics of obesity*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00398-7>
- BALASUNDARAM, P., y DALEY, S. F. (2025). Public Health Considerations Regarding Obesity. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK572122/>
- BALL, K., y CRAWFORD, D. (2010). The role of socio-cultural factors in the obesity epidemic. En K. Ball y D. Crawford (Eds.), *Obesity Epidemiology: From Aetiology to Public Health* (pp. 105–118). Oxford University Press.
- BENITEZ, 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>
- BERNIER, E. (2020). *Grosse, et alors? Connaître et combattre la grossophobie*. Marabout.
- BRITO, N. B. et al. (2021). Estigmatización de la obesidad: un problema a erradicar. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1), 5-7. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.1.1271>
- CARRASCO N., F., REYES S., E, RIMLER S., O., y RIOS C., F. (2004). *Exactitud del índice de masa corporal en la predicción de la adiposidad medida por impedanciometría bioeléctrica*. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/127954/carrasco_fernando.pdf
- COHEN, R. y 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/METRICS>
- CORTEZ, N. R., GONZÁLEZ, C., y SÁNCHEZ, M. P. R. (2023). Atención nutricional no centrada en el peso: una propuesta de abordaje terapéutico en cirugía bariátrica. *Revista de la Sociedad Española de Cirugía de Obesidad y Metabólica y de la Sociedad Española Para el Estudio de la Obesidad*. <https://doi.org/10.53435/funj.00927>
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición 2018 Presentación De Resultados*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doc-tos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- GARCÍA-ARISTA, A., y REYES-LAGUNES, L. I. (2017). Construcción y validación de una escala de asertividad en la relación paciente-médico. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 2793-2801. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.11.008>
- GONZÁLEZ, E., y SCHMIDT, J. (2011). ¿Es adecuado el uso del índice de masa corporal para determinar la obesidad? *Evidentia: Revista de Enfermería Basada en la Evidencia*, 8(34). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4661666>
- GONZÁLEZ, J. (2022). Análisis de composición corporal y su uso en la práctica clínica en personas que viven con obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(6), 615–622. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.08.005>
- HERNÁNDEZ, F., y ROMÁN, D. I. (2025). Más allá de la balanza: Repensando la salud en un contexto de pesocentrismo. *Journal of Behavior and Feeding*, 4(8), 44–50. <https://doi.org/10.32870/jbf.v4i8.62>

- JALILZADEH, M., y GOHARINEZHAD, S. (2025). Exploring the multifaceted factors influencing overweight and obesity: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1540756>
- JIMÉNEZ, E. G. (2013). Composición corporal: estudio y utilidad clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 60(2), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.endo-nu.2012.04.003>
- 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>
- LEVY, S. y NESSEN, M. (2023). Manual MSD. Versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-nutricionales/obesidad-y-s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lico/s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lico?rule-redirectid=757>
- Longhi, M. B., Carignani, L. y Mancuso, L. (2021). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Revista INCLUSIVA*, 4(2), 12-16. https://www.academia.edu/86185498/Diversidad_corporal_pesocentrismo_y_discriminaci%C3%B3n_la_gordofobia_como_fen%C3%B3meno_discriminatorio
- MATACIN, M. y SIMONE, M. (2019). Advocating for Fat Activism in a Therapeutic Context. *Women Therapy*, 42(1), 200-215. <https://doi.org/10.1080/02703149.2018.1524071>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (2025). *Obesidad y sobrepeso*. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- ORTÚZAR, M. G. (2016). Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud. *Revista de Bioética y Derecho*, (36), 23-36. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.36.15374>
- PARRA, A. (2016). La ética de la obesidad y la delgadez en el discurso médico en la posmodernidad. *Iberoforo. Revista de Ciencias Sociales*, XI (22), 178-185. https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ES-PANOL/7_PARRA_DOSSIER_NO_22.pdf
- RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, M., VARGAS-VELEDA, Y., y MARAURI-CASTILLO, I. (2025). El tratamiento de la gordofobia en las redes sociales YouTube y TikTok: el caso de Itziar Castro. *Revista Científica de Comunicación y Tecnologías Emergentes*, 23(1), e2219. <https://doi.org/10.7195/ri14.v23i1.2219>
- RODRÍGUEZ, P. (2010). La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes Portal Mayores*, 106. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>
- RUIZ-GONZÁLEZ, S., MONROY-TORRES, R., MALACARA, J. M., y GUARDADO-MENDOZA, R. (2022). Sensibilidad y especificidad del índice de masa corporal y principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en participantes de zona urbana de ingresos medios en Guanajuato, México. *Nutrición Hospitalaria*, 39(5). <https://doi.org/10.20960/nh.04074>
- SÁNCHEZ-CARRACEDO, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* 69, 868-877. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>
- SÁNCHEZ, L. A. (2022). Obesidad: ¿epidemia global o responsabilidad individual? *Interdisciplina*, 10(26), 177-206. <https://doi.org/10.22201/cei-ich.24485705e.2022.26.80974>
- SILVENTOINEN, K., y KONTTINEN, H. (2020). Obesity and eating behavior from the perspective

of twin and genetic research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 109, 150–165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.012>

VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., ÁLVAREZ, C., y SOSA, A. (2011). Niveles de atención, de prevención

y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7–11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_abstract