



¿Pesas o pasas? Una reflexión sobre el abordaje pesocentrista de la obesidad infantil

Do you weigh or move on? A reflection on the weight-centric approach of childhood obesity

AUTORES

- | | | |
|---|--|---|
| (1) Laia Asso Ministral
[ORCID: 0000-0002-1539-3543] | (1) Núria Sala Real | (2,3) Pilar Ramos Vaquero
[ORCID: 0000-0002-2136-4917] |
| (1) Laura Esteve Matalí
[ORCID: 0000-0001-6561-0131] | (1) Nacho Sánchez-Valdivia
[ORCID: 0000-0002-6579-2067] | (1) Marina Domènech Cantó |
| (1) Marta Sanz Mas
[ORCID: 0009-0007-4078-2501] | (1) María Blanquer Genovart | (1) Vanessa Sarkis Espinoza |
| | (1) Eva María Sorolla Clemente | (1) Cinta Dauff Subirats |

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha recibido financiación alguna, por parte de organismos públicos ni privados, para su desarrollo.

CORRESPONDENCIA

Laia Asso Ministral laia.asso@gencat.cat
Agència de Salut Pública de Catalunya. C/ Aragó, 330. CP 08009. Barcelona. España.

FILIACIONES

- | | | |
|---|---|--|
| (1) Agència de Salut Pública de Catalunya.
Departament de Salut.
BARCELONA. ESPAÑA. | (2) Institut de Recerca Sant Pau.
BARCELONA. ESPAÑA. | (3) Agència de Salut Pública de Barcelona.
BARCELONA. ESPAÑA. |
|---|---|--|

CITA SUGERIDA

Asso Ministral L, Esteve Matalí L, Sanz Mas M, Sala Real N, Sánchez-Valdivia N, Blanquer Genovart M, Sorolla Clemente EM, Ramos Vaquero P, Domènech Cantó M, Sarkis Espinoza V, Dauff Subirats C. ¿Pesas o pasas? Una reflexión sobre el abordaje pesocentrista de la obesidad infantil. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 11 de septiembre e202609054.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

El abordaje actual de la obesidad infantil se basa en un modelo pesocentrista que promueve la medida sistemática del peso en las visitas de seguimiento. Este enfoque tiende a ignorar aspectos clave como los determinantes sociales o la genética en el desarrollo de la obesidad y ahonda en la responsabilidad individual para su tratamiento. Todo ello puede tener como consecuencia un abordaje estigmatizante que impacta en la autoestima, el bienestar emocional y en la salud integral de niños y adolescentes. En los últimos años se han alzado distintas voces para abrazar un abordaje no pesocentrista que contemple las condiciones de vida (entorno alimentario, acceso a una alimentación saludable, disponibilidad de espacios para la práctica de actividad física, acceso a actividades extraescolares o de ocio educativo, etc.), y que ponga el foco en el bienestar. En el ámbito asistencial pediátrico, pueden ser de utilidad medidas tan simples como evitar la toma del peso u otras medidas antropométricas de forma sistemática, hacerlo solo en ocasiones justificadas, previo consentimiento, y evitar comentarios acerca de la evolución del peso. Adicionalmente, es necesaria una reflexión colectiva sobre el abordaje actual de la obesidad infantil incluyendo a quienes toman decisiones sobre la implementación de las guías clínicas y los protocolos.

PALABRAS CLAVE // Obesidad infantil; Antropometría; Peso corporal; Pesocentrismo; Bienestar emocional; Estigma del peso.

ABSTRACT

The current management of childhood obesity is based on a weight-centric model that promotes systematic weight measurement in follow-up visits. This approach ignores key aspects such as social determinants or genetics in the development of obesity and delves into individual responsibility for its treatment. This, results in a stigmatizing approach that impacts self-esteem, emotional well-being and overall health of children and adolescents. In recent years, different voices have raised to embrace a non-weight-centric approach that assumes a prejudice-free perspective, considering living conditions (food environment, access to healthy eating, availability of spaces for physical activity, access to extracurricular activities, etc.), and focusing on well-being. In the paediatric care, simple measures such as avoiding systematic measurements of weight or other anthropometric measures, performing it only on justified occasions with consent and avoiding comments about weight evolution could be useful. In addition, there is a need for collective reflection on the current approach to childhood obesity, including those who make decisions about the implementation of clinical guidelines and protocols.

KEYWORDS // Pediatric obesity; Anthropometry; Body weight; Weight-centrism; Psychosocial well-being; Weight stigma.

NOTAS

Puede que de este manuscrito se espere un inicio que sitúe la obesidad infantil como el grave problema de Salud Pública que representa. Sin embargo, no es casual que tome como punto de partida la salud y el bienestar, debido a la perspectiva que se quiere introducir. Atendiendo a las definiciones de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un *estado de completo bienestar físico, mental y social*, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1), y la del doctor Jordi Gol como *una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa* (2), nos surge una pregunta sobre la que nos gustaría invitar al lector o lectora a reflexionar: ¿promueve el abordaje actual de la obesidad infantil la consecución de estas dimensiones de la salud?

En el ámbito sanitario, el paradigma predominante asume que el peso y la enfermedad están relacionados de forma lineal y que, en consecuencia, el tamaño corporal es un buen predictor del estado de salud de una persona (3). Es el llamado paradigma pesocentrista, que focaliza el abordaje terapéutico de la obesidad y de otros problemas de salud en la pérdida y el control del peso por encima de la mejora de la salud y la calidad de vida (3). Tal y como afirman Mauldin et al., dicho paradigma está basado en algunas creencias que pueden resultar excesivamente simplistas. Por ejemplo, que un peso corporal elevado causa morbilidad y mortalidad, aun cuando la evidencia científica demuestra que el peso no predice

correctamente el riesgo de enfermedad metabólica (4). En este sentido, una parte notable de los estudios que relacionan un peso elevado con enfermedades como la artrosis, la apnea del sueño, la hipertensión arterial o la enfermedad coronaria, resultan insuficientes para establecer causalidad. Esto se debe a que no controlan adecuadamente importantes factores de confusión y variables mediadoras, como los determinantes sociales de la salud, la salud mental, el nivel de actividad física, la ingesta de nutrientes o los ciclos repetidos de pérdida y recuperación de peso (5).

En el marco del paradigma pesocentrista, también existe la creencia de que el peso está bajo el control individual. Sin embargo, la evidencia demuestra que el peso y el tamaño corporal están determinados en gran medida por factores genéticos, ambientales y sociales. Así mismo, en la mayoría de personas, mantener la pérdida de peso a largo plazo no es sostenible debido a las adaptaciones fisiológicas inducidas por la restricción dietética y por la propia pérdida ponderal que, con frecuencia, conducen a su recuperación (3,5). Dicha creencia sobre la responsabilidad individual favorece una percepción errónea de la obesidad como resultado de una debilidad personal y, en el caso de los niños, también como resultado de una mala crianza, responsabilizando a las familias (6). Por todo ello, diferentes autores (3,7-11) apuntan que dicho paradigma ha demostrado ser ineficaz para el abordaje de la obesidad a largo

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

plazo, además de tener consecuencias adversas asociadas, en gran medida, al estigma por razón de peso (10), considerado un determinante de la obesidad en sí mismo (8-13).

Según la OMS, cerca del 70% de las personas con obesidad reportan experiencias estigmatizantes vinculadas a la intervención de los profesionales de la salud (12). Este dato se entiende mejor cuando vemos los resultados de un estudio reciente realizado con profesionales sanitarios en España. En él se muestra que dichos profesionales manifestaron actitudes negativas hacia las personas que padecen obesidad. Una proporción considerable compartía la creencia de que la obesidad es prevenible y curable mediante un compromiso individual con un estilo de vida saludable, atribuyéndola a la responsabilidad individual. Dicha creencia se asocia de forma significativa con niveles más elevados de estigma relacionado con el peso (14). Estar expuesto al estigma por razón de peso en el ámbito sanitario puede afectar a la comunicación entre profesionales y pacientes, deteriorando la confianza y la calidad de la atención (6), y generando sentimientos de culpa, vergüenza o rechazo (15). Estos efectos cobran especial relevancia cuando se trata de niños y adolescentes cuya autoestima puede verse comprometida ante determinadas aseveraciones o prácticas, afectando su bienestar emocional y su desarrollo (16). Comentarios negativos sobre el peso y la alimentación dirigidos a los adolescentes y sus familias pueden generar miedo y evitar futuras visitas médicas (6).

En consecuencia, resulta fundamental reconocer que pesar no es una práctica inocua. Es importante prestar aten-

ción a las señales de ansiedad del niño o adolescente y sus acompañantes para reducir el posible malestar. Colocar las básculas en un espacio privado fuera del alcance visual, retirar básculas con capacidad insuficiente y eliminar carteles con mensajes centrados en la pérdida de peso, pueden reducir la ansiedad asociada al proceso (17,18). Por todo lo anterior, se hace notoria la necesidad de aplicar el principio de proporcionalidad en las consultas pediátricas, principalmente en aquellas en las que se realiza el abordaje y seguimiento de la obesidad, y considerar los riesgos y beneficios del uso de la báscula.

En los últimos años, han aparecido voces del ámbito científico como la de la organización *Obesity Canada*, que proponen la superación del paradigma pesocentrista e invitan a adoptar un enfoque no centrado en el peso, promoviendo iniciativas como la de *salud en todas las tallas* (HAES, por sus siglas en inglés *Health at Every Size*) (19). Este enfoque parte de la premisa de que la salud es posible en todas las tallas, aceptando la diversidad corporal inherente a la naturaleza humana, y no centra las intervenciones en la pérdida de peso, sino en la mejora del estilo de vida de forma sostenible. Entendemos que propuestas como HAES pueden generar cierta controversia si se interpretan como una negación de la enfermedad. Pero, desde nuestro punto de vista, su valor radica en el hecho de que nos interpelan a afrontar una revisión crítica sobre el acompañamiento de la obesidad. Por ello, es importante plantear un debate público que garantice la participación de sociedades científicas, profesionales implicados, gestores y representantes de la población. Este proceso deliberativo debería abordar el hecho de que la intervención no se sus-

tente únicamente en el peso, sino en las condiciones de vida a las que están expuestos los niños y sus familias. Es decir, en aspectos como el entorno alimentario, el acceso a una alimentación saludable (por ejemplo, la existencia de becas para el comedor escolar), la disponibilidad de zonas verdes o espacios para la práctica de actividad física en el barrio o municipio, y el acceso a actividades extraescolares o de ocio educativo que impliquen actividad física. También, determinantes estructurales como políticas regulatorias (por ejemplo, impuesto sobre las bebidas azucaradas o normativa sobre el etiquetado y la publicidad de los alimentos) que, junto con los anteriores, sí se relacionan directamente con la obesidad infantil (20,21). Por lo tanto, se deberán tener en cuenta indicadores del barrio o municipio (índice socioeconómico, entorno urbanístico, tipología de los establecimientos de alimentación, etc.) para un abordaje integral de la obesidad infantil.

Por todo lo expuesto, y en consonancia con otros autores (17-18,22), proponemos algunas acciones que se podrían llevar a cabo para mejorar el acompañamiento de la obesidad infantil. Estas acciones se dirigen a aquellos profesionales sanitarios de distintos perfiles (pediatras, enfermeros/as, dietistas-nutricionistas, psicólogos/as, etc.) que atienden a niños y a adolescentes, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria:

- No centrar el objetivo en el peso y transmitir a niños, adolescentes y familias la ganancia en salud y bienestar como la meta principal del abordaje.
- Evitar el uso de la báscula o la toma de otras medidas antropométricas de manera sistemática, sobre todo cuando no van a cambiar nuestra actitud terapéutica.
- Si en alguna ocasión se debe pesar, informar acerca de ello y pedir consentimiento, como se haría en cualquier otra práctica clínica o exploración.
- En el caso de pesar al niño o adolescente, evitar el refuerzo positivo o negativo relacionado con la pérdida o la ganancia de peso, respectivamente. Si se trata de una medida de peso obtenida en una situación distinta al abordaje de la obesidad, no se realizarán comentarios acerca del peso obtenido de manera aislada y sin tener conocimiento de los antecedentes al respecto.

Aunque la propuesta haga referencia a una práctica que atañe al ámbito sanitario, creemos firmemente que, solo alineando los actores implicados en la prevención y el abordaje de la obesidad infantil, tanto del ámbito asistencial (centros de Atención Primaria, centros de atención a la salud mental, hospitales...) como del comunitario (escuelas, servicios sociales, equipamientos deportivos, entidades proveedoras de ocio educativo, ayuntamientos...) (23-25) se podrán prevenir de manera consistente el malestar emocional, la insatisfacción corporal y la baja autoestima, cuyos efectos pueden resultar tanto o más lesivos que la propia obesidad. Todo ello iría acompañado del enfoque no pesocentrista también de las campañas de Salud Pública y otras acciones educativas y

de sensibilización dirigidas a la población infantil o a sus familias.

Por último, es necesario mencionar las implicaciones del enfoque propuesto para los profesionales sanitarios. Además de participar en la reflexión colectiva que podría concluir con la actualización de las guías clínicas correspondientes, se requerirían más espacios de coordinación intersectorial y, probablemente, de formación específica sobre el estigma del peso, así como de un mayor tiempo de atención a los niños con obesidad y sus familias. Un respaldo institucional amplio facilitaría las condiciones necesarias para promover esta transformación de la práctica profesional y permitiría el avance hacia un enfoque que priorice la salud y el bienestar integral de la infancia y la adolescencia, en sintonía con la definición amplia de salud, clave para abordar la obesidad infantil. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 1948. [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. [Consultado noviembre de 2025].
2. Borrell-Carrió F. Médico de personas. Jordi Gol i Gurina, 1924-1985, in memoriam. *Aten Primaria*. 2005 Apr 30;35(7):339-341. Spanish. doi: <https://doi.org/10.1157/13074290>
3. Mauldin K, May M, Clifford D. *The consequences of a weight-centric approach to healthcare: A case for a paradigm shift in how clinicians address body weight*. *Nutr Clin Pract*. 2022 Dec; 37(6):1291-1306. doi: <https://doi.org/10.1002/hcp.10885>
4. Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. *Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012*. *Int J Obes*. 2016;40(5):883-886. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.2016.17>
5. Bacon L, Aphramor L. *Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift*. *Nutr J*. 2011;10(1):9. doi: <https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-9>
6. Wagner BE, Cook S. *Weight Bias and Stigma in Pediatric Obesity*. *Pediatr Clin North Am*. 2024 Oct;71(5):819-830. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2024.07005>. Epub 2024 Aug 7. PMID: 39343495.
7. Franco JVA, Grundtvig-Gram E, Meyer L, Grandi D, Cruzat B, Christiansen LB et al. *Beyond body mass index: rethinking doctors' advice for weight loss*. *BMJ*. 2025 Jun 25;389:e084654. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-084654>
8. Haqq AM, Kebbe M, Tan Q, Manco M, Salas XR. *Complexity and Stigma of Pediatric Obesity*. *Child Obes*. 2021 Jun;17(4):229-240. doi: <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0003>
9. Nutter S, Eggerichs LA, Nagpal TS, Ramos-Salas X, Chin-Chea C, Saiful S et al. *Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation*. *Obes Rev*. 2024 Jan;25(1):e13642. doi: <https://doi.org/10.1111/obr.13642>
10. Kramer R, Drury CR, Forsberg S, Bruett LD, Reilly EE, Gorell S et al. *Weight Stigma in the Development, Maintenance, and Treatment of Eating Disorders: A Case Series Informing Implications*



for Research and Practice. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2025 May;53(5):747-760. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-024-01260-3>

11. Sherifali D, Racey M, Fitzpatrick-Lewis D, Greenway M, Sockalingam S, Wada J et al. *Missing the Target: A Scoping Review of the Use of Percent Weight Loss for Obesity Management*. *Obes Rev*. 2025 Nov;26(11):e13960. doi: <https://doi.org/10.1111/obr.13960>

12. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/353613>. [Consultado noviembre de 2025].

13. Sánchez-Carracedo D. *El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa*. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2022;69(10):868-877. doi: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>

14. Sánchez-Carracedo D, Fornieles-Deu A, Anastasiadou D, Flint SW (2026). *Stigmatizing attitudes and misconceptions about obesity among Spanish healthcare professionals*. *PLoS One* 21(6): e0351868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0351868>

15. Weghuber D, Khandpur N, Boyland E, Mazur A, Frelut ML, Forslund A, Vlachopapadopoulou E, Erhardt É, Vania A, Molnar D, Ring-Dimitriou S, Caroli M, Mooney V, Forhan M, Ramos-Salas X, Pulungan A, Holms JC, O'Malley G, Baker JL, Jastreboff AM, Baur L, Thivel D. *Championing the use of people-first language in childhood overweight and obesity to address weight bias and stigma: A joint statement from the European-Childhood-Obesity-Group (ECOG), the European-Coalition-for-People-Living-with-Obesity (ECPO), the International-Paediatric-Association (IPA), Obesity-Canada, the European-Association-for-the-Study-of-Obesity Childhood-Obesity-Task-Force (EASO-COTF), Obesity Action Coalition (OAC), The Obesity Society (TOS) and the World-Obesity-Federation (WOF)*. *Pediatr Obes*. 2023 Jun;18(6):e13024. doi: <https://doi.org/10.1111/jipo.13024>. Epub 2023 Apr 1. PMID: 37002830.

16. Puhl RM, Lessard LM. *Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice*. *Curr Obes Rep*. 2020 Dec;9(4):402-411. doi: <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00408-8>. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33079337.

17. Roberts KJ, Polfuss ML. *Weight stigma in children and adoles-*

cents: Recommendations for practice and policy. *Nursing*. 2022 Jun 1;52(6):17-24. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000829904.57766.58>

18. Ozbardakci EV, Lydecker JA. *Reframing How Providers Advocate for Adolescent Well-Being in Body Image, Eating, and Weight*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023 Sep;62(9):957-962. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.03.008>

19. ASDAH. *Introducing the Revised Health at EverySize® Principles & New Framework of Care®*. 2024. Disponible en: <https://asdah.org/haes>. [Consultado noviembre de 2025].

20. Williams MS, McKinney SJ, Cheskin LJ. *Social and Structural Determinants of Health and Social Injustices Contributing to Obesity Disparities*. *Curr Obes Rep*. 2024 Sep;13(3):617-625. doi: <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00578-9>

21. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad y sobrepeso* [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. [Consultado julio de 2026].

22. Ball GDC, Merdad R, Birken CS, Cohen TR, Goodman B, Hadjiyannakis S et al. *Managing obesity in children: a clinical practice guideline*. *CMAJ*. 2025 Apr 13;197(14):E372-E389. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.241456>. Erratum en: *CMAJ*. 2025 Jul 1;197(24):E697. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.250898>

23. Vriese LM, Gubbels J, Verschueren Z, Bessems K (28 Aug 2025): *A qualitative exploration of intersectoral stakeholder cooperation in a Dutch integrated obesity prevention network for youth*. *International Journal of Health Promotion and Education*. doi: <https://doi.org/10.1080/14635240.2025.2549010>

24. Sánchez-Valdivia N, Sorolla Clemente EM, Sarkis Espinoza V, Asso Ministrál L, Blanquer Genovart MJ, Daufí Subirats C, Domènech Cantó M, Esteve-Matalí L, Sala Real N, Sanz-Mas M, Ramos Vaquero P. *Abordando la obesidad infantil desde la acción intersectorial: la estrategia POICAT*. *Rev Esp Salud Pública*. 2026; 100: 28 de abril e202604022. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/1580>

25. World Health Organization. *Ending childhood obesity: A time for action* [Internet]. Geneva: WHO; 2016. [Consultado julio 2026].