



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat de Farmàcia
i Ciències de l'Alimentació



Campus
de l'Alimentació
Universitat de Barcelona

UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT DE FARMACIA I CIÈNCIES DE L'ALIMENTACIÓ

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA GUÍA PARA UN ABORDAJE NUTRICIONAL INCLUSIVO Y NO GORDOFÓBICO

Trabajo Final de grado

Olga Rodríguez Gallardo

Trabajo de investigación

2026



- Esta obra está sujeta a una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



Título: Diseño y evaluación de una guía para un abordaje nutricional inclusivo y no gordofóbico.

Resumen: Objetivo: El objetivo de este estudio fue diseñar y evaluar la primera guía para un abordaje nutricional inclusivo y no gordofóbico dirigido a estudiantes y profesionales de Nutrición Humana y Dietética en España. **Métodos:** La guía se desarrolló a partir de una revisión bibliográfica y mediante una metodología participativa que incorporó las aportaciones de docentes, investigadores/as, profesionales sanitarios, estudiantes, representantes institucionales y personas con experiencia vivida de estigma de peso. Asimismo, se evaluaron las percepciones y creencias de estudiantes y profesionales sobre la obesidad y la gordofobia mediante un cuestionario administrado antes y después de una formación basada en la guía.

Resultados: La evaluación mostró una valoración global positiva de la guía y de la formación recibida, destacándose su utilidad, claridad y aplicabilidad en contextos académicos y asistenciales. Los resultados también evidenciaron cambios favorables en algunas percepciones relacionadas con la obesidad tras la intervención formativa, así como la importancia de promover un lenguaje inclusivo y una visión más amplia de la salud más allá del peso corporal. **Conclusión e implicaciones:** Los resultados refuerzan la necesidad de incorporar contenidos específicos sobre estigma de peso y atención nutricional inclusiva en la formación de futuros profesionales de la salud.

Palabras clave: Estigma de peso; Gordofobia; Nutrición y Dietética; Educación sanitaria; Atención inclusiva.

Abstract: Objective: The objective of this study was to design and evaluate the first guide for an inclusive and fatphobic nutritional approach aimed at students and professionals in Human Nutrition and Dietetics in Spain. **Methods:** The guide was developed from a literature review and using a participatory methodology that incorporated input from teachers, researchers, healthcare professionals, students, institutional representatives, and individuals with lived experience of weight stigma. The perceptions and beliefs of students and professionals regarding obesity and fatphobia were also assessed using a questionnaire administered before and after training based on the guide. **Results:** The evaluation showed an overall positive assessment of the guide and the training received, highlighting its usefulness, clarity, and applicability in academic and clinical settings. The results also demonstrated favorable changes in some perceptions related to obesity after the training intervention, as well as the importance of promoting inclusive language and a broader view of health beyond body weight. **Conclusion and implications:** The results reinforce the need to incorporate specific content on weight stigma and inclusive nutritional care into the training of future health professionals.

Keywords: Weight stigma; Weight bias; Nutrition and Dietetics; Health education; Inclusive care.

ODS - Objetivos de desarrollo sostenible

Este trabajo se relaciona principalmente con el ODS 3 (Salud y bienestar), ya que aborda el impacto del estigma de peso en la atención sanitaria y promueve una práctica nutricional más respetuosa e inclusiva.

Asimismo, se vincula con el ODS 4 (Educación de calidad), dado que la elaboración de una guía formativa tiene como objetivo mejorar la formación de estudiantes y profesionales de la Nutrición Humana y Dietética en relación con la gordofobia y el abordaje nutricional inclusivo. También contribuye al ODS 5 (Igualdad de género), puesto que las mujeres suelen verse especialmente afectadas por la presión estética, los ideales corporales normativos y las consecuencias derivadas del estigma de peso, factores que contribuyen a perpetuar desigualdades de género en el ámbito de la salud y el bienestar.

Finalmente, se relaciona con el ODS 10 (Reducción de las desigualdades), ya que el estigma de peso constituye una forma de discriminación que puede generar desigualdades en el acceso, la calidad y la experiencia de la atención sanitaria.

Por tanto, el presente trabajo contribuye a la consecución de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible mediante la promoción de una atención nutricional más equitativa, inclusiva y basada en el respeto a la diversidad corporal.

1. Introducción

La gordofobia o el estigma de peso, hace referencia al conjunto de actitudes, creencias y prácticas que desvalorizan a las personas en función de su peso corporal (1–3). Este fenómeno no debe entenderse únicamente como resultado de una interacción interpersonal, sino más bien como un proceso macrosocial y estructural en el que convergen dinámicas de poder que derivan en exclusión social (4). La estigmatización actúa como un mecanismo por el que se asignan características negativas a las personas con cuerpos de mayor tamaño, favoreciendo situaciones discriminatorias y pérdida del estatus social (5,6). En el imaginario social, las personas con mayor tamaño son percibidas como feas, enfermas, perezosas, sedentarias, indisciplinadas, sin control y fuerza de voluntad (7). Un argumento central que sostiene estas percepciones es que supuestamente las personas pueden tomar decisiones racionales sobre su salud y que el exceso de peso se controla fácilmente mediante la autodisciplina, sobre todo con respecto a la alimentación. Esta creencia es un factor clave del estigma asociado al peso, la moralización y culpabilización de las personas con exceso de peso (8,9).

El estigma de peso está presente, desde la infancia a la vejez, en múltiples ámbitos de la vida social (1,7). Además, diversos estudios han señalado que el estigma de peso no se distribuye homogéneamente entre la población, incidiendo más y de manera más importante sobre las mujeres debido a una mayor presión social de normativización corporal ejercida sobre su apariencia corporal y peso corporal (1,3). La normalización social del estigma de peso constituye uno de los principales obstáculos para su identificación, visibilización y abordaje. A diferencia de otras formas de discriminación, las actitudes, comentarios y prácticas estigmatizantes relacionadas con el peso corporal suelen percibirse como socialmente aceptables e incluso justificables cuando se enmarcan en discursos centrados en la salud, la prevención de enfermedades o la responsabilidad individual. Esta legitimación social favorece la reproducción del estigma de peso en distintos niveles, desde las relaciones interpersonales hasta las instituciones y estructuras sociales (2,3).

En consecuencia, la gordofobia no se limita a experiencias aisladas entre individuos, sino que se encuentra integrada en diversos ámbitos de la sociedad, incluyendo el ámbito sanitario, educativo, familiar, sexoafectivo, laboral y mediático. Su presencia en estos contextos puede influir en las oportunidades sociales, educativas, económicas, profesionales y asistenciales de las personas afectadas. Asimismo, la evidencia científica señala que la normalización del estigma dificulta su reconocimiento como forma de discriminación, contribuyendo a la perpetuación de desigualdades en salud y bienestar (1,3).

No obstante, en las últimas dos décadas, el estigma de peso viene siendo reconocido como un determinante social de la salud a causa de las consecuencias sobre el bienestar físico, psicológico, económico y social de las personas afectadas (2,3). Diversos estudios asocian que

la exposición al estigma de peso provoca mayor prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad, baja autoestima, aislamiento social y conductas alimentarias desadaptativas (3,8). Además, el impacto estigmatizante se puede ver aumentado por otras desigualdades como el género, la edad o la situación socioeconómica agravando las desigualdades socioeconómicas y en la salud de estas personas (2,3).

Diversos estudios indican que el estigma de peso también se encuentra en el sistema sanitario, afectando tanto a la relación entre profesionales y pacientes como a la calidad del servicio (1–3,9). Las personas con cuerpos de mayor tamaño experimentan con frecuencia discriminación, comentarios estigmatizantes y prejuicios durante la atención sanitaria. También se han descrito casos en los que profesionales de la salud atribuyen dolencias al peso corporal, lo que puede dar paso a diagnósticos erróneos sin tener en consideración otros factores clínicos relevantes (3,9). Todo esto nos lleva a unas consecuencias claras, las personas que perciben actitudes estigmatizantes presentan una mayor tendencia a evitar o retrasar las consultas médicas, menos adherencia a los tratamientos y reportan peores experiencias asistenciales (1,9).

En el ámbito de la Nutrición Humana y Dietética (NHyD), el peso corporal suele encontrarse en el centro de la evaluación y abordaje clínico, es por eso que la presencia del estigma de peso es una problemática muy relevante. Hay estudios que muestran que los/as profesionales sanitarios/as pueden dedicar menos tiempo en consulta cuando atienden a los/as pacientes con obesidad, en uno de ellos, los participantes del estudio indicaron que dedicarían un 28% menos de tiempo a estos pacientes en comparación con personas con normopeso (9).

El énfasis en el peso corporal hace que no se consideren otros determinantes de salud como el contexto socioeconómico y laboral la salud mental, o los hábitos de vida (3,10). Por este motivo, diferentes organismos y guías internacionales recomiendan una atención nutricional libre de estigma, basado en un tratamiento individualizado, con escucha activa y considerando a la persona de forma integral, sin olvidar priorizar la salud y el bienestar más allá de la pérdida de peso como único objetivo terapéutico (9,10).

En los últimos años han surgido diversas iniciativas orientadas a visibilizar el estigma de peso y promover enfoques más respetuosos hacia la diversidad corporal. Entre ellas destacan materiales divulgativos dirigidos a sensibilizar a la población general sobre el impacto de la gordofobia y la violencia estética como la *Guía básica sobre gordofobia. Un paso más hacia una vida libre de violencia*, elaborada por el Instituto Canario de Igualdad (11). También se han desarrollado recursos en distintos contextos nacionales como en Brasil y Canadá (15,16) que incorporan recomendaciones para determinados colectivos profesionales de la salud, centrados en una atención más inclusiva en el ámbito de la salud.

A pesar del creciente interés por esta problemática, continúan siendo limitados los materiales formativos específicamente dirigidos a estudiantes y profesionales de NHyD, sobre todo en el territorio español. Esta ausencia resulta inquietante si se considera el papel que desempeñan estos profesionales en el abordaje de la alimentación, el peso corporal y la promoción de la salud. Disponer de herramientas formativas basadas en la evidencia científica puede contribuir a identificar y reducir prácticas estigmatizantes, favoreciendo una atención más respetuosa, centrada en la persona y libre de prejuicios relacionados con el peso corporal.

Por esta razón, el presente trabajo ha tenido como objetivo elaborar y evaluar la guía titulada “*Más allá del peso: guía para un abordaje nutricional inclusivo*”, destinada a estudiantes y

profesionales de NHyD con la finalidad de desarrollar una mirada crítica sobre la obesidad y la gordofobia, promover una práctica nutricional inclusiva y proporcionar herramientas para un abordaje dietético libre de estigma. Asimismo, se buscó conocer las percepciones y actitudes hacía las personas con obesidad de un grupo de estudiantes y profesionales de la NHyD que participaron en el proceso de evaluación de la guía.

2. Metodología

Se trata de un trabajo exploratorio, de naturaleza interdisciplinar, que se ha realizado en el año 2026. Con el objetivo de diseñar la guía para un abordaje dietético no gordofóbico, se ha empleado una revisión de la literatura científica y un proceso participativo a través de la evaluación por personas expertas, activistas, profesionales y estudiantes de NHyD, tal y como se ha mostrado eficiente en otros estudios similares (17).

2.1 Diseño de la guía

En primer lugar, con el fin de comprender la gordofobia en la sociedad y particularmente en el ámbito sanitario, así como las estrategias e iniciativas desarrolladas para su reducción, se realizó una revisión de la bibliografía de trabajos relacionados con la gordofobia, la gordofobia dentro del ámbito sanitario y de manuales o guías para reducir la gordofobia. La búsqueda de estos artículos se realizó, principalmente, mediante la base de datos PubMed. Asimismo, se ha consultado manuales, guías y páginas web institucionales, como de la Agència de Salut de la Generalitat de Catalunya.

A partir del contenido revisado, se elaboró la guía formativa titulada “Más allá del peso: guía para un abordaje nutricional inclusivo” (Anexo 1). Esta guía se diseñó con el objetivo de proporcionar herramientas a los/as estudiantes y profesionales del ámbito de NHyD, para que se puedan formar en una práctica clínica más respetuosa, crítica y libre de sesgos con el peso corporal. La guía se desarrolló combinando contenido científico basado en evidencia científica con una presentación visual incorporando ilustraciones y elementos gráficos con el fin de facilitar la lectura y comprensión de los contenidos.

La guía se dividió en 12 apartados que abordan distintos aspectos relacionados con la gordofobia, distribuidos en 33 páginas:

1. **La gordofobia es una forma de discriminación y estigma:** Se explica la discriminación de la gordofobia basándose en el peso corporal lo que genera desigualdades y afecta al bienestar de las personas. También se explica el concepto de estigma de peso y sus principales manifestaciones.
2. **Está normalizada y es un problema estructural:** Se analiza como la gordofobia está invisibilizada y que se encuentra presente en distintos ámbitos sociales y culturales.
3. **La gordofobia se da a lo largo de toda la vida (infancia, adolescencia, adultez y vejez):** Se describe el estigma de peso en las distintas etapas vitales, así como consecuencias sobre la salud y la calidad de vida.
4. **El peso es un fenómeno complejo, no depende solo de la voluntad individual:** Se presenta la evidencia científica que muestra la influencia de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales sobre el peso corporal.

5. **El IMC tiene limitaciones:** Se revisan las limitaciones del IMC y se plantea una valoración más amplia e individualizada.
6. **La salud va más allá del peso:** Se promueve una visión integral de la salud que incorpore múltiples dimensiones físicas, psicológicas y sociales, evitando reducirla exclusivamente al peso corporal.
7. **La cultura de las dietas:** Se analiza el impacto de las dietas restrictivas centradas en la pérdida de peso, así como las consecuencias sobre la salud física y mental.
8. **Medicalización y farmacologización del peso: análogos del GLP-1:** Se reflexiona sobre el creciente uso de tratamientos farmacológicos para la pérdida de peso, también sobre los retos éticos y clínicos asociados a la medicalización del cuerpo.
9. **La gordofobia también se encuentra en el sistema sanitario:** Se describen situaciones de estigma de peso en la atención sanitaria que pueden afectar la relación terapéutica y el acceso a los servicios de salud.
10. **El estigma de peso también es perjudicial para la salud:** Se revisa la evidencia que relaciona el estigma de peso con peores resultados en salud física y mental sin tener en cuenta el peso corporal.
11. **Claves para un abordaje dietético NO gordofóbico:** Se proponen recomendaciones prácticas para desarrollar una atención nutricional respetuosa, centrada en la persona y libre de prejuicios relacionados con el peso.
12. **Principios de la salud en todas las tallas (HAES):** Se presentan los principios fundamentales del enfoque *Health at Every Size* (HAES), orientados a promover la salud, el bienestar y el respeto a la diversidad corporal.

Se incluye adicionalmente al final de la guía preguntas clave para que el/la profesional se hagan para un abordaje no gordofóbico en la práctica dietético-nutricional, así como un cuadro de puntos clave para un abordaje no gordofóbico (síntesis operativa para la práctica clínica). Se presenta también como contenido suplementario recursos complementarios tales como libros y artículos científicos de referencia, material audiovisual, guías de interés y asociaciones y de colectivos para un abordaje no gordofóbico.

2.2 Evaluación de la guía

2.2.1 Evaluación por personas expertas

El primer método de evaluación de la guía se ha centrado en personas expertas y con experiencia en el campo de la gordofobia. Estas personas han sido elegidas según su implicación en diferentes ámbitos: investigación, docencia, administración pública y activismo gordo. El perfil de las personas se presenta en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Perfil de las personas expertas evaluadoras de la guía “Más allá del peso: guía para un abordaje nutricional inclusivo”

Expertas	Formación	Lugar de trabajo	Experiencia sobre la gordofobia
Experta 1	Doctora en Farmacia, Dietista-nutricionista	Catedrática de Nutrición en la Universitat de Barcelona	Tiene más de 30 años de experiencia docente e investigadora, presenta enfoque científico y empático en el tratamiento de la obesidad.
Experta 2	Doctora en Ciencias de la Salud, Dietista-nutricionista	Profesora agregada en la Universidade Federal de Bahia (Brasil)	Investigadora con experiencia de más de 15 años en el estudio de gordofobia

Experta 3	Doctora en investigación biomédica, Dietista-nutricionista	Profesora agregada en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Brasil)	Investigadora con experiencia en Brasil y España y en el estudio de la gordofobia entre estudiantes de NHyD. Participó en el diseño de una guía sobre el abordaje no gordofóbico en la atención primaria para el Ministerio de Salud de Brasil
Experta 4	Doctora en Antropología Social por la Universitat de Barcelona, Grado en Letras y en Gastronomía	Profesora colaboradora en la Universitat Oberta de Catalunya	Investigadora con experiencia en el campo del activismo gordo en Brasil y España
Experta 5	Doctora en Comunicación, Antropóloga	Posdoctoranda en la Universitat Pompeu Fabra	Activista gorda miembro del colectivo Komando Gordix e investigadora en el campo de la gordofobia y especismo
Experta 6	Grado en Comunicación	Comunicadora	Activista gorda en México y España, miembro del colectivo Stop Gordofobia y del colectivo Komando Gordix
Experta 7	Màster en Salud Pública, Grado en Sociología	Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya	Técnica en el Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya
Experta 8	Diplomada en Nutrición Humana y Dietética	Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya	Técnica en el Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya
Experta 9	Diplomada en Nutrición Humana y Dietética	Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya	Técnica en el Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya
Experta 10	Diplomada en Nutrición Humana y Dietética	Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya	Técnica en el Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya
Experta 11	Diplomada en Nutrición Humana y Dietética	Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya	Técnica en el Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT) de la Generalitat de Catalunya

Para llevar a cabo esta primera evaluación se envió una carta de presentación y explicación del proyecto a estas personas. Al final de esta se añadieron preguntas valorativas para orientar la evaluación del contenido y formato de la guía. Las preguntas fueron las siguientes:

1. ¿Consideras que el contenido de esta guía es adecuado?
2. ¿Consideras que el contenido de esta guía es relevante?
3. ¿Consideras que el contenido de esta guía es claro?
4. ¿Qué aspectos deberían ser cambiados?
5. ¿Hay información que no incluirías?
6. ¿Hay información que añadirías?
7. Con respecto al formato, ¿Lo consideras adecuado?

Además, podían incluir comentarios suplementarios que considerasen pertinentes. A partir del conjunto de las valoraciones recibidas por parte de estas personas expertas en el ámbito de la gordofobia, dos investigadoras han modificado conjuntamente la guía.

2.2.2 Evaluación con estudiantes y profesionales de la dietética

La segunda valoración se llevó a cabo con estudiantes y profesionales del ámbito de la NHyD. El objetivo de esta fase no fue evaluar la eficacia de la intervención mediante resultados estadísticamente representativos, sino obtener una aproximación exploratoria y descriptiva a las percepciones y conocimientos de las personas participantes antes y después de una formación basada en la guía. Para ello, se administró un cuestionario pre y post intervención, situando la formación entre ambas mediciones. Este diseño permitió recoger respuestas cuantitativas y, sobre todo, cualitativas. Asimismo, se recabaron las opiniones de las personas participantes sobre el contenido de la guía y la formación recibida. Este proceso permitió identificar fortalezas, posibles áreas de mejora y valorar su utilidad como recurso formativo.

El cuestionario utilizado para esta evaluación ha sido elaborado específicamente para este trabajo y contenía 14 preguntas el cuestionario 1 y 21 preguntas el cuestionario 2, tanto abiertas como cerradas. El cuestionario se diseñó a partir de la revisión bibliográfica mencionada anteriormente sobre el estigma de peso, la gordofobia y los sesgos relacionados con la obesidad dentro del ámbito sanitario específico de la NHyD. Las preguntas estaban orientadas a explorar las percepciones y creencias de las causas y las experiencias en la práctica clínica relacionadas con la obesidad, así como opiniones sobre profesionales sanitarios con cuerpos no normativos y sus propias experiencias personales de discriminación por el peso.

Para evaluar las percepciones y creencias sobre la obesidad se utilizó la escala BAOP (Beliefs About Obese Persons Scale) (Anexo 2) validada en español (18,19), compuesta por 8 ítems valorados mediante una escala Likert de 6 puntos. En el presente estudio, se han utilizado las fórmulas propuestas por Vegas-Sala et al (2024) que tiene un lenguaje más adecuado y menos estigmatizante.

Para el cálculo de las puntuaciones, se llevó a cabo una recodificación en una escala centrada de -24 a +24. En primer lugar, las respuestas fueron transformadas a valores simétricos (-3 a +3). Posteriormente, se aplicó una corrección diferencial en función del contenido de los ítems: los ítems que atribuyen la obesidad a factores controlables por la persona (ítems 1, 3, 4, 5 y 6) fueron recodificados en sentido inverso, de forma que las puntuaciones altas reflejan menor control individual, mientras que los ítems que consideran factores biológicos o de menor control (ítems 2, 7 y 8) mantuvieron su dirección original. Las puntuaciones finales se obtuvieron mediante la suma de los ítems, de modo que valores más altos indican una menor creencia en el control de la obesidad llevando a una menor presencia de actitudes estigmatizantes (18,19).

Para la caracterización de la muestra, el cuestionario también recogía variables sociodemográficas como edad, género y lugar de residencia, así como variables académicas como curso académico (en el caso de los/as estudiantes) o año de finalización de los estudios (en el caso de los/as profesionales sanitarios/as). Como datos antropométricos se solicitó el peso y la altura.

Al inicio del formulario se solicitaba el consentimiento informado y se presentaba la política de privacidad, siguiendo los principios establecidos en el Código de Buenas Prácticas en Investigación de la Universitat de Barcelona. La participación fue voluntaria, anónima y sin compensación económica. Para poder efectuar la comparativa entre los cuestionarios pre y post

intervención formativa, se solicitó un código de identificación anónimo generado a partir de la fecha de nacimiento de cada participante (ejemplo: 13092002).

El cuestionario se administró de forma online mediante la plataforma Google Forms con una muestra de conveniencia. Las personas participantes fueron seleccionadas a partir de unos criterios específicos. En el caso de los/as estudiantes, se priorizó que fueran alumnos/as de últimos cursos, el objetivo era incluir personas con una buena base de diferentes centros educativos, quedando excluidos los que cursaban el primer año de la carrera. Respecto a los/as profesionales, se seleccionaron profesionales que trabajan en nutrición y salud, con experiencia en el ámbito clínico de diferentes hospitales de referencia. Se consideró que tuvieran una trayectoria profesional que permitiera aplicar y valorar los contenidos de la guía en la práctica asistencial. También se incluyeron profesionales del ámbito docente, de esta manera se puede tener una visión complementaria sobre la adecuación pedagógica de la guía como herramienta formativa. No se tuvieron en cuenta profesionales que no tuvieran experiencia profesional en algunos de estos dos sectores mencionados. La selección de las personas participantes se realizó gracias a contactos académicos y laborales.

La muestra de la primera aplicación del cuestionario se compuso de 8 estudiantes de NHyD, de los cuales 5 son de la Universitat de Barcelona y 3 de la Universitat Oberta de Catalunya, así como 5 profesionales del ámbito de la Nutrición y Dietética, todas las personas residentes en España. La participación fue voluntaria y se les informó que el proceso incluía la cumplimentación del cuestionario I, la asistencia a la formación basada en la guía elaborada y la posterior realización del cuestionario II.

Tras la cumplimentación del primer cuestionario, las personas participantes recibieron una formación basada en la guía *“Más allá del peso: guía para un abordaje nutricional inclusivo”*. Se realizaron tres sesiones de formación según la disponibilidad de las personas participantes que se impartieron tanto en modalidad presencial como online. De las 17 personas que completaron el cuestionario I, solo participaron 14 en la formación. Tres participantes no pudieron asistir a la formación debido a diferentes circunstancias personales y de disponibilidad, entre ellas incompatibilidades horarias y motivos de salud.

Durante las sesiones de formación se explicaron los principales contenidos de la guía. Además, el momento de la formación ha servido como un grupo de discusión ya que se ha buscado fomentar la participación y reflexión de los asistentes sobre la guía y sus percepciones con respecto a las personas con obesidad y la gordofobia. La duración aproximada fue de entre 25-30 minutos, dependiendo del ritmo de exposición y de las intervenciones de los participantes. Para poder recoger observaciones y comentarios que pudieran contribuir a la mejora de la guía, las sesiones fueron grabadas en audio o video previo consentimiento verbal de las personas participantes. Las sesiones virtuales se programaron mediante la plataforma Microsoft Teams. Tras la realización de la formación, se envió el cuestionario de evaluación II a todas las personas participantes. Se obtuvieron un total de 13 respuestas, lo que representa una tasa de respuesta del 92,9%.

El segundo cuestionario mantuvo las preguntas incluidas en el cuestionario I. El objetivo era comparar posibles cambios en las percepciones, actitudes y creencias relacionadas con la obesidad y la gordofobia tras la intervención formativa gracias al código de identificación ya mencionado. Además, se incluyeron nuevas preguntas específicas destinadas a evaluar la

formación recibida, el contenido y la utilidad de la guía. Se crearon siguiendo una escala Likert de 5 ítems para valorar el grado de satisfacción con la sesión formativa recibida, la adquisición de nuevos conocimientos sobre la gordofobia, si ha habido cambios en las propias percepciones y la relevancia de la guía para la práctica profesional dietético-nutricional. Por último, se añadieron preguntas abiertas para recoger propuestas de mejora relacionadas con los contenidos, la formación impartida y la estética del diseño de la guía formativa. Esta información cualitativa sirvió para detectar aspectos modificables o adaptar el material educativo desarrollado.

El cuestionario I se envió vía email el 24 de abril. Durante el mes de mayo se organizaron diferentes sesiones formativas basadas en la guía a todas las personas interesadas en continuar con el proyecto que se llevaron finalmente a cabo entre el 27 de mayo y el 3 de junio. Al finalizar la formación, se administró el cuestionario II mediante Google Forms, siguiendo el mismo procedimiento del cuestionario I. Por lo tanto, el intervalo de recogida de datos entre el cuestionario I y la formación fue de 1 mes aproximadamente.

Los datos cualitativos de las preguntas abiertas se analizaron identificando y agrupando las ideas principales, los temas que se repetían y con las propuestas de mejora que indicaban las personas participantes (20). Para los datos cuantitativos, se calcularon la media y la mediana para resumir los resultados obtenidos en los cuestionarios.

3. Resultados

3.1. Evaluación de la guía por personas expertas

La versión preliminar de la guía ha sido revisada por 11 expertas (todas mujeres) vinculadas al ámbito de la docencia universitaria, la salud pública, la nutrición, el estudio del estigma de peso y el activismo gordo. Se solicitó, a partir de preguntas abiertas, una valoración de los contenidos con respecto a si es adecuada, relevante, clara y útil.

En general, las valoraciones recibidas fueron favorables, destacando la relevancia social y profesional del tema que se está tratando, la ausencia de material didáctico dirigido específicamente a estudiantes y profesionales de NHyD, así como el rigor bibliográfico y el enfoque crítico empleado en la elaboración de la guía. También se valoró positivamente el carácter didáctico del material, la claridad del documento, el diseño y la inclusión de recomendaciones prácticas aplicables al ámbito asistencial.

Con respecto a los contenidos, las sugerencias recibidas se centraron sobre todo en su organización, revisiones de conceptos e inclusión de ejemplos prácticos. Entre las recomendaciones más frecuentes destacaron:

- La incorporación de referencias a factores como la raza, la etnia o la discapacidad en el análisis del estigma de peso para tener aún más en cuenta la perspectiva interseccional.
- La utilización de terminología más inclusiva relacionada con la diversidad corporal, como por ejemplo el uso de palabras como “corporalidad” o “cuerpos grandes”. Las dos personas del activismo gordo también cuestionaron el uso del concepto “obesidad” que suele ser rechazado como un término relacionado con la patologización de los cuerpos y personas gordas.
- La inclusión de ejemplos que ilustraran situaciones cotidianas de gordofobia.- La ampliación de recursos bibliográficos complementarios para incluir, por ejemplo, materiales producidos

por la Generalitat de Cataluña para una asistencia sanitaria pediátrica no gordofóbica, guías que se han desarrollado en otros países o el Observatorio de Gordofobia Sanitaria.

También se hicieron observaciones relativas al diseño, la corrección de erratas, mejoras de elementos gráficos y la organización de los apartados, principalmente se ha sugerido reducir la cantidad de texto en algunas de las páginas.

Todas las observaciones recibidas fueron revisadas e incorporadas, a partir del consenso entre dos investigadoras, cuando eran compatibles con los objetivos del proyecto. Se realizaron las modificaciones que se consideraron pertinentes tanto a nivel de contenido, como de presentación de la guía, obteniendo como resultado final una versión más completa, clara y adaptada a las necesidades de las personas a las que va dirigido el proyecto.

3.2. Evaluación de la guía por los/as estudiantes de NHyD y nutricionistas-dietistas

3.2.1 Características de las personas participantes

El primer cuestionario fue completado por 17 personas, de las cuales 9 eran estudiantes de NHyD de distintos cursos y dos universidades de Cataluña, las otras 8 personas eran dietistas-nutricionistas y otros/as profesionales con formación relacionada con la nutrición y la salud. Tras la intervención formativa basada en la guía *Más allá del peso: guía para un abordaje nutricional inclusivo*, 13 participantes volvieron a completar el cuestionario II, correspondiendo 8 respuestas de estudiantes y 5 de profesionales sanitarios. La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres en ambos grupos (Cuadro 2).

Cuadro 2. Perfil de los/as estudiantes de NHyD y nutricionistas-dietistas que participaron en la evaluación de la guía “Más allá del peso: guía para un abordaje nutricional inclusivo”

Participantes	Edad	Género (F / M)	Curso	Estudios	Año finalización estudios	IMC
Estudiantes						
1	22	F	4	Grado en NHyD	-	22.1
2	45	M	4	Grado en NHyD	-	23.9
3	30	F	3	Grado en NHyD	-	24.4
4	44	M	2	Grado en NHyD	-	20.4
5	23	F	4	Grado en NHyD	-	27.8
6	24	F	4	Grado en NHyD	-	24.4
7	33	F	2	Grado en NHyD	-	35.1
8	26	F	4	Grado en NHyD	-	24.6
Profesionales						
9	28	M	-	Grado en NHyD	2019	22.9
10	48	M	-	Diplomatura en NHyD	2004	26.5
11	55	F	-	Diplomatura en NHyD	2002	25.9
12	65	F	-	Licenciatura en enfermería y Grado en NHyD	1990	29
13	54	F	-	Diplomatura en NHyD	2000	27.5

3.2.2 Percepciones y creencias de los/as estudiantes de NHyD y nutricionistas-dietistas sobre la obesidad antes y después de la formación

La primera pregunta del cuestionario era una pregunta abierta de asociación libre en la cual se solicitaba a las personas participantes de asociar tres palabras con el término “obesidad”. Antes de la intervención formativa, las personas participantes asociaban la obesidad principalmente con conceptos relacionados con la salud, la enfermedad, la alimentación y el sedentarismo. La palabra más frecuente fue enfermedad, mencionada seis veces, seguida de sedentarismo (cinco veces) y salud (tres veces). También se incluyeron cinco palabras relacionadas con la alimentación y los hábitos alimentarios como comer o alimentación. Asimismo, algunas respuestas incorporaron factores como las patologías crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular), la genética, la salud mental y, con menos frecuencia, las dificultades socioeconómicas, lo que sugiere una percepción menos multifactorial en este sentido.

Tras la formación, se ha observado un cambio importante en el campo semántico asociado a la obesidad. Con una clara influencia del contenido presentado en la formación, la palabra estigma pasa a ser la más mencionada (6 veces), además de términos relacionados con la salud mental y las dificultades vividas por las personas con obesidad como, por ejemplo, discriminación, miedo, esfuerzo, sufrimiento o autoestima. También se incorporan palabras relacionadas con una visión más integral como sociedad y multifactorial. La palabra enfermedad se vuelve menos presente, indicada por cuatro personas, y se observa una reducción en la asociación con el sedentarismo y las enfermedades crónicas no transmisibles.

También se ha preguntado de forma abierta sobre las causas de la obesidad. Antes de la formación, la visión dominante incluía una perspectiva centrada principalmente en los comportamientos individuales asociados a prácticas alimentarias inadecuadas o el sedentarismo, en los factores genéticos y metabólicos. El estado psicológico o las condiciones sociales y económicas estaban poco presentes en las percepciones de las personas participantes. Tras la formación se observa que, aunque se siga atribuyendo la etiología de la obesidad a comportamiento individuales, para siete personas se amplía sus percepciones, que pasan a integrar otros aspectos como la dimensión social, económica o cultural. Cabe notar que tres personas ya presentaban una visión integral de las causas de la obesidad previamente a la formación y esta visión se mantuvo en la segunda aplicación del cuestionario. Asimismo, tres personas tenían una visión poco multifactorial y moralizante de las causas de la obesidad, tras la formación, no cambiaron su comprensión.

En cuanto a la consideración de la obesidad como enfermedad, las respuestas fueron heterogéneas. Antes de la formación, aproximadamente la mitad de las personas participantes consideraron que una persona con obesidad es una persona enferma, mientras que otras cinco no asociaban la obesidad a una enfermedad y algunas señalaron que la obesidad constituye un factor de riesgo o una condición clínica que debe valorarse de forma individualizada. Después de la formación, la mayor parte de estas percepciones se mantuvieron.

Del mismo modo, antes de la formación no existió consenso respecto a la obligatoriedad de perder peso en caso de obesidad. Seis personas defendieron que es necesario adelgazar, otras tres que no y cuatro que el adelgazamiento debía recomendarse únicamente en función del estado de salud, el grado de obesidad o la presencia de comorbilidades asociadas. Tras la

formación, se observó un cambio en las percepciones, ya que diez participantes indicaron que no siempre se debería adelgazar o que el adelgazamiento debe ser recomendable en función de la situación de cada persona, de “otros factores asociados”, de la “vida cotidiana de la persona”, de su “salud integral”, etc.

También se ha solicitado a las personas participantes que percepción tenían con respecto al tratamiento de la persona con obesidad. No se observaron diferencias relevantes antes y después de la formación. En ambos momentos, la mayoría de las personas participantes describieron la situación como un proceso complejo que requiere comprensión, respeto, empatía e individualización. Diversas respuestas destacaron la necesidad de considerar factores físicos, psicológicos y sociales, así como la importancia de evitar juicios de valor durante la atención nutricional. Es importante destacar que una persona ha obtenido conocimientos a partir de la formación para poder abordar mejor un tratamiento multidimensional.

Cuando se preguntó sobre sus percepciones de un/a dietista-nutricionista con sobrepeso u obesidad, la mayoría de las personas participantes manifestaron, tanto antes de la formación como después, que el peso corporal no determina la competencia profesional ni los conocimientos de la persona. Sin embargo, algunas respuestas reflejaron dudas sobre la coherencia entre la práctica profesional, los comportamientos individuales y la situación corporal del profesional, lo que pone de manifiesto determinadas creencias relacionadas con el peso corporal incluso entre personas vinculadas al ámbito de la NHyD y con sus semejantes. Cabe destacar que una persona, antes de la formación, tenía una visión negativa de un/a dietista-nutricionista con obesidad y ha cambiado totalmente su opinión en el segundo cuestionario hacía una percepción más empática y menos discriminatoria.

Se analizaron las puntuaciones de la escala BAOP en un total de 13 participantes antes y después de la intervención formativa sobre gordofobia. En la medición inicial, la media del grupo fue de -1.54, lo que indica una ligera tendencia hacia creencias que atribuyen la obesidad a factores controlables por la persona, o sea una visión más gordofóbica. En esta fase, siete participantes presentaban puntuaciones negativas (mayor atribución de control individual), una persona participante una puntuación neutra (0) y cinco participantes puntuaciones positivas (mayor reconocimiento de factores no controlables o complejos). Tras la intervención, la media del grupo aumentó a 1.69, indicando un desplazamiento hacia creencias que reconocen en mayor medida la complejidad de la obesidad y que atribuye menos responsabilidad a la persona con obesidad. En este momento, se observa que cinco participantes presentan puntuaciones negativas, ninguna persona obtuvo puntuación neutra, y ocho participantes muestran puntuaciones positivas (Cuadro 3).

Cuadro 3. Creencias con respecto a la obesidad de los/as estudiantes de NHyD y nutricionistas-dietistas evaluadas con la escala BAOP antes y después de la formación en un abordaje nutricional no gordofóbico

Variable	Antes	Después
Media BAOP	-1,54	1,69
Valor mínimo	-8	-10
Valor máximo	11	13
N puntuaciones negativas (%)	7 (53,85)	5 (38,46)
N puntuaciones neutras (%)	1 (7,69)	0
N puntuaciones positivas (%)	5 (38,46)	8 (61,54)

La diferencia media entre las puntuaciones pre y post intervención fue de 3.23 puntos, lo que sugiere un cambio positivo en las creencias de las personas participantes. En conjunto, estos resultados muestran una mejora en la dirección esperada, con un incremento del número de participantes con creencias menos estigmatizantes (de 5 a 8), y una reducción de aquellos con creencias más centradas en la responsabilidad individual (de 7 a 5). La Figura 1 presenta las puntuaciones obtenidas antes y después de la formación para cada participante.

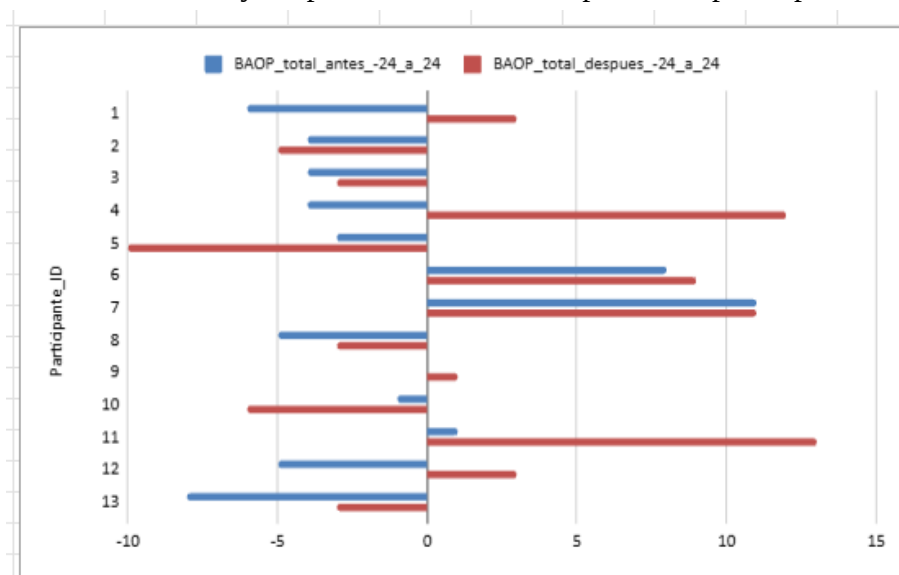


Figura 1. Puntuaciones obtenidas en la escala BAOP para cada participante antes y después de la formación (puntuación mínima -24 y máxima +24)

3.2.3 Valoración de la guía y de la formación por estudiantes y profesionales de NHyD

Con el objetivo de conocer la valoración de la guía y de la formación por parte de las personas participantes, se incluyeron cuatro preguntas valoradas mediante una escala Likert de 1 a 5 puntos. Los resultados obtenidos muestran una valoración global muy positiva tanto de la sesión formativa como de la guía elaborada (Figura 2). El nivel de satisfacción con la sesión formativa alcanzó una puntuación media de 4,85 sobre 5. Asimismo, la valoración del conocimiento adquirido sobre la gordofobia y el abordaje dietético no gordofóbico obtuvo una media de 4,77 puntos. En relación con el impacto percibido de la formación, las personas participantes otorgaron una puntuación media de 4,23 puntos al cambio de percepciones y conocimientos generado (Figura 2). Por último, la valoración de la importancia de la guía para

la práctica profesional del dietista-nutricionista alcanzó la puntuación máxima posible (5,00 puntos), lo que refleja el elevado interés y utilidad percibida de este recurso entre las personas participantes.

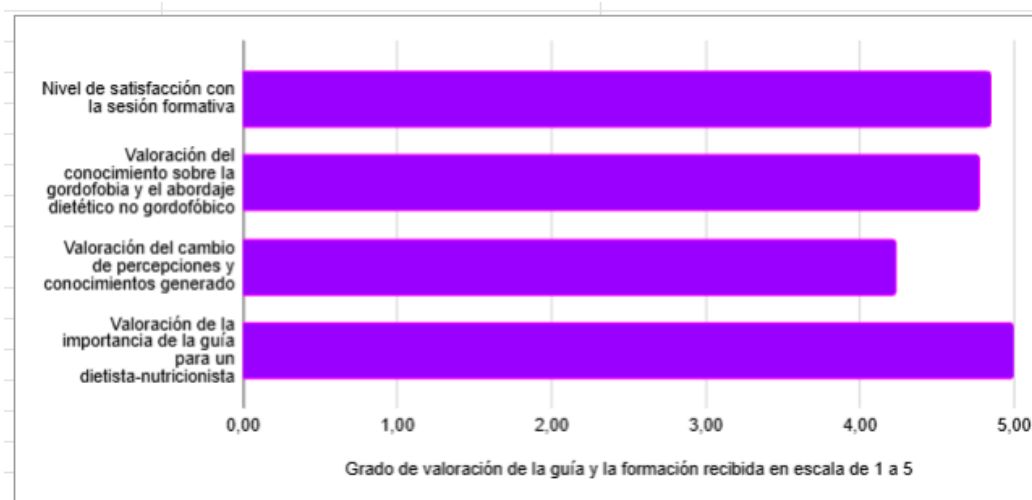


Figura 2. Grado de valoración de la guía y de la formación recibida en una escala de 1 a 5 por los/as estudiantes de NHyD y nutricionistas-dietistas

También se han propuesto preguntas abiertas para explorar en mayor profundidad las opiniones de las personas participantes. En relación con los posibles cambios o mejoras de la guía, las respuestas recogidas muestran una valoración globalmente positiva del material. De forma recurrente, varias personas participantes señalan que la guía es completa, clara y bien estructurada, e incluso algunos/as participantes consideran que no sería necesario realizar modificaciones.

No obstante, también se identifican propuestas de mejora orientadas principalmente a su aplicabilidad práctica. Entre ellas destacan la incorporación de más casos clínicos, ejemplos reales y situaciones prácticas que faciliten la transferencia de los contenidos al contexto asistencial. Asimismo, algunas personas participantes sugieren la elaboración de resúmenes o esquemas con los puntos clave, así como el uso de más elementos visuales como negritas o colores para destacar la información más relevante. También se menciona la posibilidad de simplificar parcialmente el contenido o estructurarlo en formato tipo checklist para su uso en consulta.

En relación con la estética de la guía, se observa una valoración positiva. La mayoría de las personas participantes destacan que la guía presenta un diseño claro, atractivo y fácil de seguir, utilizando un lenguaje accesible y un formato visual agradable. No obstante, algunos/as participantes señalan que en determinados apartados existe una elevada densidad de texto, lo que puede dificultar la lectura. En este sentido, se sugiere incrementar la presencia de elementos visuales, esquemas o recursos gráficos que faciliten la comprensión, así como reducir la cantidad de texto en algunas diapositivas o secciones.

Con respecto a la formación recibida, las respuestas también indican una percepción positiva. En general, se destaca su utilidad y claridad, así como la adecuada estructuración de los contenidos. Varias personas participantes señalan que no realizarían cambios significativos en la formación teórica. Tal como se ha dado en el caso de la guía, las principales sugerencias de

mejora se centran en el aumento de la parte práctica, proponiendo la incorporación de casos clínicos, role-playing o actividades aplicadas que faciliten la comprensión y la implementación de los contenidos en la práctica profesional. También se menciona la posibilidad de incluir testimonios o experiencias de profesionales, así como materiales de apoyo complementarios o formatos más resumidos de la información.

4. Discusión

Este trabajo tuvo como objetivo diseñar y evaluar la primera guía para un abordaje nutricional inclusivo y no gordofóbico destinado a estudiantes y profesionales de NHyD en el Estado español.

Las personas con cuerpos grandes, especialmente las mujeres, son frecuentemente estigmatizadas y discriminadas debido a su peso corporal (3). Este fenómeno, conocido como gordofobia o estigma de peso, se manifiesta a nivel individual, interpersonal e institucional, e incluye también su internalización por parte de las propias personas afectadas (3,21). Se trata de un fenómeno ampliamente extendido en las sociedades occidentales, presente en distintos ámbitos de la vida social como la educación, la familia, el trabajo, las relaciones sexoafectivas y el ámbito sanitario (22).

En el contexto sanitario, incluida la NHyD, el estigma de peso se ha descrito como un problema estructural que afecta a la calidad de la atención. Las personas con obesidad o cuerpos grandes reportan con frecuencia experiencias de trato deshumanizado, juicios morales y una atención centrada casi exclusivamente en la pérdida de peso, en detrimento de un abordaje integral de la salud (7,23). Este enfoque se ve reforzado por una formación profesional predominantemente biomédica y tecnicista, en la que los determinantes sociales, culturales y políticos de la salud ocupan un lugar secundario. En este sentido, la llamada gordofobia médica se encuentra presente desde la etapa formativa y tiende a mantenerse a lo largo del ejercicio profesional (7,23).

Diversos autores han señalado que tanto los/as profesionales de la salud como el propio sistema sanitario no siempre están preparados para abordar la obesidad desde una perspectiva libre de sesgos y centrada en la complejidad del fenómeno (7,23). Además, la evidencia muestra que las intervenciones dirigidas a reducir el sesgo de peso en profesionales sanitarios han tenido resultados limitados o poco sostenidos en el tiempo, lo que pone de manifiesto la necesidad de estrategias formativas más estructurales y transformadoras (24).

En este contexto, distintos autores y colectivos han subrayado la necesidad de una formación específica que permita: (a) aumentar la autoconciencia y la reflexión crítica sobre la práctica profesional; (b) comprender la multicausalidad de las corporalidades y de la salud; (c) promover una comunicación no centrada en el peso y basada en la escucha activa; y (d) incorporar las experiencias vividas de las personas con cuerpos grandes (1,3). Asimismo, se ha señalado la importancia de establecer enfoques interdisciplinarios que integren la nutrición con disciplinas como la sociología o la antropología, con el objetivo de superar visiones reduccionistas del cuerpo y la salud (23).

La guía propuesta en este trabajo se desarrolla en línea con estas recomendaciones y se concibe desde una perspectiva participativa. Se han tenido en cuenta las aportaciones de docentes de NHyD, investigadores/as de distintas disciplinas, representantes institucionales, profesionales

y estudiantes de NHyD, así como personas del activismo gordo con experiencia directa de gordofobia. Este enfoque es coherente con la evidencia que destaca el valor de las metodologías participativas en el diseño de intervenciones en salud, ya que permiten aumentar la relevancia, la adecuación cultural y la aplicabilidad de los materiales desarrollados (17,25,26). Especialmente relevante es la inclusión de personas con experiencias vividas de gordofobia, ya que suelen ser invisibilizadas y no escuchadas (22). Esta situación es frecuente en el ámbito de la atención a la salud, donde se establecen con frecuencia relaciones jerárquicas y no dialógicas entre profesionales sanitarios/as y pacientes, en las cuales sus conocimientos, percepciones y experiencias vividas son desconsiderados (7).

El contenido de la guía presenta diversos puntos en común con otras herramientas desarrolladas para el ámbito de la NHyD y la atención en salud en otros países como en Brasil y Canadá (16,17,25). Todas estas herramientas destacan la complejidad y multifactorialidad de la obesidad, también la importancia de considerar las dimensiones sociales, culturales, económicas y ambientales, desplazando el enfoque sobre la responsabilidad individual. También inciden sobre una atención respetuosa, empática y no pesocentrista.

En la evaluación de la guía, los resultados obtenidos indican una valoración global positiva por parte de los diferentes perfiles participantes, destacando especialmente su pertinencia, claridad y utilidad potencial en la formación y práctica profesional. Esta valoración está alineada con las demandas actuales del ámbito de la nutrición y la atención sanitaria, donde existe una creciente necesidad de materiales formativos que incorporen enfoques críticos del estigma de peso y promuevan una atención más respetuosa e inclusiva. Las sugerencias coinciden con la literatura científica crítica en el ámbito de la gordofobia y las propuestas del activismo gordo, por ejemplo, con respecto al uso de vocabularios inclusivos y no patologizantes para referirse a las personas con obesidad o la necesidad de la inclusión de la perspectiva interseccional (4). Con respecto a las percepciones de los/as estudiantes de NHyD y los/as nutricionistas-dietistas, se ha observado que, aunque algunas personas participantes tenían una visión multifactorial de la obesidad, la mayoría presentaba actitudes que reproducen las lógicas gordofóbicas que sitúan el problema de exceso de peso sobre un comportamiento individual, como el sedentarismo, lo que se ha explicitado tanto en las respuestas cualitativas como en las puntuaciones obtenidas en la escala BAOP. Estos resultados coinciden con estudios previos donde se observó que tanto profesionales de la nutrición como población general continuaban asociando el exceso de peso a un problema comportamental relacionado con la falta de disciplina o control. No obstante, a la diferencia que han encontrado otros estudios (27), la mayor parte de la muestra del presente estudio demostró una actitud empática y no gordofóbica con otros/as profesionales con obesidad.

Los resultados obtenidos sugieren una evolución favorable de las percepciones de los participantes tras la formación basada en la guía *“Más allá del peso: guía para un abordaje nutricional inclusivo”*, observándose una mejora en las puntuaciones de la escala BAOP y en las respuestas abiertas del cuestionario. Aunque la muestra fue reducida y que la puntuación media del conjunto de participantes tras la formación ha aumentado solamente 3.23 puntos, los datos apuntan a una mayor comprensión de la obesidad como un fenómeno multifactorial que no depende únicamente de la voluntad individual. En este sentido, la formación basada en la

guía podría haber contribuido a cuestionar algunas de estas creencias y a promover una visión más amplia y menos estigmatizante de la obesidad.

Este estudio tiene el mérito de haber diseñado y evaluado una herramienta original para un abordaje nutricional no gordofóbico, incorporando la participación de distintos agentes implicados en esta problemática. No obstante, presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas para la interpretación de los resultados y la realización de futuros estudios. En primer lugar, únicamente 13 estudiantes y profesionales completaron todo el proceso de participación. Se trata de una muestra pequeña y de conveniencia que, al estar compuesta por personas que se ofrecieron voluntariamente, puede presentar un sesgo de autoselección, con mayor predisposición, interés o sensibilización previa hacia la temática. Este hecho limita la generalización de los resultados. Futuros estudios deberían considerar el uso de muestras más amplias y diversas, así como diseños que permitan evaluar de manera más robusta el impacto de la formación y el mantenimiento en el tiempo. En segundo lugar, la recogida de datos cualitativos mediante un cuestionario en línea restringe la profundidad analítica y limita la posibilidad de explorar matices, contradicciones o procesos reflexivos complejos. Asimismo, este formato no favorece la construcción de una reflexión crítica a través del diálogo, como sí lo permitirían metodologías cualitativas más interactivas, como las entrevistas semiestructuradas. Por último, la intervención formativa se limitó a una única sesión, lo que probablemente resulta insuficiente para promover transformaciones sostenidas en las percepciones y prácticas de las personas participantes. La evidencia sugiere que los cambios en actitudes y marcos interpretativos requieren procesos formativos más prolongados y continuados, por lo que futuras intervenciones deberían contemplar diseños más extensos en el tiempo.

5. Conclusión

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto que la gordofobia y el estigma de peso continúan presentes tanto en la sociedad como en el ámbito sanitario, persistiendo creencias y prejuicios que pueden influir en la atención prestada a las personas con cuerpos de mayor tamaño. A pesar del creciente interés por esta temática en los últimos años, siguen existiendo pocos recursos formativos específicamente dirigidos a estudiantes y profesionales de la Nutrición Humana y Dietética.

En este contexto, este estudio ha diseñado y evaluado la guía “Más allá del peso: guía para un abordaje nutricional inclusivo”. Esta herramienta se reveló una herramienta útil para promover una reflexión crítica sobre el estigma de peso y favorecer prácticas profesionales más respetuosas e inclusivas. Tanto la evaluación realizada por las personas expertas como la valoración de estudiantes y profesionales mostraron una buena aceptación de la guía, también de la formación asociada, destacando especialmente su utilidad, actualidad y aplicabilidad en la práctica profesional.

Aunque la muestra de personas participante fue reducida, se observaron cambios favorables en algunas de las percepciones y creencias relacionadas con la obesidad tras la formación, lo que sugiere el potencial de este tipo de intervenciones para sensibilizar y promover una atención nutricional libre de estigma.

Como líneas futuras, sería interesante ampliar la difusión de la guía, desarrollar versiones más breves y adaptadas a distintos formatos de comunicación, así como implementar nuevas acciones formativas dirigidas a estudiantes y personal sanitario. Del mismo modo, futuras investigaciones podrían evaluar el impacto de la guía mediante intervenciones con muestras más amplias y representativas que permitan analizar con mayor solidez sus efectos sobre las actitudes y prácticas relacionadas con el estigma de peso.

Declaración sobre el uso de IA generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de preparación del manuscrito.

Declaración: Durante la preparación de este trabajo, se ha utilizado Chatgpt para redacción y búsqueda bibliográfica. Tras utilizar esta herramienta o servicio, se ha revisado y editado el contenido según fue necesario y se asumen toda la responsabilidad por el contenido del artículo publicado.

6. Referencias

1. Puhl RM, Lessard LM. Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Curr Obes Rep.* diciembre de 2020;9(4):402-11. doi:10.1007/s13679-020-00408-8
2. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region [Internet]. [citado 7 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/items/e3d769b1-3084-49c8-abec-ca0b790aff97>
3. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* abril de 2020;26(4):485-97. doi:10.1038/s41591-020-0803-x
4. Verthein U, De Moraes Prata Gaspar MC. Fat activism in Brazil and Spain: body, stigma and rights. *Soc Mov Stud.* 20 de marzo de 2026;1-17. doi:10.1080/14742837.2026.2648296
5. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.* agosto de 2001;27(1):363-85. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
6. Poulain JP. Sociologie de l'obésité [Internet]. Presses Universitaires de France; 2009 [citado 11 de junio de 2026]. Disponible en: <http://www.cairn.info/sociologie-de-l-obesite--9782130553137.htm> doi:10.3917/puf.poula.2009.01
7. Gaspar MCDMP, Sato PDM, Scagliusi FB. Under the 'weight' of norms: Social representations of overweight and obesity among Brazilian, French and Spanish dietitians and laywomen. *Soc Sci Med.* abril de 2022;298:114861. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114861

8. Brewis A, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Glob Health*. diciembre de 2018;14(1):20. doi:10.1186/s12992-018-0337-x
9. Trainer S, SturtzSreetharan C, Wutich A, Brewis A, Hardin J. Fat Is All My Fault: Globalized Metathemes of Body Self-blame. *Med Anthropol Q*. marzo de 2022;36(1):5-26. doi:10.1111/maq.12687
10. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity.
11. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obes Rev*. enero de 2020;21(1):e12935. doi:10.1111/obr.12935
12. 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*. abril de 2015;16(4):319-26. doi:10.1111/obr.12266
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Overweight and obesity management [Internet]. NICE; 2025. Report no.: NG246. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng246>
14. Instituto Canario de Igualdad. Guía básica sobre gordofobia. Un paso más hacia una vida libre de violencia. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Igualdad; 2020.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Gordofobia e estigma do peso: reconstruindo narrativas e práticas de cuidado em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026.
16. Sturgiss E, van Weel C. The 5 As framework for obesity management: Do we need a more intricate model? *Can Fam Physician Med Fam Can*. julio de 2017;63(7):506-8. PubMed PMID: 28701434; PubMed Central PMCID: PMC5507219.
17. Scagliusi FB, Oliveira LCD, Jaime PC, Unsain RAF. O processo de construção da "Lista de características dos serviços de saúde e práticas de profissionais de saúde que diminuem a estigmatização de pessoas com obesidade": um estudo baseado no método Delphi. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2025;35(2):e350221. doi:10.1590/s0103-73312025350221pt
18. Centro Katz. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Lewitan D, Katz M, Formoso J, Anger V, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina. ESTIGMA EN OBESIDAD: VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA DE CREENCIAS SOBRE LAS PERSONAS CON OBESIDAD (BELIEFS ABOUT

OBESE PERSONS SCALE - BAOP). Actual En Nutr. 2022;23(4).
doi:10.48061/SAN.2022.23.4.195

19. Vega-Salas MJ, Hermosilla-Llanca D, Avilés-Peña V, Ulloa-Vallejos C, Espinosa-Repenning A. Estigmatización por peso en estudiantes universitarios chilenos. Rev Chil Nutr. abril de 2024;51(2):128-36. doi:10.4067/s0717-75182024000200128
20. Bernard; Wutich, Amber; H. Russell; Ryan, Gery W. Analyzing Qualitative Data: Systematic Approaches. 2.^a ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2017.
21. De Moraes Prata Gaspar MC, Verthein Ú, De Moraes Sato P. 'Medical Fatphobia Is Not Something We Invent': Weight Stigma in Healthcare Experienced by Women in the Antifatphobia Movement in Brazil and Spain. Sociol Health Illn. julio de 2025;47(6):e70062. doi:10.1111/1467-9566.70062
22. Piñeyro M. Stop gordofobia y las panzas subversivas. Continta Me Tienes; 2016.
23. Silva BL, Cantisani JR. INTERFACES ENTRE A GORDOFOBIA E A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM NUTRIÇÃO: UM DEBATE NECESSÁRIO. DEMETRA Aliment Nutr Saúde. 13 de julio de 2018;13(2). doi:10.12957/demetra.2018.33311
24. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, Ball GDC, Edwards A, Jelinski S, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. Clin Obes. junio de 2016;6(3):175-88. doi:10.1111/cob.12147
25. Oliveira LCD, Soares ARDS, Sabatini F, Ulian MD, Unsain RAF, Scagliusi FB. "Narratives of Weight": experience report of the construction of an educational course about weight stigma and health care. Interface - Comun Saúde Educ. 2023;27:e230039. doi:10.1590/interface.230360
26. Mohamed-Bibi S, Vaqué-Crusellas C, Alonso-Pedrol N. Design of Culturally and Linguistically Tailored Nutrition Education Materials to Promote Healthy Eating Habits among Pakistani Women Participating in the PakCat Program in Catalonia. Nutrients. 8 de diciembre de 2022;14(24):5239. doi:10.3390/nu14245239
27. Gaspar MCDMP, Larrea-Killinger C. Professional identity construction: becoming and being a dietitian in Brazil, France and Spain. Interface - Comun Saúde Educ. 2022;26:e210182. doi:10.1590/interface.210182

7. Anexos

Anexo 1