

Sesgo de peso y actitudes hacia el enfoque "Salud en Todas las Tallas" (HAES) entre mujeres, estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición, en Argentina

Weight Bias and Attitudes Toward the Health at Every Size (HAES) Approach Among Female Nutrition Students and Graduates in Argentina

Esp. Oliva María Laura¹, Lic. Burgos María Mercedes¹, Lic. González Anabella Soledad¹, Lic. Morbidoni Lucía Lourdes¹, Lic. Yanik Juan Manuel¹, Dra. Janjetic Mariana^{2,3}

¹Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina;

²Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición, Centro de Investigaciones sobre Problemáticas Alimentarias y Nutricionales (CISPAN), Buenos Aires, Argentina;

³Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Introducción. Las personas que viven con sobrepeso u obesidad pueden experimentar sesgo de peso, el cual podría impactar negativamente sobre su salud. Esto se intensifica aún más con los tratamientos nutricionales habituales basados principalmente en el peso corporal. Frente a esto, surge un nuevo enfoque de tratamiento peso neutral denominado salud en todas las tallas (HAES, Health at Every Size, por sus siglas en inglés) que promueve la salud y el bienestar en personas de todos los tamaños corporales, priorizando hábitos saludables y la aceptación corporal.

Objetivo. Evaluar el sesgo de peso y su relación con actitudes acerca de los principios del enfoque HAES en mujeres estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición en Argentina.

Materiales y método. Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, observacional, analítico y transversal en mujeres estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición. Para evaluar el sesgo de peso se utilizó la escala de fobia a la obesidad (FPS, Fat Phobia Scale, por sus siglas en inglés) y la actitud hacia el enfoque HAES se evaluaron mediante la escala validada de actitudes sobre la salud y el peso (HWAS). El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 19.0 (SPSS Inc. Chicago, IL).

Resultados. Se incluyeron 997 mujeres estudiantes y graduadas (28 ± 8 años) de la Licenciatura en Nutrición. Los resultados del FPS demuestran que el sesgo de peso estuvo presente en el 96,5% de la muestra. Mientras que la actitud hacia los principios de HAES mostró una media de $9,3 \pm 7,3$. Se halló una correlación negativa entre el grado de sesgo de peso y las actitudes hacia el enfoque HAES ($r = -0,38$, $p < 0,001$).

Conclusiones. Se encontró una elevada prevalencia de sesgo de peso en estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición, con las potenciales implicancias en el tratamiento de personas con obesidad que esto conlleva. Asimismo, se obtuvo una correlación negativa entre el sesgo de peso y el enfoque HAES.

Palabras clave: Sesgo de peso; Estigma de peso; Obesidad; Nutricionistas; Estudiantes de Nutrición; Salud en todas las tallas.

Abstract

Introduction. Individuals living with overweight or obesity may experience weight bias, which can negatively affect their health. This issue may be further exacerbated by conventional nutrition treatments that primarily focus on body weight. In response, the Health at Every Size (HAES) approach has emerged as a weight-neutral model of care that promotes health and well-being across all body sizes by emphasizing healthy behaviors and body acceptance.

Objective. To evaluate weight bias and its association with attitudes toward the principles of the Health at Every Size (HAES) approach among female Nutrition students and graduates in Argentina.

Materials and Method. An observational, analytical, cross-sectional study was conducted among female Nutrition students and graduates. Weight bias was assessed using the Fat Phobia Scale (FPS), while attitudes toward the HAES approach were evaluated using the validated Health and Weight Attitudes Scale (HWAS). Statistical analyses were performed using SPSS version 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results. A total of 997 female Nutrition students and graduates (mean age: 28 ± 8 years) were included. According to the FPS, weight bias was present in 96,5% of participants. The mean HWAS score was $9,3 \pm 7,3$. A significant negative correlation was found between the degree of weight bias and attitudes toward the HAES approach ($r = -0,38$, $p < 0,001$).

Conclusions. A high prevalence of weight bias was identified among female Nutrition students and graduates, highlighting its potential implications for the care of individuals living with obesity. Furthermore, weight bias was negatively associated with attitudes toward the Health at Every Size (HAES) approach.

Key words: Weight Bias; Weight Stigma; Obesity; Health at Every Size; Students, Dietitians.



DIAETA es propiedad de la Asociación Argentina de Licenciados en Nutrición y mantiene la propiedad intelectual.

ISSN 0328-1310
ISSN 1852-7337 (En línea)

Contacto:
María Laura Oliva,
marialauraoliva@gmail.com

Recibido: 03/03/25. Envío de revisiones al autor: 07/09/25. Recepción versión corregida: 23/02/26. Aceptado en su versión corregida: 06/06/26

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

Fuente de financiamiento: el estudio de investigación fue enmarcado en el proyecto de investigación UBACyT 20020170100483BA.

Este es un artículo open access licenciado por Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Licencia Pública Internacional — CC BY-NC-SA 4.0. Para conocer el alcance de esta licencia, visita <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>



Indizada en LILACS, SciELO y EBSCO; catálogo del sistema LATINDEX. Incorporada al Núcleo Básico Revistas Científicas Argentinas, CONICET

Introducción

La obesidad constituye una enfermedad crónica multifactorial, en la cual la acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo se asocia con deterioro de la salud, mayor riesgo de morbilidad a largo plazo y disminución de la esperanza de vida (1). A nivel individual, las complicaciones de la obesidad dependen del exceso, la distribución y la disfunción del tejido adiposo, así como de factores genéticos, biológicos, ambientales y socioeconómicos. La adiposidad excesiva altera la homeostasis energética y favorece el desarrollo de comorbilidades como la diabetes tipo 2 (2), esteatosis hepática metabólica (3), varios tipos de cáncer (4), y enfermedad cardiovascular, entre otros. El consenso internacional publicado en 2025 en *The Lancet* propone una reconceptualización de la obesidad diferenciando obesidad preclínica y obesidad clínica. La obesidad preclínica se define por la presencia de exceso de tejido adiposo determinado mediante indicadores antropométricos, composición corporal o distribución grasa, en ausencia de disfunción orgánica atribuible, aunque con riesgo aumentado de progresión a enfermedad metabólica. En cambio, la obesidad clínica se diagnostica cuando el exceso de adiposidad se asocia a alteraciones estructurales o funcionales de órganos y sistemas (cardio-metabólicas, respiratorias, musculoesqueléticas, hepáticas u otras), o a síntomas clínicamente relevantes, independientemente del valor del índice de masa corporal (IMC), constituyendo una enfermedad crónica activa que requiere intervención terapéutica (5).

La prevalencia a nivel mundial se ha triplicado desde 1975. Los datos regionales indican que América tiene la prevalencia más alta en los adultos con sobrepeso y obesidad, alcanzando un 62,5% (6). En Argentina, las cifras son similares. La 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) reflejó que el 66,1% de las personas mayores de 18 años tienen algún grado de sobrepeso u obesidad (7,8).

Un obstáculo en el tratamiento de la obesidad es el estigma. Las personas que viven con obesidad experimentan con frecuencia sesgo de peso, estigma y discriminación. El sesgo de peso describe las actitudes, creencias, suposiciones y juicios negativos relacionados con el peso corporal, en profesionales de la salud, educadores, familiares u otras personas. El sesgo de peso se puede expresar en formas explícitas, implícitas e internalizadas (9).

El sesgo de peso puede tener consecuencias físicas, psicológicas y psicosociales en las personas que lo padecen (10). Asimismo, puede conducir directamente a trastornos alimentarios a través de mecanismos neurobiológicos complejos (11).

Varios estudios han demostrado que en el ámbito de la salud existe una alta prevalencia de sesgo, incluso se ha documentado en estudiantes de estas disciplinas (12), lo cual genera una reducción en la adherencia al tratamiento, mala comunicación y baja confianza, angustia física y emocional y sentimientos de fracaso (13), contribuyendo así a un deterioro en la calidad de la atención (14).

La evidencia actual sostiene que las intervenciones nutricionales en obesidad deben priorizar resultados en salud, orientados a la reducción del riesgo de enfermedades crónicas y a la mejora de la calidad de vida, más allá de los cambios en el

María Laura Oliva.
Especialista en Nutrición Clínica.
marialauraoliva@gmail.com
ID 0000-0001-9463-7915

María Mercedes Burgos. Licenciada en Nutrición.
mechiburgos97@gmail.com
ID 0009-0009-7156-7788

Anabella S. González. Licenciada en Nutrición.
anabellasoledadgonzalez@gmail.com
ID 0009-0002-7473-5977

Lucía Lourdes Morbidoni. Licenciada en Nutrición.
lucia.morbi@gmail.com
ID 0009-0003-2623-2061

Juan Manuel Yanik. Licenciado en Nutrición.
juan.yanik6@gmail.com
ID 0009-0007-7275-672X

Mariana Janjetic. Doctora en Ciencias de la Salud.
mariana.janje@gmail.com
ID: ID 0000-0001-5496-3951

Cómo citar:

Oliva, ML y col. Sesgo de peso y actitudes hacia el enfoque "Salud en Todas las Tallas" (HAES) entre mujeres, estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición, en Argentina. DIAETA (B.AIRES) 2026; 44: e2604402

peso corporal (15). Aunque las guías más recientes promueven un abordaje centrado en el paciente y una evaluación integral que incluye el peso como una variable más dentro de múltiples indicadores clínicos, en la práctica persiste un enfoque predominantemente peso-centrista que desatiende la naturaleza multifactorial de la obesidad (16).

Los principales postulados de este paradigma peso-centrista destacan que la pérdida de peso está completamente bajo el control del individuo, haciendo foco únicamente en el cambio de hábitos como medida de prevención y tratamiento. Estas ideas contribuyen a la adquisición de conceptos erróneos en los cuales se asocia a la obesidad con fallas de autocontrol, irresponsabilidad, pereza, entre otros (17), convirtiendo al exceso de peso en una responsabilidad individual y fomentando el desarrollo de actitudes estigmatizantes hacia las personas con sobrepeso u obesidad. Las guías de práctica clínica actualizadas proponen un abordaje nutricional de la obesidad basado en intervenciones individualizadas que prioricen la calidad de la alimentación, la sostenibilidad de los patrones dietarios y una relación saludable con los alimentos, alejándose de modelos restrictivos y estigmatizantes. En este marco, se incorporan estrategias de alimentación consciente orientadas a mejorar la percepción de hambre y saciedad, promover una imagen corporal más positiva y favorecer la adherencia a largo plazo (18). Si bien la restricción calórica puede inducir descensos de peso a corto plazo, algunas investigaciones señalan que este enfoque puede alterar las vías neurobiológicas que regulan el apetito y los antojos, favoreciendo una mayor ingesta posterior y la recuperación del peso perdido (19). Asimismo, las guías actuales contemplan los enfoques no centrados en la dieta como estrategias complementarias, los cuales han demostrado beneficios consistentes en la calidad de vida y en variables psicológicas, como el bienestar general y la imagen corporal, aunque presentan resultados variables en

parámetros cardiometabólicos, peso corporal, actividad física y conductas alimentarias (20).

El enfoque *Health at Every Size* (HAES) o “Salud en Todas las Tallas”, impulsado por la Asociación para la Salud y la Diversidad de Tallas (ASDAH), tiene como meta quitar énfasis en la pérdida de peso durante el tratamiento (21). Se trata de un enfoque de peso neutral, centrado principalmente en promover comportamientos saludables en personas con diferentes tamaños corporales, buscando la mejoría de la salud tanto física como psicológica (22), fomentando el desarrollo de una imagen corporal positiva y su aceptación, así como también el respeto a las señales de hambre, saciedad, apetito y placer y la promoción de la realización de actividad física agradable y sostenible.

Por otro lado, las mujeres presentan con mayor frecuencia malestar psicológico vinculado a la percepción de su imagen corporal en comparación con los hombres. En el contexto de la obesidad, el estigma de peso puede favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como una mayor sensibilidad a comentarios estigmatizantes, conductas de evitación social, autocrítica intensa, negación y episodios de ingesta excesiva (23).

La obesidad es una condición multifactorial que requiere abordajes personalizados e integrales desde una perspectiva no estigmatizante para optimizar los resultados en salud. En este marco, considerando el mayor impacto del estigma en mujeres y el rol del profesional en Nutrición, este estudio evalúa el sesgo de peso y su relación con las actitudes hacia el enfoque HAES en estudiantes y graduadas de Nutrición en Argentina.

Materiales y método

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, observacional, analítico y transversal. La población en estudio estuvo conformada por mujeres

estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición de universidades públicas y privadas de Argentina. La muestra se obtuvo en el periodo junio - julio 2022 por medio de un muestreo de tipo no probabilístico.

El relevamiento de datos se realizó a través de un Formulario de Google autoadministrado de 48 preguntas, dividido en 3 secciones: sociodemográfica, salud y peso corporal, consideraciones sobre el sobrepeso/obesidad. El formulario fue enviado a través de diferentes plataformas (WhatsApp, e-mail, Facebook, Instagram) a distintos grupos relacionados con la licenciatura en Nutrición.

Para la caracterización sociodemográfica de la población en estudio se evaluó: edad, lugar de residencia, institución donde realiza/realizó los estudios de grado y nivel de formación. Además, en el caso de las estudiantes, se evaluó el año de la carrera en curso y en relación con las graduadas, se evaluaron los años desde la graduación.

Las actitudes de las participantes acerca de los principios HAES se evaluaron mediante la escala validada de actitudes sobre la salud y el peso (HWAS, por sus siglas en inglés de *Health and Weight Attitudes Scale*), traducida al español. La misma está generada en base a los 5 principios HAES:

1. salud multidimensional
2. salud en todas las tallas
3. enfoque de no-dieta y comer para el bienestar
4. movimiento que mejora la vida
5. aceptación del peso

Este instrumento incluye 27 preguntas, de las cuales 21 son cerradas; las participantes deben elegir la opción según su grado de acuerdo o desacuerdo a la afirmación que se les plantea y 6 preguntas son abiertas (24).

El grado de sesgo de peso se evaluó mediante la escala de fobia a la obesidad (FPS, por sus siglas en inglés de *Fat Phobia Scale*) validada en idioma inglés, que fue traducida al español para

este estudio. Esta encuesta incluye 14 pares de adjetivos para valorar cómo los encuestados describen a las personas con sobrepeso y obesidad. Puntajes de 2,5 indican una actitud neutral; puntajes <2,5 una actitud positiva hacia las personas con sobrepeso y obesidad y puntajes >2,5, una actitud negativa compatible con presencia de sesgo de peso. Dentro de este último grupo, puntajes $\geq 4,4$ indican una actitud negativa con un alto grado de sesgo de peso (12, 25).

Análisis estadístico: Las variables categóricas se expresaron como proporciones y las variables cuantitativas como medias $\pm$ desviación estándar (DE). Para las preguntas abiertas, se crearon categorías de respuesta y luego se codificaron para su análisis. En las variables cuantitativas, se testeó en primer lugar si la distribución de los datos era normal por medio del test de Shapiro-Wilk. Se utilizó el método de correlación de Pearson para evaluar la correlación entre FPS y la escala sobre actitudes sobre salud y peso. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 19.0 (SPSS Inc. Chicago, IL). Para el análisis cualitativo de las preguntas abiertas, se seleccionó una submuestra aleatoria del 30%. Las respuestas abiertas se analizaron de forma manual mediante un proceso de análisis de contenido. A partir de este procedimiento se identificaron categorías principales y subcategorías emergentes, y se incorporaron citas textuales seleccionadas para ejemplificar los resultados.

La investigación se realizó respetando las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki con el fin de preservar la confidencialidad de la información personal, salvaguardar los derechos, la seguridad y el bienestar de las personas encuestadas. El presente estudio fue realizado en el marco del proyecto UBACyT 20020170100483BA el cual contó con la aprobación del Comité de Ética y Revisión Institucional de la Fundación para la Investigación Endócrino-Metabólica.

Resultados

En el presente estudio se evaluaron 997 mujeres estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición. En cuanto al lugar de residencia, las participantes se distribuyeron en porcentajes similares entre Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Gran Buenos Aires (GBA) (Figura 1). Del total de la muestra, el 29,8% eran graduadas y el 70,2% eran estudiantes. Entre estas últimas, el 19,5% se encontraba en el quinto año de la carrera y el 80,5% restante se distribuía homogéneamente entre segundo, tercer y cuarto año.

La media obtenida para FPS fue de 3,25 puntos (DE 0,42). En relación con la prevalencia de sesgo de peso en la población en estudio, se observó que un 96,5% presentó sesgo de peso, de los cuales, el 0,9% presentó un alto grado de sesgo de peso. Por otro lado, el 2,8% de la población no presentó sesgo de peso y el porcentaje restante resultó ser neutral (Figura 2). En la Tabla 1 se comparan los valores medios de FPS entre graduadas y estudiantes, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Figura 1. Distribución porcentual de la muestra evaluada según lugar de residencia (n=997).

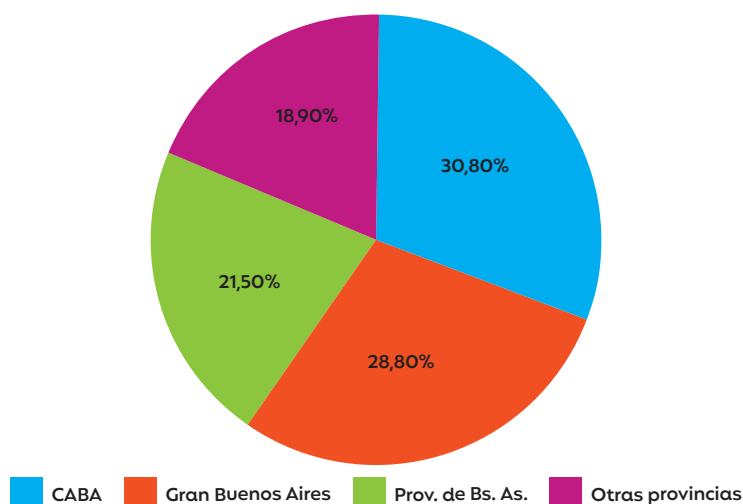


Figura 2. Prevalencia de sesgo de peso en mujeres estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición (n=997).

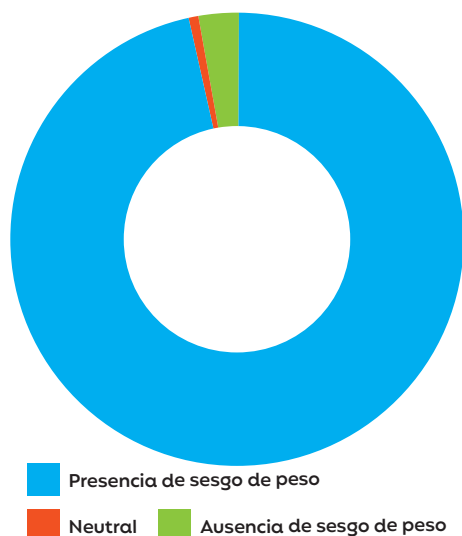


Tabla 1. Puntaje medio de FPS* según condición académica (estudiantes y graduadas) de la Licenciatura en Nutrición (n=997).

Población	Puntos (media, DE)	p valor
Estudiantes	3,27 (0,44)	0,29
Graduadas	3,21 (0,37)	

*Escala de fobia a la obesidad: FPS, Fat Phobia Scale. DE: desvío estándar

Tabla 2. Porcentaje de participantes según grado de acuerdo o desacuerdo con los adjetivos negativos que componen la escala de fobia a la obesidad (FPS).

Adjetivos negativos	Acuerdo o muy de acuerdo (%)	Neutral (%)	Desacuerdo o muy en desacuerdo (%)
Vago	3,7	67,4	28,8
Sin fuerza de voluntad	13,3	57,4	29,3
Desagradable	10,5	70,7	18,7
Con poco autocontrol	53,4	44,3	1,3
Lento	38,2	58,7	3,1
Inconstante	29,7	57,9	12,8
Inactivo	34,3	58,8	6,9
Débil	9,5	66,9	23,5
Autocomplaciente	17,5	65,8	16,6
Le gusta la comida	54,4	44,2	1,4
Cuerpo debilitado y sin forma	37,3	59,5	3,2
Comen demasiado	42,2	56,6	1,2
Inseguro	45,1	50,2	4,7
Autoestima baja	48,8	46,5	4,6

FPS: Fat Phobia Scale

En la Tabla 2, se describen los adjetivos que componen la escala FPS y el porcentaje de participantes que estuvieron en desacuerdo, acuerdo o fueron neutrales a dichas expresiones. Allí se puede observar que la opción más elegida, en la mayoría de los adjetivos descriptos, fue aquella que expresaba neutralidad respecto a la descripción sobre las personas con obesidad por parte de las mujeres evaluadas. Para los adjetivos “con poco autocontrol”, “le gusta la comida” y “autoestima baja”, fue mayor el porcentaje de participantes con respuestas que referían estar de acuerdo o muy de acuerdo con esas expresiones (Tabla 2).

En cuanto a las actitudes hacia los principios del enfoque HAES, se obtuvo una media de 9,30 puntos (DE 7,31). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes y graduadas: 9,35 puntos (DE: 7,21) y 9,19 puntos (DE: 7,57), respectivamente ($p=0,76$).

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo de las preguntas abiertas quedó conformado por 335 respuestas. En relación a las primeras tres preguntas abiertas descriptas en la encuesta: *¿Qué significa estar saludable?*, *¿Cómo cree que se relaciona el peso de una persona con su salud?*, *¿Cómo cree que la dieta se relaciona con la salud?* (24), se generó una categoría principal denominada **concepción de salud** y a partir de ella se crearon tres categorías subsidiarias: **estar saludable**, **relación peso con salud** y **relación dieta con salud** a partir de cada pregunta respectivamente. En la Tabla 3 se describen los resultados referidos a dichas categorías.

Por otro lado, continuando con el análisis cualitativo de los ítems contenidos en la encuesta, se evaluó el grado de acuerdo con la

siguiente frase: “No se debe alentar a las personas a hacer ejercicio para perder peso” y luego se les consultó mediante una pregunta abierta por qué elegían esa respuesta. Al relacionar el grado de acuerdo manifestado con la justificación que dieron, se observó que el 39,9% de las respuestas no fue congruente. En función de dicha afirmación, se construyó la categoría **importancia de la actividad física** y a partir de ella se crearon tres categorías subsidiarias:

independencia del descenso de peso, un recurso más para el descenso de peso y relación con el descenso de peso. En el caso de la subcategoría *independencia del descenso de peso*, el 29% consideró que se debe alentar a las personas a realizar ejercicio físico por los beneficios que genera en la salud y el bienestar general. Siguiendo con la misma línea, el 23,2% mencionó que se debería fomentar la actividad física para todas las personas. Mientras

Tabla 3. Análisis cualitativo de la categoría principal denominada *Concepción de salud*.

Preguntas abiertas de la encuesta		
¿Qué significa estar saludable?	¿Cómo cree que se relaciona el peso de una persona con su salud?	¿Cómo cree que la dieta se relaciona con la salud?
Categoría principal que surge: Concepción de salud		
Categorías subsidiarias de concepción de salud:		
"estar saludable"	"relación peso con salud"	"relación dieta con salud"
El 28% de las respuestas hacían referencia a un estado de salud mental y físico .	El 45,1% de las respuestas refirieron que hay una relación directa entre el peso y la salud, detallando cuestiones como que el peso condiciona el aumento de comorbilidades; que es necesario tener un peso adecuado para poder estar saludable; tener exceso de peso es perjudicial para la salud.	El 26,5% de las respuestas refirieron que mantener una alimentación saludable y equilibrada influye en el estado de salud
Un 25,3% incluyen en su definición la idea de salud integral refiriéndose a cuestiones económicas, ambientales y del sistema de salud.	El 39,2% mencionaron que el peso es solo un factor más a tener en cuenta para definir el estado de salud.	El 19,8% consideraron que las dietas son perjudiciales para la salud.
La definición de ausencia de enfermedad y la de adquisición de hábitos saludables* obtuvieron el 10,3% de las respuestas.	Un 10,4% de las respuestas consideraron que no hay relación entre el peso y el estado de salud, ya que el mismo no sería un determinante del estado de salud.	El 15,7% de las respuestas mencionaron que existe una relación directa entre la dieta y la salud.
Factores necesarios referidos para estar saludable: el acceso a servicios de salud; sistemas de salud adecuados; buena situación económica. También aparecieron conceptos como: "...una persona con alguna patología crónica controlada puede ser considerada como una persona sana o saludable" "...una persona sin ninguna patología puede no ser saludable..."		

* Hábitos saludables: estar bien nutrido, alimentación variada y balanceada, actividad física, relación sana con la comida

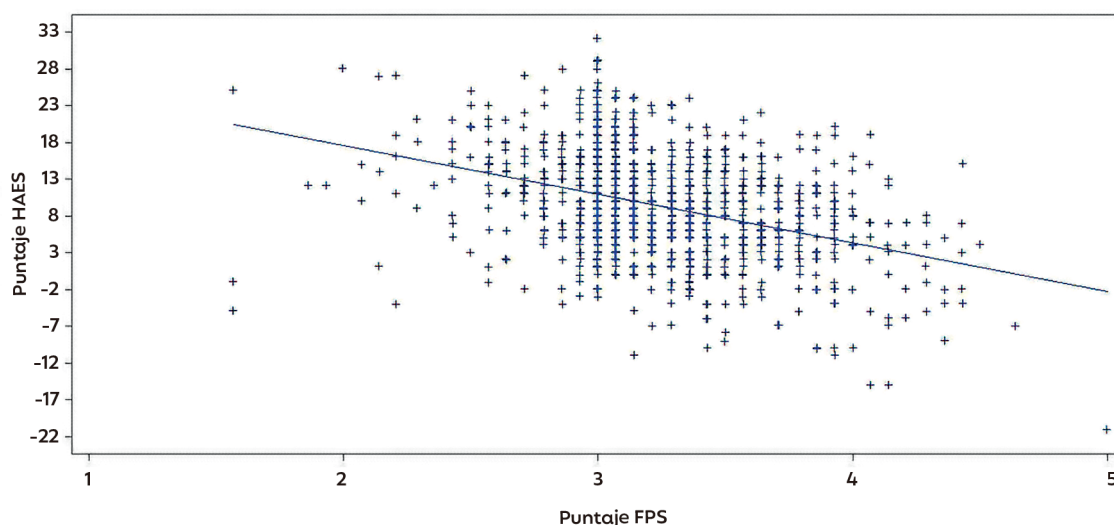
que para la categoría subsidiaria *un recurso más para el descenso de peso*, el 12,3% refirió que no se debe alentar la actividad física como único medio para perder peso. En cuanto a la tercera categoría subsidiaria, *relación con el descenso de peso*, un 12,6% de los casos mencionó que se debe alentar a realizar actividad física como un factor necesario para lograr el descenso de peso. Con este mismo objetivo de descenso de peso, el 6,7% mencionó que el ejercicio físico debe estar complementado además con una alimentación saludable.

Asimismo, se evaluó el grado de acuerdo con la última frase de la encuesta: “No se debe alentar a las personas gordas a aceptar su cuerpo” y luego se les consultó mediante una pregunta abierta por qué seleccionaron esa respuesta. Al relacionar el grado de acuerdo manifestado con la justificación que dieron, se observó que el 9,9% de las respuestas no fue congruente. Mientras que un 4,8% decidió no responder. En función a dicha afirmación, se construyó la categoría **aceptación del propio cuerpo**, y se observó que un 48,8% estaba a favor de alentar

a las personas a aceptar sus cuerpos, mientras que un 29% afirmó que se debe alentar la aceptación del cuerpo, pero sin descuidar la salud. Algunos comentarios relevantes dentro de las respuestas mencionaron que es necesaria la aceptación del cuerpo como motivación para el descenso de peso y se debe aceptar, siempre y cuando al mismo tiempo, se intente alcanzar un peso saludable. Por otro lado, entre quienes dijeron que no se debía alentar a las personas gordas a aceptar su cuerpo, justificaron que: “(...) no hay que fomentar la obesidad”. “(...) la aceptación de sus cuerpos puede llegar a ser una barrera para la motivación a querer cambiar (...)”

Finalmente, para contrastar ambas posturas respecto al peso corporal, se evaluó la relación entre el sesgo de peso y la actitud hacia los principios del enfoque HAES, obteniéndose una correlación negativa ($r = -0,38$, $p < 0,001$), es decir, a medida que aumentan los valores de FPS disminuye el puntaje de la escala de HAES, lo que indica que las estudiantes y profesionales que tienen más sesgo de peso no acuerdan con los principios de HAES (Figura 3).

Figura 3. Relación entre fobia a la obesidad (FPS) y la Salud en Todas las Tallas (HAES). Mujeres estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición (n=997).



Escala de fobia a la obesidad: FPS, *Fat Phobia Scale*; Salud en Todas las Tallas: HAES, *Health at Every Size*.

Discusión

La media obtenida para FPS en el presente estudio fue de 3,25 puntos (DE 0,42), la cual representa un nivel moderado de sesgo de peso hacia personas con sobrepeso y obesidad por parte de mujeres estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición. Estudios previos que utilizaron la misma herramienta informaron valores similares, con medias de 3,7 puntos en estudiantes de nutrición en Estados Unidos (26) y 3,8 puntos en profesionales de la salud en el Reino Unido (27). Respecto al alto grado de sesgo de peso (puntaje FPS $\geq 4,4$), en el presente estudio se observó una prevalencia del 0,9%, considerablemente inferior a la reportada por Puhl R. *et al.* (8%) (26), por Swift J.A. *et al.* (10,5%) (27) y otros estudios que informaron valores cercanos al 16% (12). Asimismo, fue bajo el porcentaje de estudiantes de nutrición que demostraron actitudes positivas o neutrales hacia personas con sobrepeso u obesidad, siendo de 2,8% en este estudio; similar al 2% reportado en otro estudio (26). Cifras semejantes se han obtenido en la población de profesionales de la salud del Reino Unido (1,4%) e incluso en estudiantes ajenos a la ciencia de la nutrición, con un 3% de respuestas que demuestran actitudes neutrales o positivas (12), lo cual sugiere que la formación académica en nutrición no disminuye el grado de sesgo de peso de los estudiantes. Si bien se esperaría un menor sesgo de peso en estudiantes y graduadas de la Licenciatura en Nutrición por su formación académica, los resultados muestran niveles elevados, similares a los observados en la población general (12,26,28,29). Esto sugiere deficiencias en la formación curricular, dado que el sesgo de peso compromete la calidad de la atención y la adherencia al tratamiento de las personas que atenderán a futuro (26,30). En cuanto a la escala de actitudes sobre salud y peso corporal, en el presente estudio se obtuvo una media de 9,3 puntos; valores similares se encontraron en

una investigación realizada en Estados Unidos, en estudiantes universitarios, con una media de 8,67 (31). Sin embargo, en el estudio donde se validó esta herramienta, realizado en estudiantes de ciencias de la salud de grado superior (24), las puntuaciones del pre-examen fueron de -18 a 14 puntos (media=0,02) y las puntuaciones del post examen fueron de -20 a 22 puntos (media=-0,07), siendo inferiores a lo reportado en esta publicación. Las diferencias entre ambos estudios podrían explicarse por las características de las muestras, ya que la presente incluyó solo mujeres, a diferencia del estudio de Drake T. y Ogletree R.J. (24) que incluyó estudiantes de nivel universitario que cursaban programas relacionados con educación para la salud.

La mayor difusión actual del enfoque HAES se asocia con actitudes más positivas hacia las personas con sobrepeso y obesidad, observándose en la población evaluada, una valoración favorable de sus principios, lo que sugiere su potencial aplicabilidad en el tratamiento nutricional. A continuación, se analizan las actitudes de estudiantes y profesionales de la nutrición hacia los principales principios evaluados.

1. Salud multidimensional: la mayoría de las respuestas concibió la salud como un concepto multidimensional, que integra aspectos físicos, psicológicos, ambientales y económicos (31). Aunque una proporción elevada de respuestas definió la salud como un concepto multidimensional, este enfoque se contradijo en respuestas predominantes que mencionaron asociación directa entre salud y peso corporal. Mientras que solo un 1,35% vinculó la salud a un “peso adecuado”, al analizar el principio de que la salud puede alcanzarse en todas las tallas, se observó una fuerte tendencia a considerar el peso como determinante de la salud, en concordancia con lo reportado por Lee S.M. *et al.* (31). Se ha demostrado que el enfoque HAES se asocia a beneficios en dimensiones psicosociales, incluyendo autoestima y salud mental (22), lo que sugiere

que la integración de estrategias tradicionales con abordajes peso-neutrales podría optimizar los resultados globales del tratamiento.

2. Enfoque no-dietario al comer para el bienestar: en general, las participantes manifestaron una actitud favorable hacia el enfoque no dietario, destacando la incorporación de hábitos de vida saludables, sostenibles en el tiempo y equilibrados. Esta percepción se asoció con una valoración negativa de las dietas restrictivas, consideradas perjudiciales para la salud (31). De manera concordante, en otros estudios publicados, la respuesta más frecuente aludió a la necesidad de reemplazar las dietas estrictas por una alimentación equilibrada, señalando que las dietas se asocian a problemáticas de salud y resultan poco sostenibles en el tiempo. Este hallazgo adquiere especial relevancia clínica, dado que la formación de profesionales que promuevan patrones de alimentación equilibrados y sostenibles, en lugar de dietas restrictivas, podría favorecer una mayor adherencia terapéutica y mejores resultados en el abordaje integral de la obesidad (29). Resultados negativos se han asociado a la implementación de dietas restrictivas en pacientes que buscan un descenso de peso, generando una relación poco saludable con la comida, lo cual afecta la salud mental, autoestima y percepción del propio cuerpo (32). Otro aspecto a tener en cuenta para garantizar mejores resultados en el tratamiento es que el mismo sea planificado por un profesional que demuestre empatía y adecuación a los hábitos, gustos y preferencias de la persona. Esta idea fue la tercera respuesta más mencionada entre las participantes del estudio, al igual que en el artículo de Lee S.M, *et al.* (31).

3. Actividad física placentera que mejora la vida: en este principio se observaron contradicciones en las respuestas. Aunque la mayoría de las mujeres evaluadas indicó que la actividad física no debería promoverse exclusivamente para

bajar de peso, muchas participantes continuaron asociándola con el descenso ponderal. Esto sugiere la persistencia del paradigma tradicional centrado en el peso. No obstante, también emergió la idea de que la actividad física debe realizarse por sus beneficios generales sobre la salud y el bienestar, en concordancia con el enfoque HAES. A diferencia de otros estudios donde el descenso de peso fue el principal motivador (31), en este estudio, dicha asociación fue menos predominante. Sin embargo, no se evidenció la noción de disfrute del movimiento propuesto por HAES, lo que resalta la necesidad de incorporar esta perspectiva en la formación profesional.

4. Aceptación del tamaño corporal: la aceptación del propio cuerpo es un factor importante a tener en cuenta ya que impacta positivamente en la adherencia, salud mental y autoestima de las personas que se encuentran en tratamiento. Por el contrario, la no aceptación puede generar efectos opuestos a los mencionados anteriormente (33-35). Teniendo en cuenta lo descripto, un hallazgo valioso en el presente estudio fue el alto porcentaje de participantes que estuvieron a favor de alentar a las personas a aceptar su propio cuerpo, en concordancia con otra publicación (31). Sin embargo, también estuvo presente la idea de que la aceptación del cuerpo debe ir de la mano con el cuidado de la salud, teniendo en consideración las consecuencias negativas del exceso de peso. Esta idea también estuvo presente en el estudio de Lee S.M, *et al.*, (31) refiriéndose a la “aceptación condicional”.

Si bien se sabe que el fenómeno de sesgo de peso está ampliamente distribuido en toda la población, el mismo afecta desproporcionadamente a las mujeres (36, 37), generando tasas de estigmatización mayores a las halladas en hombres. Esta estigmatización además trae consigo consecuencias negativas en su salud (10, 11). Teniendo en consideración que mujeres que han experimentado sesgo de peso son más propensas

a replicarlo en otras personas, resulta importante evaluar este fenómeno en el grupo de estudiantes y graduadas de nutrición, quienes serán las responsables de acompañar a las personas con sobrepeso u obesidad en su tratamiento nutricional.

Este estudio presenta algunas limitaciones, entre ellas un muestreo por conveniencia que, si bien alcanzó un tamaño relativamente elevado, no resulta representativo a nivel nacional y podría implicar sesgo de selección. Asimismo, la administración virtual de instrumentos originalmente validados en formato presencial podría haber introducido variaciones en la medición (38). Por otra parte, la muestra estuvo compuesta exclusivamente por mujeres y por estudiantes y profesionales de nutrición, lo que limita la generalización de los resultados a otros géneros y áreas de la salud.

No obstante, los hallazgos constituyen una base relevante para futuras investigaciones en distintos ámbitos del sistema sanitario. Como fortaleza principal, se destaca la evaluación conjunta del sesgo de peso y de las actitudes hacia el enfoque HAES, aportando evidencia útil para el diseño de estrategias educativas orientadas a reducir la estigmatización y mejorar la adherencia al tratamiento de la obesidad.

Conclusión

Este estudio constituye una de las primeras aproximaciones en Argentina a la evaluación del sesgo de peso en estudiantes y graduadas de la

Licenciatura en Nutrición y su relación con las actitudes hacia el enfoque HAES. Los resultados evidencian una alta prevalencia de sesgo de peso, fenómeno que impacta negativamente en el abordaje del sobrepeso y la obesidad, lo que sugiere limitaciones en la formación académica actual para su adecuado abordaje. Asimismo, se observó una actitud favorable hacia los principios HAES y una relación inversa entre el sesgo de peso y dicha aceptación, indicando que la reducción del sesgo podría facilitar la incorporación de enfoques más inclusivos en la práctica profesional. En este contexto, resulta necesario promover un cambio de paradigma en la formación de los profesionales de la nutrición, integrando estrategias que disminuyan la estigmatización sin descuidar la importancia de un descenso de peso progresivo orientado a mejorar la salud metabólica. Un abordaje equilibrado, integral y libre de estigma se presenta como una vía clave para optimizar el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

Agradecimientos

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a la Dra. Silvia Lema por su valioso aporte en el análisis cualitativo de este estudio. Su mirada experta y su rigurosidad en la interpretación de los datos han enriquecido significativamente nuestra comprensión y el enfoque del estudio. Su dedicación y compromiso han sido fundamentales para el desarrollo de este análisis, aportando una perspectiva crítica y reflexiva que ha fortalecido la calidad del trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Collaboration PS, Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet* 2009; 373: 1083–96.
2. Abdullah A, Peeters A, de Courten M, Stoelwinder J. The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 89: 309–19.
3. Longo M, Zatterale F, Naderi J, Parrillo L, Formisano P, Raciti GA, et al. Adipose Tissue Dysfunction as Determinant of Obesity-Associated Metabolic Complications. *Int J Mol Sci* 2019; 20(9): 2358.
4. Ackerman SE, Blackburn OA, Marchildon F, Cohen P. Insights into the Link Between Obesity and Cancer. *Current Obesity Reports* 2017; 6: 195–203.
5. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2025; 13: 221–62.
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Obesidad. (Internet). (Revisado el 10 de Junio 2026). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
7. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: informe definitivo (Internet). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019 (Revisado el 10 ene 2026). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recursos/4ta-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-informe-definitivo>.
8. Ferrari G, Alberico C, Drenowatz C, Kovalshys I, Gómez G, Rigotti A, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of meeting the Canadian 24-hour movement guidelines among Latin American adults: a multi-national cross-sectional study. *BMC Public Health* 2022; 22: 217.
9. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ* 2020; 192: E875–91.
10. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity* 2015; 23: 1743–60.
11. Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite* 2016; 102: 3–14.
12. Berryman DE, Dubale GM, Manchester DS, Mittelstaedt R. Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. *J Am Diet Assoc* 2006; 106: 1678–82.
13. Bacon L, Aphramor L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr J* 2011; 10: 9.
14. Flint SW. Time to end weight stigma in healthcare. *E Clinical Medicine* 2021; 34: 100810.
15. Koliaki C, Spinos T, Spinou M, Brinia M-E, Mitsopoulou D, Katsilambros N. Defining the Optimal Dietary Approach for Safe, Effective and Sustainable Weight Loss in Overweight and Obese Adults. *Healthcare (Basel)* 2018; 6(3): 73.
16. Lema R. 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* 2022; 5(3): 47–57.
17. Ramos Salas X. The ineffectiveness and unintended consequences of the public health war on obesity. *Can J Public Health* 2015; 106: e79–81.
18. Williams LT, Barnes K, Ball L, Ross LJ, Sladdin I, Mitchell LJ. How Effective Are Dietitians in Weight Management? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Healthcare (Basel)* 2019; 7(1): 20.
19. Hall KD, Heymsfield SB, Kemnitz JW, Klein S, Schoeller DA, Speakman JR. Energy balance and its components: implications for body weight regulation. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2012; 95: 989–94.
20. Clifford D, Ozier A, Bundros J, Moore J, Kreiser A, Morris MN. Impact of non-diet approaches on attitudes, behaviors, and health outcomes: a systematic review. *J Nutr Educ Behav* 2015; 47: 143–55e1.
21. Association for Size Diversity and Health. ASDAH 2020. (Revisado el 4 de febrero de 2026). Disponible en: <https://asdah.org/about-asdah/>
22. Dimitrov Ulian M, Pinto AJ, de Morais Sato P, B Benatti F, Lopes de Campos-Ferraz P, Coelho D, et al. Effects of a new intervention based on the Health at Every Size approach for the management of obesity: The "Health and Wellness in Obesity" study. *PLoS One* 2018; 13: e0198401.
23. Hayward LE, Vartanian LR, Pinkus RT. Weight Stigma Predicts Poorer Psychological Well-Being Through Internalized Weight Bias and Maladaptive Coping Responses. *Obesity (Silver Spring)*. 2018; 26(4): 755–761.

24. Drake T, Ogletree RJ. Development of the Health and Weight Attitudes Scale. *J Nutr Educ Behav* 2018; 50: 506–10.
25. Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25: 252–7.
26. Puhl R, Wharton C, Heuer C. Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 438–44.
27. Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet* 2013; 26: 395–402.
28. Cassiano GS, Carvalho-Ferreira JP, Buchland NJ, da Cunha DT. Do Registered Dietitians, Nutrition Students, and Laypeople Perceive Individuals with Obesity Differently? *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 25;18(17): 8925.
29. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity* 2015; 39: 1166–73.
30. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res* 2003; 11: 1033–9.
31. Lee S-M, Zuest L, Leedeman J, Li S, Clifford DE. Health and weight attitudes of university recreation center leaders. *J Am Coll Health*. 2023; 71(1): 200–210.
32. Holmes M, Fuller-Tyszkiewicz M, Shouteris H, Broadbent J. Improving prediction of binge episodes by modelling chronicity of dietary restriction. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22: 405–11.
33. Guest E, Costa B, Williamson H, Meyrick J, Halliwell E, Harcourt D. The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. *Body Image* 2019; 30: 10–25.
34. Gillen MM. Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image* 2015; 13: 67–74.
35. Thomas EV, Warren-Findlow J. Body image, self-esteem, and behavioral risk for chronic disease among college students: Additional evidence for integrated prevention. *J Am Coll Health* 2020; 68: 658–65.
36. O'Hara L, Ahmed H, Elashie S. Evaluating the impact of a brief Health at Every Size®-informed health promotion activity on body positivity and internalized weight-based oppression. *Body Image* 2021; 37: 225–37.
37. Neighbors LA, Sobal J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eat Behav* 2007; 8: 429–39.
38. Singh S, Sagar R. A critical look at online survey or questionnaire-based research studies during COVID-19. *Asian J Psychiatr* 2021; 65: 102850.