



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Reporte de tiempo vivido con exceso de peso e IMC como variables
mediáticas en la internalización del prejuicio”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Ximena Aguilar Urbina

Directora: Mtra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano

Dictaminadores: Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano

Mtra. Antonia Rentería Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, junio 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a mis papás por su amor, apoyo incondicional y por haberme brindado el mayor de los regalos, mi educación. Por enseñarme a nunca rendirme, luchar por mis sueños y dar lo mejor de mí. Son y siempre serán mis modelos a seguir. Gracias a ustedes he llegado hasta aquí, los amo.

A mis hermanas por su apoyo constante, por hacerme la vida más ligera y por tener la paciencia de escucharme hablar una y otra vez de mis proyectos y metas. Gracias, las amo

A mi novio por haberme acompañado durante todo este proceso, siempre dispuesto a escucharme, apoyarme, enseñarme cosas nuevas e impulsarme a conseguir mis metas. Por hacerme ver la persona que soy y siempre creer en mí. Gracias, te amo

A mi directora de tesis Norma Yolanda Rodríguez Soriano, por las horas de trabajo que me dedicaste y por el apoyo incondicional tanto en lo académico como fuera de ello. Por llevar tu vocación más allá de las aulas, más allá de la tesis y mostrar un verdadero interés por el crecimiento y la superación de tus alumnos. Por todo lo que he aprendido, superado y logrado con tu apoyo. Gracias

A la directora del proyecto María de Lourdes Rodríguez Campuzano, por haberme brindado la oportunidad de formar parte de este fantástico trabajo el cual me ha enriquecido de manera personal y profesional. Por tu constante apoyo, dedicación y pasión al trabajar con alumnos en el área de investigación. Gracias

A Iztacala por haberme brindado la oportunidad de una educación de excelencia. Por haberme formado como psicóloga y como la persona que soy el día de hoy. Por todas las oportunidades que me ofreciste dentro y fuera de las aulas, así como las personas que conocí y los proyectos en los que participé.

A PAPIIT por darme la oportunidad de formar parte del proyecto “Impacto de 4 tratamientos, sobre el comportamiento de adherencia a la dieta en pacientes diabéticos (IT300114).

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo 1: Exceso de peso como problema de salud pública.....	5
1.1 Definición.....	5
1.2 Clasificación.....	10
1.3 Etiología.....	12
1.4 Factores de riesgo.....	17
1.5 Costos económicos y sociales.....	20
1.6 La función del psicólogo.....	21
1.7 Alteraciones psicológicas asociadas al exceso de peso.....	22
Capítulo 2: Valor social del exceso de peso.....	26
2.1 Proceso histórico y significado del exceso de peso.....	26
2.2 La estigmatización de personas con hiperpeso.....	36
Capítulo 3: Internalización del prejuicio.....	44
3.1 La internalización del prejuicio en personas con exceso de peso.....	44
3.2 Variables mediáticas de la internalización del prejuicio por exceso de peso.....	48
Método.....	54
Resultados.....	56
5.1 Porcentaje de hombres y mujeres.....	56
5.2. Índice de masa corporal.....	57
5.3 Años reportados con exceso de peso.....	57
5.4 Medias de internalización del prejuicio.....	58
5.5 Correlaciones.....	59
Conclusiones.....	62
Bibliografía.....	66

RESUMEN

Se analizó internalización del prejuicio de peso en relación con índice de masa corporal y tiempo vivido con exceso de peso. Participaron jóvenes residentes en Ciudad de México y área metropolitana que respondieron Escala de Internalización del Prejuicio de Peso y asistieron a medición antropométrica. Hiperpeso fue criterio de selección y se observó en categorías (sobrepeso, obesidad I, II y III), hubo participantes reportándose normopeso y la escala detectó internalización del prejuicio de peso en el grupo; la correlación entre las variables de interés resultó baja y no significativa. Esto indica que ni el IMC, ni el tiempo son determinantes para internalizar el prejuicio por razones de peso y sugiere que factores de carácter psicológico están mediándolo, lo que representa una alternativa de investigación, prevención e intervención del fenómeno obesidad.

Palabras Clave: Internalización del prejuicio, índice de masa corporal
exceso de peso, tiempo

La obesidad es una enfermedad multifactorial de origen genético, social y conductual. Se clasifica en endógena cuando se debe a causas de origen endocrinológico, hipotalámico o genético y/o exógena cuando es consecuencia de la ingesta excedente de calorías en relación con el gasto energético (Gracia, 2010).

En el 2001 la Organización Mundial de la Salud se refirió al exceso de peso como la epidemia del siglo XXI, debido al incremento alarmante de personas con sobrepeso u obesidad en todo el mundo. En nuestro país, desde 1980 a la fecha, el número de casos con esta enfermedad se ha triplicado. El 30% de los adultos tienen obesidad mientras que el 70% entre los 30 y 60 años tienen problemas de sobrepeso. Esto nos coloca como el país número uno en obesidad adulta tanto en América como a nivel mundial (Barquera, Campos, Hernández, et al., 2013; Barrera, Rodríguez y Molina, 2013; Gracia, 2010; OMS, 2015). Asimismo somos el primer país en obesidad infantil ya que aproximadamente 5 664 870 niños en edad escolar tienen sobrepeso u obesidad y el 35% de los adolescentes mexicanos, es

decir 6 325 131 jóvenes entre los 12 y 19 años, tienen exceso de peso (Barrera, Ávila, et al., 2013; Barrera, Rodríguez, et al., 2013; Mercado y Vilchis, 2013).

Los mexicanos por sus características genéticas, son más propensos a desarrollar sobrepeso u obesidad así como otras enfermedades concomitantes (ej. Diabetes Mellitus). Sin embargo, los caracteres hereditarios no justifican el aumento acelerado de incidencia y prevalencia de esta enfermedad en los últimos años, lo que nos lleva a considerar que el cambio obedece al entorno y el comportamiento individual (Barquera, Campos, Rojas & Rivera, 2010).

Como se mencionó anteriormente al igual que la diabetes mellitus, el exceso de peso se asocia con el incremento en enfermedades como cáncer, cardiovasculares, disfunción sexual, apnea del sueño entre otras. En el caso de los niños se presenta mayor riesgo de fractura, dificultad respiratoria, hipertensión arterial, dislipidemias, hiperinsulinemia, etc... (Barrera, Ávila, et al., 2013; Morín, 2006; Barquera, et al., 2010).

Asimismo las causas y consecuencias de la obesidad y el sobrepeso no se limitan a cuestiones biológicas ya que por su naturaleza multifactorial, es indispensable tomar en cuenta los factores psicológicos (Sánchez, Arias, Gorgojo y Sánchez, 2009; Silvestri & Stavile, 2005). Entre los factores de riesgo y las consecuencias psicológicas se encuentran la depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, habilidades de afrontamiento inadecuadas, abuso de sustancias, distorsión de la imagen corporal, baja autoestima, impotencia sexual entre muchos más (Alvarado, Guzman & González, 2005; Collins & Bentz, 2009).

Por otro lado existen factores sociales que impactan la salud mental de las personas con exceso de peso como es la *estigmatización por peso*. Este término se utiliza para referirse a las actitudes negativas en contra de individuos con sobrepeso u obesidad al ser etiquetados como personas que salen de la norma social, al presentar una o más características indeseables. Se han creado estereotipos negativos que los describen como personas flojas, con baja autoestima, menos competentes, sucias, sin fuerza de voluntad, y carentes de compromiso y autocontrol. Estos prejuicios llegan a perjudicar las diferentes áreas de la vida del individuo, como el trabajo, la educación, el servicio médico y círculo

familiar (Puhl & Heuer, 2009; Puhl, Moss & Schwartz, 2007). Este ambiente de rechazo y marginación fomentan el desarrollo de síntomas depresivos, sentimientos de impotencia, aislamiento, disminución de actividades físicas entre otros (Puhl & Brownwell, 2003; Lillis, Luoma, Levin & Hayes 2010). Incluso el entorno puede ser tan nocivo que la persona, llega a odiarse y denigrarse, es decir a internalizar el estigma (De Domingo y López, 2014).

De acuerdo con Durso y Latner en el 2008, la *internalización del prejuicio por peso* es el proceso mediante el cual el individuo cree que los estereotipos negativos basados en el peso son correctos y aplican a sí mismo. La internalización del prejuicio promueve el desarrollo de alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad y estrés. Es por ello que para tratar el exceso de peso desde la psicología y para mejorar la calidad de vida del individuo es indispensable estudiar todos los factores que intervienen en la internalización del prejuicio por peso. Por lo tanto la presente investigación tuvo como objetivo analizar la internalización del prejuicio de peso con relación al índice de masa corporal (IMC) y el tiempo vivido con exceso de peso.

Para llevar a cabo el proyecto de investigación, dividimos el trabajo en capítulos. El primer capítulo fue desarrollado con la intención de aclarar las características fisiológicas, económicas y psicológicas del exceso de peso. En el segundo capítulo se hace un recorrido por el desarrollo de la percepción del exceso de peso hasta llegar a lo que se conoce como estigmatización. Posteriormente en el tercer capítulo se examina la internalización del prejuicio por peso con la finalidad de entender el fenómeno y explorar las variables mediáticas que intervienen. Por último se describe el método, los resultados y la conclusión.

EXCESO DE PESO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

1.1. Definición

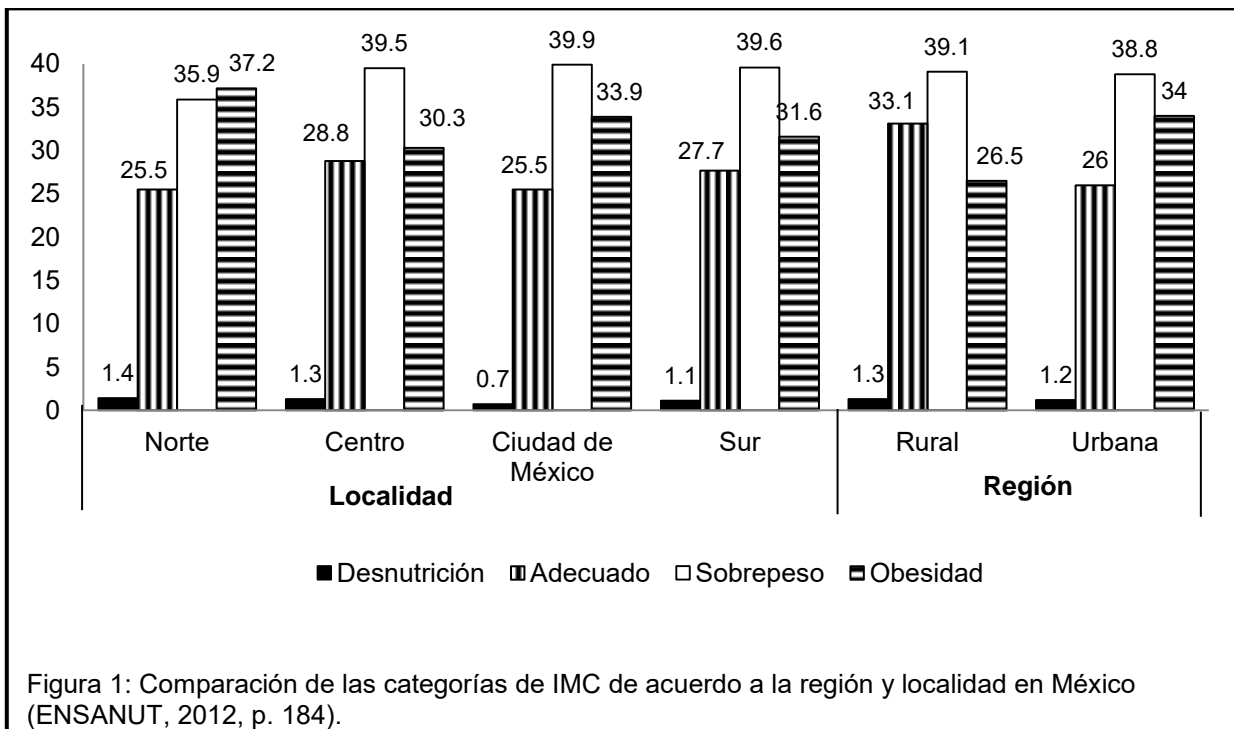
El exceso de peso se presenta como uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo debido al aumento de incidencia cada vez más alarmante y el efecto negativo que tiene sobre la salud. Actualmente un aproximado de 1,700 millones de adultos en el mundo tienen sobrepeso, 312 millones padecen de obesidad y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud un estimado de 2.6 millones de personas mueren al año por esta enfermedad, por lo que se refiere a este padecimiento como la epidemia del siglo XXI. Una persona con obesidad grave muere de 8 a 10 años antes que una de peso normal y se estima que 15 kilogramos de más equivalen a un aumento de 30% en el riesgo de muerte temprana (Barquera, et al., 2010; Barrera, Ávila, et al., 2013; Barrera, Rodríguez, et al., 2013).

De acuerdo con la ciencia médica el exceso de peso es un problema multifactorial ya que se involucran diversos aspectos de tipo genético, ambiental y estilo de vida. Esta enfermedad se divide en exógena y endógena. La endógena se debe a causas de origen endocrinológico, hipotalámico o genético, contrario a la exógena que se define como una enfermedad multifactorial de curso crónico que se debe a la ingesta excedente de calorías en relación con el gasto energético. En el caso de los mexicanos, existe una mayor susceptibilidad genética al exceso de peso, sin embargo esto no explica el aumento tan drástico de prevalencia de esta enfermedad en un periodo de tiempo tan corto, por lo que el aumento parece obedecer cambios en el entorno y comportamiento individual (Barquera, et al., 2010; Gracia, 2010).

En México de 1980 a la fecha la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha triplicado. Alrededor de 30% de las personas mayores a 20 años padecen de obesidad mientras que las personas de entre 30 y 60 años con problemas de sobrepeso superan el 70%; por lo que se sitúa al país como el primer lugar en

obesidad adulta tanto en América como a nivel mundial. Es sorprendente el aumento en el porcentaje de prevalencia de obesidad en este país ya que del 2000 al 2006 incrementó en un 12% y del 2006 al 2012 en un 2.3% (Barquera, et al., 2013; Barrera, Rodríguez, et al., 2013; Gracia, 2010).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) actualmente la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres es de 73% y en hombres de 69.4%, mientras que las mujeres de peso normal son únicamente el 25.6% y los hombres el 29.6%. El rango de edad en el que se presentan los valores más altos de IMC es entre 60 y 69 años para los hombres, mientras que para las mujeres es durante la década de los 30 a 39 años. Por último la encuesta midió la prevalencia de obesidad y de sobrepeso de acuerdo a la región (Norte, Centro, Ciudad de México y Sur) y tipo de localidad (rural y urbana). No se encontraron diferencias en la prevalencia de sobrepeso de acuerdo a la localidad, mientras que en el caso de la obesidad fue de 7.5%, observándose mayor porcentaje de personas con este padecimiento en la localidad urbana. En el caso de la región, aquella con mayor prevalencia de sobrepeso es la Ciudad de México y de obesidad fue la región Norte (Figura 1).

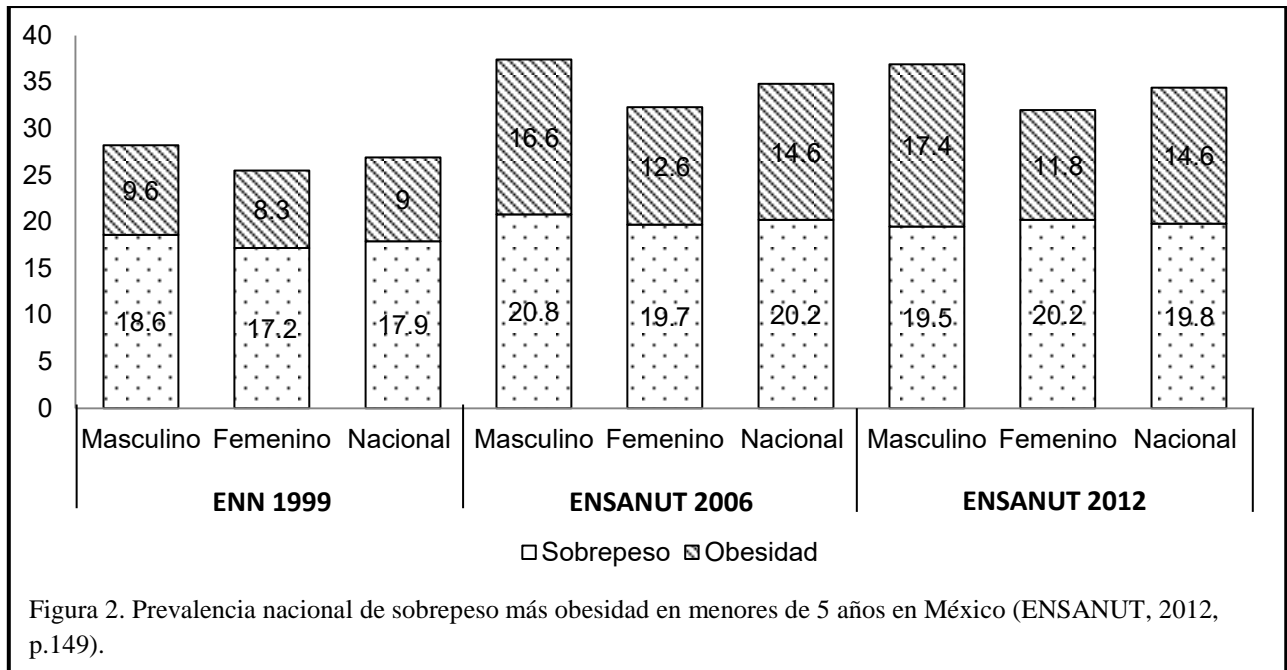


Por otro lado los resultados del ENSANUT 2012 indican que el 35% de los adolescentes mexicanos tienen sobrepeso u obesidad, lo que representa 6 325 131 jóvenes cuya edad fluctúa entre los 12 y 19 años. En mujeres el 35.8% padece sobrepeso u obesidad y en hombres el 34.1%. Del 35.8% de mujeres, 23.7% tiene sobrepeso y 12.1% obesidad, mientras que los hombres presentan un menor porcentaje de sobrepeso con 19.6%, pero mayor en obesidad con 14.5%. Cabe mencionar que el aumento de prevalencia en tan solo 6 años (2006-2012) fue de 5%, lo cual es bastante alarmante.

Asimismo una de las mayores preocupaciones de salud pública es la obesidad infantil ya que México se ubica en el primer lugar a nivel mundial. En niños menores de 5 años la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado en un 1.9% de 1988 a 2012. El mayor aumento se registra en la región norte del país alcanzando un 12%, seguido por la región centro con un 9.9% (Figura 1) (ENSANUT, 2012).

Por otro lado 5 664 870 niños en edad escolar, es decir de 5 a 11 años, tienen sobrepeso u obesidad. Entre la encuesta realizada en 1999 y 2006 hubo un aumento en la prevalencia de 7.9% mientras que en 1999 fue de 26.9% y en el 2006 de 34.8%. Contrario a estos resultados del 2006 al 2012, el porcentaje de sobrepeso y obesidad se ha mantenido casi estable siendo que en el 2012 fue de 34.4%, del cual 19.8% es únicamente de sobrepeso y 14.6% obesidad.

Específicamente en las niñas el porcentaje de prevalencia es de 32% (20.2% sobrepeso y 11.8% obesidad) y en niños es de 36.9% (19.5% sobrepeso y 17.4% obesidad) (ENSANUT 2012).



Estos porcentajes son realmente alarmantes, ya que frecuentemente el individuo con sobrepeso u obesidad no tiene únicamente de exceso de peso, sino que se encuentran en peligro de padecer otras enfermedades crónicas. Esta enfermedad es considerada el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades osteoarticulares, enfermedad isquémica coronaria, accidentes cerebro-vasculares y cáncer de mama o próstata (Barquera, et al., 2010).

Debido al aumento de incidencia en las enfermedades crónico-degenerativas, la epidemiología ha tomado especial interés en el estudio de éstas. A partir del surgimiento de la epidemiología, en el siglo XIX, se desarrollaron medidas de prevención con el propósito de disminuir y controlar en buena medida la incidencia y prevalencia de enfermedades. Beaglehole, Bonita y Kjellström (2003) mencionan que la epidemiología se origina a partir de la idea de que los factores ambientales pueden influir en la aparición de enfermedades y la definen como “el estudio de distribución y de los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios” (p.3) En un inicio la principal aplicación de esta ciencia fue en las enfermedades contagiosas como una herramienta para revelar la relación

entre éstas y los agentes ambientales, sin embargo, como se mencionó anteriormente, en la actualidad se ha ampliado el campo de trabajo y aumentado el interés epidemiológico por las enfermedades crónicas. Gracias a los diversos estudios realizados por los epidemiólogos se ha observado un cambio continuo de los patrones de mortandad y morbilidad en diversos países a través del tiempo, lo indica que existe la posibilidad de prevenir las enfermedades, así como sus variaciones geográficas. La epidemiología es fundamental dentro de la prevención ya que determina las causas modificables de enfermedad sin embargo es importante que se intervenga de manera multidisciplinaria por lo que trabajan juntos diversos profesionistas como psicólogos, ingenieros sanitarios, expertos en control de la contaminación, personal de enfermería especializado en salud pública y sociólogos médicos, entre otros.

La OMS define la prevención como las medidas consignadas a prevenir la aparición de las enfermedades, a la reducción de los factores de riesgo, así como también detener el avance y aminorar las consecuencias una vez que se padece de alguna enfermedad. Este tipo de medidas se utiliza en la actualidad para trabajar con todo tipo de enfermedad incluyendo la obesidad y se clasifican dentro de tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria (Julio, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011).

De acuerdo con Julio et al. (2011) la prevención primaria tiene como objetivo disminuir la incidencia de la enfermedad por medio del control de factores condicionantes, predisponente y causales, es decir, se encuentra dirigida a aquellos que aún no padecen de la enfermedad pero se encuentran en riesgo de hacerlo. Por su parte la prevención secundaria está dirigida a aquellas personas que ya tienen algún padecimiento, sin embargo este es incipiente por lo que aún no presenta síntomas clínicos. Por medio de la captación oportuna, de diagnóstico precoz y de la aplicación del tratamiento adecuado se logra el objetivo de este segundo nivel de prevención que es el control de la enfermedad, la evitación o retraso de secuelas y en el caso de las enfermedades crónicas la reducción de su prevalencia. Por último en la prevención terciaria las enfermedades ya son clínicamente manifiestas, por lo que se busca la recuperación del paciente a

través del control, el seguimiento, la aplicación del tratamiento y medidas de rehabilitación oportunas. En el caso de los padecimientos que no tengan cura se busca que el paciente se adapte de la mejor manera posible y aminorar o prevenir las recidivas de éstos.

1.2 Clasificación

Para estudiar, prevenir e intervenir con el sobrepeso y la obesidad es necesario clasificarla. Hay que saber quiénes tienen sobrepeso y en qué nivel, quiénes tienen obesidad y el grado y quienes se encuentran en riesgo de padecer alguna de las dos.

Para identificar si una persona tiene exceso de peso primeramente se debe distinguir si es exceso de peso endógeno o exógeno. Como se mencionó anteriormente el endógeno es causado por problemas hipotalámicos, endocrinológicos o de tipo genético. El exceso de peso exógeno es una enfermedad multifactorial de curso crónico causada por el consumo excesivo de calorías en relación con el gasto energético (Barquera, et al., 2010).

Asimismo existen diversas medidas antropométricas para la su clasificación dentro de las cuales se encuentran: el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de la cintura (CC) y el fenotipo. El primer indicador, el IMC (Tabla 1), se obtiene dividiendo el peso (en kilogramos) por el cuadrado de la altura del individuo (en metros). Debido al bajo costo y la facilidad a la hora de la aplicación, es la medida corporal más útil. Asimismo este indicador no varía, ni en función del sexo ni la edad, a la hora de aplicarlo. A pesar de que no es una herramienta infalible sí presenta un valor predictivo muy alto. Una persona que obtiene un IMC igual o mayor a 25 kg/m² se le considera una persona con sobrepeso y si obtiene igual o mayor a 30 kg/m² es una persona con obesidad (Barrera, Rodríguez, et al., 2013)

En el caso de los niños y adolescentes el IMC varía con relación a la edad y presenta un aumento importante del nacimiento a la adultez temprana, por lo que no es posible establecer un punto de corte único, sino cortes dependientes de la edad. Asimismo los percentiles de IMC deben construirse para cada sexo debido a

las diferencias fisiológicas entre niños y niñas. En las tablas de IMC por edad y sexo de *Centers for Disease Control and Prevention* 2000 se recurre a criterios percentilares para definir si un niño/a padece o se encuentra en riesgo de sobrepeso por lo que se establece que aquellos valores igual o mayores al percentil 85 y menores al 95 definen riesgo de sobrepeso y los valores iguales o mayores a 95 indican sobrepeso (Kaufer-Horwitz & Toussaint, 2008; OMS, 2015).

Tabla 1

Clasificación de obesidad por índice de masa corporal (Barrera, Rodríguez, et al., 2013)

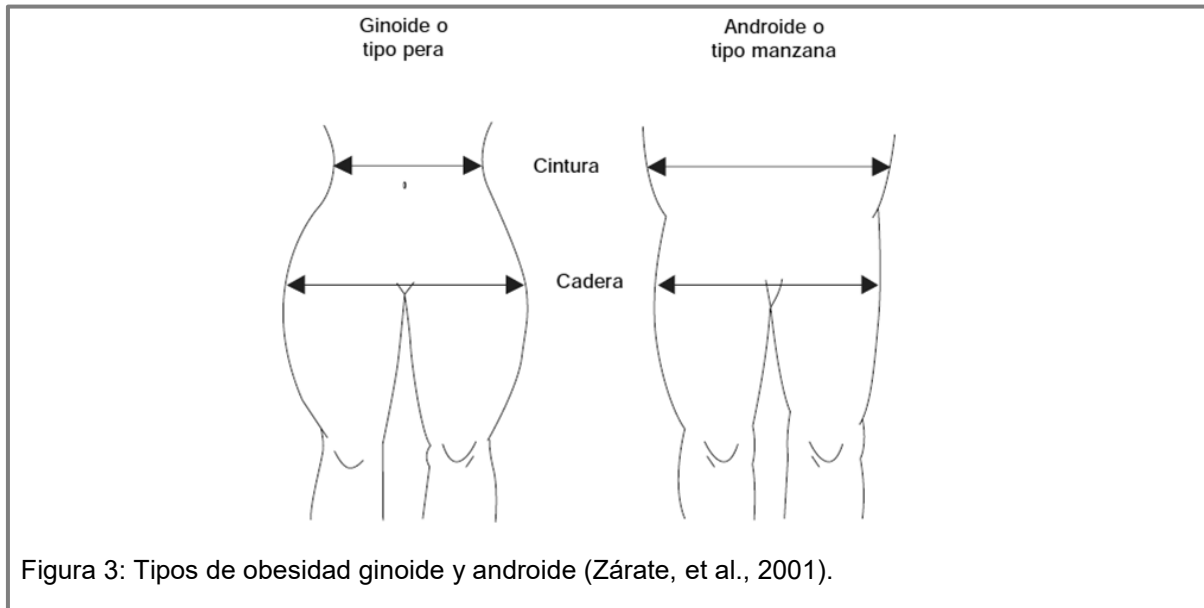
	IMC
Bajo peso	<18.5
Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25.0-29.9
Obesidad I	30.0-34.9
Obesidad II	35.0-39.9
Obesidad III	>40.0

Nota: El IMC es el equivalente al peso entre la estatura al cuadrado.

Por otro lado la circunferencia de cintura indica la adiposidad central que presenta una persona y evalúa el riesgo cardiovascular, si se obtiene más de 80cm en mujeres y más de 90cm en hombres se tiene obesidad abdominal. También es muy útil debido a su fácil aplicación y bajo costo, sin embargo, depende de la manera en que el evaluador realice la medición, por lo que es menos confiable que el IMC (Baquera et al, 2010; Toouli, et al., 2009).

Por último está el indicador por fenotipo. De acuerdo con Zárate, Basurto y Saucedo (2001) se reconocen 2 tipos de exceso de peso a partir de la distribución anatómica; androide, conocida como forma de “manzana” (exceso de grasa subcutánea en el abdomen y tronco) y ginoide o forma de “pera” (exceso de grasa en la región glútea y femoral). Las personas con exceso de peso tipo androide

tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones metabólicas, como el hiperinsulinismo y el hiperandrogenismo, así como diabetes mellitus, trastornos de las lipoproteínas circulantes e hipertensión arterial, por lo que este tipo de distribución de grasa suele ser más preocupante (Figura 3).



1.3 Etiología

A pesar de que el exceso de peso es definido como una enfermedad causada por la ingesta excedente de calorías en relación con el gasto energético, la realidad es que su etiología es mucho más compleja que la sobrealimentación. El padecimiento es multifactorial, lo que quiere decir que se debe a la interacción de diversos factores dentro de los cuales se encuentran los genéticos, psicológicos, fisiológicos, ambientales, sociales, económicos e incluso políticos (Wright & Aronne, 2012).

Actualmente la comida en nuestro país y en muchos otros, ha experimentado una transformación radical. Los alimentos se han modificado tanto que ahora son ricos en grasas, sales y azúcares, pero carentes de minerales, vitaminas y micronutrientes. Existen cada vez más alimentos industrializados y procesados disponibles en supermercados, tiendas de conveniencia, máquinas expendedoras, restaurantes, escuelas y oficinas. La mayoría de los productos disponibles son no perecederos, altamente procesados y empacados o enlatados.

Asimismo las porciones han incrementado con el tiempo y los precios se han mantenido o incluso reducido, por lo que estos productos suelen ser atractivos para la economía del individuo. La disponibilidad, los precios, la publicidad y la disminución de tiempo para preparar los alimentos generan que millones de individuos se vean atraídos a consumir estos productos. Al contrario, el consumo de frutas, verduras, leche y carne ha disminuido drásticamente (Barquera et al., 2010; Barrera, Rodríguez et al., 2013; Wright & Aronne, 2012).

Asimismo la cantidad de actividad física realizada ha descendido de manera radical debido a las modificaciones en los patrones del ejercicio por el incremento de la población y los cambios sociales, tecnológicos y económicos. La urbanización dentro del país ha ocasionado que los espacios de vivienda sean cada vez más reducidos y que existan pocos lugares públicos diseñados para la realización de actividad física. La posibilidad de hacer ejercicio sin costo no se encuentra al alcance de todos, ya que el ambiente de agresividad e inseguridad obstaculiza los intentos de llevar a cabo esta actividad en zonas públicas. A diferencia de los países desarrollados, en México, los niños y jóvenes no son motivados para realizar actividad física ya que no se fomenta el deporte en las escuelas y sumado a eso, utilizan su tiempo en actividades sedentarias como ver televisión, navegar en el internet y jugar videojuegos. De igual manera la tecnología ha cambiado la vida de los individuos de todas las edades. El avance tecnológico ha ocasionado que debamos esforzarnos menos (menor gasto de energía) al utilizar dispositivos o aparatos más eficientes, como es el caso del control remoto y la lava trastes entre muchos otros (Wright & Aronne, 2012).

De acuerdo con Keith, et al. (2006) la ingesta inadecuada de alimentos y la falta de ejercicio han sido considerados los dos elementos fundamentales para tratar el exceso de peso, lo cual considera una visión demasiado simplista para su tratamiento:

We do not intend to imply that the Big Two are not salient contributors to the epidemic. Rather, we offer that the evidence of their role as primary players in producing the epidemic (as well as the evidence supporting their potential ability to reverse the trend if manipulated) is both equivocal and largely

circumstantial that is, the hypothesized effects are underdetermined by the data. (Keith et al., 2006, p. 1586)

Durante los últimos años se ha promovido el menor consumo de calorías y el aumento de la actividad física, sin embargo, el alza de personas con sobrepeso y obesidad ha demostrado que esta manera de abordar la enfermedad ha sido inadecuada, tanto, que ahora se le considera una epidemia.

Keith et al. (en Wright & Aronne, 2012) mencionan que existen otras razones por las cuales se padece de sobrepeso u obesidad entre las cuales están: dormir poco, interruptores endócrinos, reducción de la variabilidad de la temperatura ambiental, disminución del consumo de cigarrillos, iatrogenia farmacéutica, cambios en la distribución de las etnias y edades, edad de la mujer al embarazarse, efectos intrauterinos e intergeneracionales y emparejamiento selectivo.

El aumento de peso también se relaciona con el consumo de hormonas esteroides y anticonceptivas, antihistamínicos, inhibidores de proteasa, medicamentos para tratar la diabetes y la hipertensión, entre otros. A pesar de que es difícil valorar el completo impacto de los fármacos, se reconoce que aumentan el peso considerablemente y por ende podrían contribuir al problema de exceso de peso. Asimismo dormir poco contribuye al exceso de peso en individuos, ya que algunos estudios se demuestran que el número de horas de sueño están relacionadas de manera inversa con el índice de masa corporal y que no dormir aumenta el hambre y el apetito. Por otro lado la disminución del consumo de tabaco contribuye a la epidemia de obesidad ya que en algunos individuos el aumento de peso se presenta como una secuela al dejar de fumar. Los interruptores endócrinos, sustancias producidas industrialmente, como el Dicloro Difenil Tricloroetano (DDT), los policlorobifenilos (PCB) y los alquifenoles, pueden afectar la regulación hormonal endógena y provocar que el individuo suba de peso. A pesar de que la relación de los genes con la obesidad ha sido un tema altamente estudiado se han encontrado pocas anomalías genéticas que causen sobrepeso u obesidad (Wright & Aronne 2012).

Asimismo Lacunza, et al. (2015) mencionan que el exceso de peso no es considerado un trastorno mental, sin embargo se ha encontrado que existe una relación entre ciertos desórdenes psicológicos y el sobrepeso u obesidad. La siguiente cita es un ejemplo que confirma la identificación de alteraciones psicológicas concomitantes a esta enfermedad:

En síntesis, la obesidad es un trastorno multifactorial, resultante de factores etiopatogénicos multivariados: bio-psico-sociales. Sin embargo, los factores psicológicos están teniendo cada vez más peso, existiendo fuertes evidencias que apoyan el considerar a la obesidad como un trastorno mental y no solo orgánico. (Rojas, Brante, Miranda & Pérez, 2011, p. 572)

Entre los trastornos de la conducta alimentaria comprendidos dentro del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), se ha incluido el trastorno por atracón, así como diversos síntomas determinados por la ingesta sin control y excesiva de alimentos, los cuales también se presentan como manifestaciones habituales para el diagnóstico del exceso de peso (Lacunza et al., 2015).

Aún no se llega a un consenso para definir si las alteraciones psicológicas asociadas al exceso de peso propician e influyen en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad o al contrario, derivan de las limitaciones sociales y personales a causa del exceso de peso (Sánchez, et al., 2009; Silvestri & Stavile, 2005).

Diversas investigaciones avalan ambas hipótesis por lo que cada una será tomada en cuenta en el presente trabajo. Los factores psicológicos causantes serán explicados a mayor detalle a continuación y aquellos que derivan como consecuencia de la obesidad en la última sección de este capítulo.

Los especialistas en neuropsicología Collins y Bentz (2009) y Lacunza et al. (2015), indican que las alteraciones psicológicas predicen el desarrollo de problemas de exceso de peso y favorecen la dificultad para controlarlo. Los individuos con desórdenes psicológicos como depresión, ansiedad y trastornos alimenticios tienen mayor conflicto para controlar el consumo de comida, ejercitarse de manera adecuada y mantener un peso sano.

Por su parte Rojas et al. (2011) mencionan que los pacientes con exceso de peso son individuos que presentan una relación entre sobrealimentación y alexitimia. La alexitimia es “la dificultad para identificar en sí mismo el componente afectivo de las emociones y expresarlo verbalmente” (Rojas et al., 2011, p. 572). Esto significa que se les complica el reconocimiento y la modulación afectiva, en especial las emociones negativas, como un mecanismo de autoregulación.

Ante eventos estresantes las personas con exceso de peso recurren al alimento como refugio para compensar los sentimientos de tristeza, frustración, ansiedad y soledad que pueden surgir. “Bersh (2006), a su vez, señala que la comida se emplea como un objeto transicional, particularmente en el mundo occidental; de hecho, se recurre a ella para atenuar cualquier malestar emocional” (Lacunza et al., 2015, p. 7). Es decir, se utiliza la comida como un mecanismo de afrontamiento ante mestas emociones o situaciones, lo que genera un círculo vicioso entre un estado de ánimo perjudicado, exceso de comida y aumento de peso (Collins & Bentz, 2009; Lacunza et al., 2015).

El mecanismo inadecuado de afrontamiento funciona de la siguiente manera. Cuando una persona se siente angustiada, consume alimento como ayuda para enfrentar la emoción ya que por un momento atenúa la angustia. Sin embargo al subir de peso se genera un estado de ánimo disfórico debido a la incapacidad del individuo para controlar el estrés. Este sentimiento de culpabilidad reinicia todo el ciclo y ocasiona que el patrón se repita continuamente, especialmente en ambientes donde la posibilidad de hacer ejercicio es limitada y la comida procesada con altos niveles de calorías es muy accesible (Collin & Bentz, 2009).

Otros factores de riesgo para el exceso de peso son los desórdenes alimenticios, como la costumbre de comer bocadillos o “snacks” altos en calorías sin siquiera pensarlo, *el trastorno por atracón* y *el síndrome de alimentación nocturna*. El trastorno por atracón (incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5) consiste en que el individuo consume grandes cantidades de alimento en comparación con lo que otras personas normalmente comerían en la misma cantidad de tiempo. Por su parte en el síndrome de

alimentación nocturna (Night Eating Syndrome [NES]) las personas consumen grandes cantidades de calorías durante la noche y presentan patrones inadecuados de salud, como no comer nada por las mañanas, insomnio y vivir angustiado continuamente (Collin & Bentz, 2009).

1.4 Factores de riesgo

Como se mencionó anteriormente el sobrepeso y la obesidad se asocian con el incremento en enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes tipo 2. Se estima que 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se atribuyen al sobrepeso y la obesidad. En adultos este padecimiento es responsable del 90% de los casos con diabetes mellitus tipo 2, 55% con hipertensión y de 35% de los casos con enfermedad cardiovascular isquémica, los cuales en sí generan más de un millón de muertes (Barrera, Ávila, et al., 2013). La epidemiología utiliza medidas de asociación para valorar la relación entre un factor en estudio y una enfermedad. Entre estas medidas está el llamado riesgo relativo (llamada también razón de riesgo) cuya estimación directa se alcanza teniendo la incidencia de la enfermedad tanto del grupo expuesto al factor sospechoso como al grupo no expuesto. Es decir, es una razón que representa cuántas veces más (o menos) ocurre probablemente la enfermedad en el grupo expuesto al factor, al ser comparado con un grupo no expuesto. Para estimar el riesgo relativo se utiliza la siguiente fórmula:

Tabla 2

El Riesgo Relativo (RR)

Expuestos	Enfermos	Sanos	Total
Sí	a	b	N1
No	c	d	N0
Total	M1	M0	T

Nota: El riesgo relativo (RR) es igual al cociente de ambas incidencias.

$RR = (\text{Incidencia en el grupo expuesto} \div \text{Incidencia en el grupo no expuesto}) = ((a \div N1) \div (c \div N0))$

Si el valor del riesgo relativo es igual a 1, la incidencia en el grupo expuesto fue el mismo que en el grupo no expuesto. Si el valor es mayor a 1, la probabilidad de enfermarse es mayor en el grupo expuesto que el no expuesto (por ejemplo si es 2, significa que la incidencia en el grupo expuesto es dos veces mayor que en el no expuesto o si es 5 la incidencia es 5 veces mayor etc...) mientras que si es menor que uno significa que la exposición al factor protege contra la enfermedad. Esta medida se utiliza para valorar la relación entre la obesidad y diversas enfermedades crónicas degenerativas (García, 1998).

De acuerdo con Barrera, Ávila, et al. (2013) y Daza (2002) la prevalencia de hipertensión arterial en adultos entre 20 y 45 años es mayor en individuos con obesidad comparados con aquellos que tienen un peso normal. La distribución de la grasa corporal está relacionada con el riesgo de hipertensión arterial, ya que la grasa localizada en la mitad superior del cuerpo tiene mayor probabilidad de elevar la presión arterial que aquella localizada en la parte inferior. Los hombres con sobrepeso tienen un riesgo relativo de 1.28 (con intervalo de confianza de 95% [IC 95%]= 1.10-1.50) y los que padecen de obesidad es de 1.84 (IC 95%= 1.51-2.24). Las mujeres con sobrepeso tienen un riesgo de 1.65 (IC 95%= 1.24-2.19) y aquellas con obesidad es de 2.42 (IC 95%= 1.59-3.67). Por último cabe mencionar que aunque las cifras de la tensión arterial se encuentren en los niveles normales, la obesidad aumenta el trabajo cardíaco. Por otro lado los hombres con sobrepeso tienen un riesgo de 1.23 (IC 95%= 1.13-1.34) de tener enfermedad vascular cerebral mientras que los que tienen obesidad están en un 1.51 (IC 95%= 1.33-1.72) y el riesgo de las mujeres con sobrepeso es de 1.15 (IC 95%= 1.00-1.32) y con obesidad es de 1.49 (IC 95%= 1.27-1.742) (Barrera, Ávila, et al., 2013; Daza, 2002).

Asimismo la obesidad aun estando en un nivel moderado, en especial la abdominal, puede incrementar diez veces el riesgo de padecer diabetes tipo 2. La acumulación de grasa abdominal genera liberación de ácidos grasos por medio de la vena porta lo que ocasiona un exceso de síntesis hepática de triglicéridos, hiperinsulinemia y resistencia a la insulina. Esta última puede ser a causa de la disminución de los receptores de insulina y defectos postreceptores intracelulares.

Cabe mencionar que existe un riesgo de 2.14 (IC 95%= 1.82-2.53) de desarrollar diabetes mellitus gestacional en mujeres con sobrepeso, de 3.56 (IC 95%= 3.05-4.21) en mujeres con obesidad y de 8.56 (IC 95%= 5.07-16.04) en aquellas con obesidad mórbida (Barrera, Ávila, et al., 2013; Daza, 2002)

En el caso de las enfermedades cardiovasculares se calcula en los hombres que “por cada 10% de aumento en el peso corporal, se eleva la presión arterial sistólica en 6.5 mm/Hg, el colesterol plasmático en 12 mg/dl y la glucosa en ayunas en 2 mg/dl. Asimismo, aumenta en 20% la incidencia de enfermedad coronaria” (Daza, 2002, p. 77), e incrementa el riesgo de padecer diversos tipos de cánceres como leucemia, cáncer de mama, de vesícula biliar, páncreas, próstata, colon, esófago, ovario, endometrio y células renales. Cabe mencionar que la obesidad también aumenta el riesgo de tener depresión y esta incrementa el riesgo de desarrollar obesidad, actuando de manera recíproca.

Por otro lado Morín (2006) menciona que el sobrepeso y la obesidad duplican el riesgo de sufrir disfunciones sexuales y son 25 veces más proclives a presentar problemas sexuales en comparación con las personas de peso normal. El desempeño sexual depende de la testosterona tanto en mujeres como en hombres. En el caso de las personas con exceso de peso suelen haber alteraciones en los estrógenos y la progesterona:

La dihidroepiandrosteniona en las personas obesas provoca mayor síntesis de estrógeno y menor síntesis de testosterona, además en ellas se dificulta la irrigación del pene y clítoris, lo cual los lleva a rechazar la idea de tener relaciones sexuales, sufriendo una apatía absoluta que se convierte en un círculo vicioso. (Morín, 2006, p.10)

Estas alteraciones también generan cambios en el ciclo menstrual (presentándose en lapsos muy espaciados) e incluso falta de ovulación. En el caso de los hombres, el aumento de los tejidos grasos (lugar donde se lleva a cabo la transformación de la testosterona periférica en estrógenos) ocasiona modificaciones en el tamaño del pene y testículos, en el vello corporal (su distribución), disminución en la condición física para durar en el acto sexual y reducción de la lívido. En el caso de las personas con exceso de peso e

hipertensión arterial, suele presentarse disfunción eréctil por el daño en el endotelio vascular. Únicamente el caso de las personas cuya obesidad es mayor en un 35% de su peso, se presentan dificultades para tener encuentros coitales ya que se les dificulta ver sus genitales y ciertas posiciones sexuales (Morín, 2006).

Por último la obesidad infantil se asocia con mayor riesgo de fractura, dificultad respiratoria, presencia marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, alteraciones en la masa ventricular cardiaca izquierda, dislipidemias, hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, apnea del sueño, reflujo gastroesofágico, infiltración grasa en el hígado, problemas ortopédicos y efectos psicológico, así como un mayor riesgo de morir de manera prematura, presentar obesidad y/o alguna discapacidad en su adultez. Los bebés de madres con obesidad se encuentran en riesgo de desarrollar anomalías estructurales congénitas como paladar hendido, defectos cardiovasculares, atresia anorectal, hidrocefalia, espina bífida, defectos en el tubo neural, así como una alta probabilidad de aborto (Barquera, et al., 2010; Barrera, Ávila, et al., 2013; OMS, 2015).

1.5 Costos económicos y sociales

El sobrepeso y la obesidad no tienen repercusiones únicamente en la salud del enfermo, sino también afectan en un nivel económico y social. Con el curso de los años los costos directos e indirectos del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera alarmante tanto a nivel global como en nuestro país. Barrera, Rodríguez, et al. (2013) mencionan que en la mayoría de los países la obesidad genera un costo de 1 a 3% al total de gastos de la atención médica, porcentaje que incrementará de manera acelerada debido a su relación con múltiples enfermedades.

En el caso de México el costo que generan las enfermedades causadas por el sobrepeso y la obesidad equivale a 3 500 millones de dólares por año. Para demostrar el impacto que ha tenido este padecimiento basta con observar las estadísticas del año 2000 al 2008 que revelan un aumento de 15 963 millones de pesos en el costo directo por atención médica requerida, lo que significa un

incremento del 61% y se calcula que para el año 2017 el gasto será de 77 919 millones de pesos. En cuanto al costo indirecto por pérdida de productividad a causa de muerte prematura en personas con este padecimiento, ha habido un aumento de 15 9536 millones de pesos entre el 2000 y el 2008 ya que el gasto aumentó de 9 146 millones de pesos a 25 099 millones de pesos respectivamente. Esto significa que al sumar tanto el costo indirecto como el costo directo, el total del gasto en sobrepeso y obesidad en nuestro país fue de aproximadamente 67 345 millones de pesos en el 2008, costo que se estima ascenderá a 150 860 millones de pesos para el 2017 (Barrera, et al., 2013).

Esta enfermedad no solamente afecta económicamente al sistema de atención médica de nuestro país, sino que representa una causa de empobrecimiento para el enfermo. 12% de la población con escasos recursos padece de diabetes y el 90% de estos casos se deben al sobrepeso y obesidad, ya que se generan gastos excesivos para cuidado de la salud por las enfermedades crónicas relacionadas y disminuye la productividad laboral (Barrera, Rodríguez, et al., 2013).

1.6 La función del psicólogo

A pesar de que los médicos fueron los primeros profesionales en contacto con la enfermedad y la necesidad de tratarla, como se señaló anteriormente, la obesidad es multifactorial por lo que debería ser estudiada, tratada e investigada por las diversas áreas relacionadas.

Para tratar problemas de salud desde el área psicológica existen nuevas interdisciplinas como la psicología de la salud, la salud conductual y la inmunología conductual, entre otras. La psicología aplicada a la salud tiene el objetivo de prevenir la enfermedad y promover la salud a nivel poblacional, desde la participación activa de cada persona. En otras palabras es la “promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de correlaciones etiológicas y diagnósticas de la salud, enfermedad y disfunción relacionadas” (Matarazzo, 1994, p.27). Debido a que se trabaja con

poblaciones o comunidades en sus áreas naturales, es ideal para abarcar problemas de salud pública como es la obesidad (Oldenburg & French, 1997).

Dentro de esta área y para trabajar con el problema de salud pública que representa la obesidad, el psicólogo requiere ejercer a partir de sus funciones profesionales que son: la detección, el desarrollo y entrenamiento de capacidades necesarias, la planeación, la prevención, la intervención y por supuesto la investigación (cita); con el objetivo de aproximarse, analizar, abordar y transformar el comportamiento independientemente del contexto en el que se presente este. Por ende, el psicólogo que trabaja en el área aplicada a la salud debe ejercer estas funciones para promover conductas saludables y prevenir y estudiar los patrones de conducta y pensamiento que presentan las personas con obesidad a la hora de relacionarse con su entorno.

1.7 Alteraciones psicológicas asociadas al exceso de peso

Las causas y consecuencias del exceso de peso no se limitan a cuestiones biológicas debido a su carácter multifactorial. Los factores psicológicos también juegan un rol muy importante en ambas situaciones.

Como se mencionó anteriormente las alteraciones psicológicas asociadas al exceso de peso se han diferenciado entre aquellas consideradas como factores de riesgo para desarrollar sobrepeso u obesidad (ejemplo: depresión, ansiedad, trastornos alimenticios y habilidades de afrontamiento inadecuadas) y las que se presentan a consecuencia del exceso de peso (Sánchez, et al., 2009; Silvestri & Stavile, 2005).

La existencia de un perfil que defina la personalidad particular de las personas con exceso de peso ha sido un tema de suma controversia. Al buscar una respuesta al constante enigma que plantea la obesidad, desde sus factores etiológicos hasta su abordaje y tratamiento, se ha investigado la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad. Esto ha sido una de las cuestiones más discutidas en el campo psicológico. Hoy no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad. Existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso (Silvestri & Stavile,

2005, p. 6). A pesar de que no se ha podido delimitar un trastorno específico en la personalidad de aquellos que padecen de sobrepeso u obesidad, sí se ha encontrado que presentan una serie de alteraciones psicológicas a diferencia de aquellos con un peso normal.

Alvarado et al., (2005) y Collins y Bentz (2009) mencionan que la sociedad tiende a etiquetar y juzgar a los individuos con exceso de peso, por ejemplo como personas carentes de fuerza de voluntad o desmotivadas. Estas actitudes negativas son percibidas por el mismo individuo, lo que puede generar desórdenes en el estado de ánimo, ansiedad, depresión e incluso abuso de sustancias. Asimismo la discriminación puede generar baja autoestima, insatisfacción y distorsión de su imagen corporal e incomodidad, tensión, frigidez o impotencia en sus relaciones de pareja y sexuales.

Por otro lado los múltiples intentos fallidos de regímenes dietéticos, conllevan un deterioro psicológico en la persona. Collins y Bentz (2009) y Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas (2006) mencionan que los periodos en los que el individuo pierde y recupera peso generan sentimientos de frustración, desesperación e impotencia. La ingesta de alimento mejora el estado de ánimo, debido al incremento en los niveles de serotonina cerebral, cuando una persona lleva a cabo una dieta hipocalórica se produce una “depresión dietética” por lo que suelen dejarla. Ambos fenómenos repercuten en el interés de la persona para querer bajar de peso en un futuro.

La depresión es un trastorno psicológico que se presenta como un factor causante y consecuente al exceso de peso. Por un lado si se tiene depresión, el individuo puede consumir alimento para contrarrestar su sintomatología, como se explicó anteriormente la comida puede fungir como placebo para las emociones negativas. Aunado a esto, el aislamiento es una manifestación propia de la psicopatología, lo que puede fomentar el sedentarismo y como resultado ambas situaciones llevarían a una persona con depresión a subir de peso. Por otro lado, si una persona no presenta este desorden psicológico antes de padecer de sobrepeso u obesidad cabe la posibilidad de que a causa de el estigma y

segregación social, así como de la disminución de sus actividades llegue a presentar sintomatología depresiva (Baile y González, 2011).

De acuerdo con Morin (2008), 41 años después de la declaración de la OMS respecto a los problemas de sexualidad, el sobrepeso y la obesidad formaron parte de las enfermedades que contribuyen al deterioro de la vida sexual del individuo tanto física como psicológicamente.

En 1974, en una reunión de expertos, la Organización Mundial de la salud (OMS) declaró que los problemas de sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de muchas culturas, de lo que hasta la fecha se había aceptado. (p.6).

Existe relación entre el exceso de peso, la imagen corporal y la satisfacción sexual. En una muestra de mujeres entre 18 y 60 años (con obesidad y peso normal) se encontró que el 70% de toda la muestra presentaba insatisfacción de su imagen corporal y que el 68% de las mujeres con obesidad tenían insatisfacción sexual a comparación de un 46.3% de mujeres con peso normal. La insatisfacción se debe a la autoatribución negativa para tener relaciones sexuales que se encuentra influenciada por los estereotipos de belleza y una cultura que admira la delgadez. Las personas con exceso de peso son catalogadas como menos atractivas lo que afecta su imagen corporal, autoestima y autoconcepto y puede ocasionar depresión. Muchas personas con exceso de peso indican que la falta de comunicación, el temor al fracaso y la vergüenza ocasiona la falta de satisfacción sexual (Morin, 2008).

Contrario a lo mencionado anteriormente, en algunos individuos el exceso de peso suele ser utilizado como defensa ante situaciones sexuales no deseadas. "La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional" (Judith Rodin, en Bersh, 2006, p.539). Ante el miedo a relaciones afectivo-sexuales, los individuos pueden subir de peso intencionalmente presentar dificultades al bajar de peso, para así ser menos atractivas y liberarse de la presión de tener relaciones sexuales. Esta situación se presenta en muchos casos de violación, en personas

jóvenes con miedo a iniciar su vida sexual (a causa de los tubúes sociales) o su vida adulta (significa perder la protección y afecto de los padres) y por miedo a depender de alguien emocionalmente. Por último cabe mencionar que el exceso de peso tiende a repercutir menos en la vida sexual de los hombres ya que a diferencia de las mujeres, el estereotipo de un cuerpo delgado como el cuerpo ideal no es tan severo en ellos. Cuando realmente se ven afectados, es cuando disminuye su agilidad en los movimientos y respiración a causa de su peso, lo que ocasiona que se vuelvan más pasivos (Morín, 2008).

II

VALOR SOCIAL DEL EXCESO DE PESO

2.1 Proceso histórico y significado del exceso de peso

El significado otorgado al exceso de peso es sensible a los cambios históricos, por lo que varía de época en época. En la actualidad esta enfermedad es fuertemente estigmatizada, sin embargo para comprender de manera más clara el desarrollo de su significado hasta nuestros días, es necesario hacer una revisión del proceso histórico. A continuación se presentan de manera cronológica, hechos históricos a través de los cuales se puede apreciar la manera en que el significado del exceso de peso va cambiando en torno a cuatro factores principales: la cultura, la religión, la ciencia médica y la economía.

De acuerdo con Foz (2004) en la prehistoria el hombre era cazador-recolector por ello vivía periodos de escasos alimentos y solo aquellos con “genes ahorradores” que favorecían el depósito de energía, sobrevivían. Los únicos vestigios con los que se cuenta para reconocer la existencia de la obesidad durante esta época son estatuas de la edad de piedra, como la Venus de Willendorf. Representan a la mujer con grandes mamas y un gran abdomen y se cree simbolizaba la maternidad y fecundidad. Más adelante en la cultura antigua de Egipto un cuerpo robusto se consideraba como algo deseable ya que era signo de utilización de poca energía y poder.

Durante estos dos primeros periodos el sobrepeso y la obesidad eran condiciones deseadas cultural y económicamente. Por el escaso conocimiento médico, aún no se les relacionaba con un mal estado de salud sino al contrario, en las mujeres se le asociaba con maternidad y fecundidad (siendo más atractivas para el sexo opuesto). En los hombres era un signo de poder y privilegio; los altos funcionarios no debían realizar actividades físicas en donde se requería de un gran gasto energético y tenían al alcance todo el alimento que deseaban consumir, por ende eran más corpulentos, a diferencia de aquellos que para

sobrevivir trabajaban en el campo o eran esclavos. Sin embargo al poco tiempo esta manera de pensar cambió.

Monereo, Iglesias y Guijarro (2012) mencionan que en el Imperio Medio egipcio, que data del siglo XXI al siglo XVII a.C., se relacionó por primera vez la glotonería con la obesidad. El libro *Las enseñanzas del Kagemni*, en donde se castiga y estigmatiza el exceso, dice lo siguiente:

La glotonería es grosera y censurable. Un vaso de agua calma la sed. Un puñado de vegetales fortalece el corazón. Toma una sola cosa en lugar de manjares. Un pedazo pequeño en lugar de uno grande. Es despreciable aquel cuyo vientre sigue codiciando después de que pasó la hora de comer. Cuando te sientes con un obeso glotón, come una vez que se te haya pasado el apetito. (Monereo et al., 2012, p. 22)

Como se puede observar en la obra filosófica, la ingesta excesiva de alimento comenzó a tomarse como un tema de falta a la moral, de autocontrol y fue definida de manera peyorativa. El individuo con exceso de peso era responsabilizado por su inhabilidad para controlar su apetito a pesar de las múltiples maneras (de acuerdo con el texto) para dominar el hambre, por lo que merecía ser castigando y juzgando.

Fue hasta el siglo V a.C. en Grecia cuando iniciaron las primeras investigaciones médicas con respecto al sobrepeso y la obesidad. Hipócrates figuró como el médico más importante y comenzó a realizar estudios acerca del funcionamiento del cuerpo basado en los elementos y humores. Dentro de estos estudios señaló que las personas con obesidad sufrían con mayor frecuencia de muerte súbita y en el caso de las mujeres podían presentar infertilidad y menstruación reducida, idea contraria a la que se tenía durante la prehistoria. Asimismo mencionaba diferentes maneras de tratar el padecimiento dentro de las cuales algunas actualmente siguen siendo válidas, como por ejemplo apegarse a un fuerte régimen de ejercicio. Por su parte Platón (siglo V-IV a.C.) habló de que las personas con obesidad debían seguir una dieta equilibrada. El médico y filósofo griego Galeno (siglo II a.C.), relacionó la obesidad con un estilo de vida inadecuado e identificó dos tipos de obesidad: la moderada, la cual consideraba

natural y la inmoderada, es decir la mórbida o patológica. Para mantener un buen estado de salud, Galeno consideraba esencial la obediencia del paciente, por lo que definía a estos individuos como discapacitados. En su libro “De Sanita Tuenda” con un contenido moralista y sentenciador hacia las personas obesas, mencionó como tratamiento educarlos nuevamente para que fuesen obedientes (Foz, 2004; Gallar, en Bermudo & Collado, 2001).

Hipócrates, así como Galeno y otros médicos cuyas investigaciones surgieron unos años después, comenzaron a influir sobre la manera en que era percibido el exceso de peso. Gracias a los grandes avances médicos actuales se sabe lo erróneo que es describir el padecimiento como la causante de diversas enfermedades y no como un factor de riesgo. Sin embargo el prestigio de la ciencia médica y sus dictámenes comenzaron a penetrar en el significado del sobrepeso y la obesidad generando que se les catalogara como algo inadecuado y dio inicio a lo que hoy se le conoce como estigmatización.

Además de la medicina la religión también se vio involucrada en el tema de la obesidad. En siglo I d.C. se incorporó la glotonería en la cultura cristiana como uno de los siete pecados capitales. Debido a la baja incidencia de obesidad durante este periodo aún no se relacionaba la glotonería con la enfermedad, sin embargo fue el principio para que unos años después se juzgara a todo aquel con el padecimiento (Foz, 2004).

A pesar de los nuevos descubrimientos médicos y de la sentencia moralista por parte de la religión cristiana, aún se podía observar que en la época antigua, los excesos en la comida eran habituales. Para la comunidad, comer en grandes cantidades y por ende tener un cuerpo robusto aun significaba poder social, político y económico ya que esta posibilidad no estaba al alcance de todos. De acuerdo con Gallar (2001) en las altas esferas sociales de la urbe Romana la importancia de la comida era de tal magnitud que se llevaban a cabo actividades de ingesta de alimentos tan desmesuradas como por ejemplo “...practicaban orgías de tal exuberancia que hasta disponían de unos cubículos llamados vomitorium destinados a arrojar lo ingerido a fin de poder continuar bebiendo y comiendo...” (Gallar, en Bermudo & Collado, 2001, p 122).

Esta manera tan positiva de percibir el sobrepeso continuó hasta la edad media. La glotonería seguía representando bienestar al ser muy común entre los nobles. Por su parte las investigaciones médicas no cesaron y el exceso de peso seguía siendo estudiado, pero ahora por uno de los médicos más importante en la medicina árabe, Avicenna (siglo X-XI). Describió varios tratamientos para el sobrepeso y la obesidad como el ejercicio intenso, la ingesta de alimentos voluminosos y poco nutritivos y bañarse antes de comer. Tres siglos después en el Imperio Bizantino, el médico Sicamus Aëtius consideró que la enfermedad se daba a causa de una dieta abundante y de poco ejercicio por ello les recetaba una dieta especial. En el Japón medieval se documentó en un pergamino del siglo XII el concepto que se tenía del sobrepeso y la obesidad; la ingesta excesiva de alimentos se relacionaba con personas avaras e insaciables, así como con un mal estado de salud. Igual que la medicina la religión no desistía en diferenciar lo bueno de lo malo y debido al aumento en el índice de personas con exceso de peso, en la edad moderna ya se relacionaba la obesidad con la glotonería en la cultura cristiana. En la obra *Los siete pecados capitales* de Hieronymus Bosch (1450-1516) esta enfermedad es estigmatizada al relacionarla con una persona que come y bebe sin prudencia, es decir con la glotonería (Foz, 2004).

Culturalmente el exceso de peso seguía siendo bien visto, aun representaba un estilo de vida que no todos tenían ni podían alcanzar, lo cual diferenciaba a los privilegiados económicamente de aquellos que no lo eran. Por parte de la ciencia las cosas eran distintas. Paulatinamente aumento la cantidad de médicos interesados en el tema y a pesar del poco conocimiento científico que a veces caía incluso en creencias supersticiosas o mágicas, aumentaba la presión por parte de esta rama para indicar lo contrario, el sobrepeso y la obesidad eran algo dañino para la salud.

El interés por estudiar el padecimiento incrementó en los siglos XVI a XVII. Durante este periodo hubo mayor número de publicaciones médicas en Europa, entre las cuales se trataba la enfermedad desde un punto de vista clínico. Asimismo se introdujeron nuevas ideas sobre aspectos físicos y químicos de la función del organismo. Uno de los representantes más importantes de estas ideas

fue Giovanni Alfonso Borelli (1608- 1679) el creador de la escuela yatomecánica, cuya manera de concebir el exceso de peso era menos culpabilizadora que la de los médicos anteriores, aunque lo seguía considerando dañino para la salud. La visión por parte de los médicos sobre el cuerpo con sobrepeso como un cuerpo enfermo, aun no lograba cambiar la manera de pensar de las personas y nuevamente era percibido como un símbolo de fecundidad, atractivo sexual, salud y bienestar (Foz, 2004; Monereo et al., 2012).

Esta manera de pensar se manifestó en diversas obras artísticas como por ejemplo en las pinturas del famoso Peter Paulus Rubens (1577- 1640) o en las obras literarias de William Shakespeare (1564-1616). Por su parte el pintor flamenco Rubens (Figura 4) contrataba únicamente modelos que pesaran por lo menos 90.71kg, al considerar a las mujeres más delgadas no atractivas y reflejo de un mal estado de salud. En las obras de William Shakespeare u otros autores los personajes hacían comentarios positivos hacia las personas con exceso de peso (Foz, 2004; Monereo et al., 2012).



Figura 4. Las tres gracias de Rubens (Monereo et al., 2012).

Debido al aumento de interés en el tema, durante el siglo XVIII se publicaron 34 tesis doctorales acerca del exceso de peso. Thomas Short fue el primero en publicar una monografía sobre la obesidad en 1727 en la cual aludió al sedentarismo y la ingesta de alimentos dulces, grasos y ricos en aceite como las principales causas de la obesidad y estigmatizó el padecimiento al asociarlo con la pereza y la glotonería. Asimismo consideró que un factor importante era el estado de ánimo; un temperamento alegre contribuye al sobrepeso. Esta misma idea fue retomada por las escuelas de Shelton y Schkremel al relacionar la figura humana con la personalidad (Gallar, en Bermudo & Collado, 2001). Asimismo el prestigioso médico Holandés Herman Boerhaave definió que la cantidad y el tipo de alimento, el aire respirado, los fluidos ingeridos, el estado de la mente, el tipo de evacuaciones, las horas de reposo y ejercicio y el sueño eran factores causales de la obesidad dependientes del control individual lo cual implicaba que el paciente era el responsable de su alteración (Monereo et al., 2012).

La relación que hicieron Shelton y Schkremel entre la obesidad y la personalidad continúa hoy en día. Existen diversos prejuicios de la manera cómo piensa y se comporta una persona con sobrepeso u obesidad por el simple hecho de padecerlo; se les cataloga como personas con baja autoestima, tontas, sin fuerza de voluntad, carentes de autocontrol, tercos etc... sin ser realmente cierto. Las etiquetas impuestas socialmente generan que una persona con obesidad sea vista como responsable de su padecimiento al creer el supuesto de que su exceso de peso se debe a su tipo de personalidad.

En la segunda mitad del siglo XVIII aparecen varios estudiosos del padecimiento. Malcolm Flemying (1760), publicó una monografía sobre el exceso de peso "A discourse on the nature, causes and cure of corpulency" en donde mencionaba las cuatro causas del sobrepeso y la obesidad: excedente de comida, alteraciones en la textura de la membrana celular, un estado anormal de la sangre y por último la evacuación defectuosa. En 1765 Joannes Baptista Morgagni publica la obra *De sedibus et causis morborum pero anatomen indagata* a partir de la cual se origina la teoría anatomopatológica de la enfermedad (Foz, 2004; Monereo et al., 2012).

Como se aludió anteriormente gracias al constante desarrollo de la medicina se han encontrado muchos errores en los diagnósticos y hallazgos médicos antiguos por ende es importante aclarar que hoy por hoy se sabe que las alteraciones en la membrada celular, el estado anormal de la sangre y la evacuación defectuosa no son causas sino consecuencias del padecimiento y que Flemyng al igual que muchos médicos anteriores no se equivocaban al decir que la obesidad y el sobrepeso eran causadas por el excedente de comida.

En la segunda mitad del siglo XVIII y el siglo XIX, el sobrepeso seguía siendo un reflejo de buena salud, respetabilidad y prosperidad. Los cuerpos redondos femeninos seguían representando el ideal de la belleza y de la estética, al contrario de esto los cuerpos delgados figuraban una mujer enferma con anemia o tuberculosis. Sin embargo también se presentaba la preocupación por el exceso de peso, como en el caso de Lord Byron que al ser propenso desde niño al sobrepeso, fue víctima de las primeras dietas milagrosas en donde solo comía una vez al día y abusaba de vomitivos y laxantes (Gallar, en Bermudo & Collado, 2001).

En cuando al área médica hubo avances notorios tanto en Francia como en Inglaterra y Alemania. En Francia se publicaron un alto número de trabajos acerca del exceso de peso entre los cuales destaca el *Textbook of medicine* de Haufeland escrito en 1842, el cual habla de la polisarcia (acumulación adiposa). El médico francés también consideraba que la adiposidad era consecuencia del exceso de alimentación, falta de ejercicio así como del temperamento apático, por lo que también consideraba la psicologización de la enfermedad. En Inglaterra una de las contribuciones más importantes con respecto a la obesidad y el sobrepeso fue la de W. Wadd en 1829, cuyo trabajo contenía descripciones de varios casos de obesidad mórbida y en Alemania el descubrimiento más importante fue la teoría celular. En 1849 fue empleada por A. Hassal, para explicar que la enfermedad podía depender del aumento de número de células adiposas. Asimismo la utilización de los métodos cuantitativos tuvo un fuerte impacto dentro del estudio de las enfermedades en las ciencias médicas (Foz, 2004; Gallar, en Bermudo & Collado, 2001).

Tras realizar estudios acerca de las personas con obesidad Lambert Adolphe Jacques Quetelet (1796-1874), matemático, estadístico y sociólogo belga, propone en 1835 en cuestión de los parámetros antropométricos, que el peso corporal de un individuo debe ser medido y corregido en función a la estatura lo que derivó en el índice de Quetelet conocido actualmente como el índice de masa corporal (IMC). Esta medida fue olvidada en su época y retomada hasta el siglo XX (Monereo et al., 2012). Actualmente aunque el IMC no es infalible, es una de las medidas más utilizadas por su valor predictivo para saber si una persona tiene sobrepeso u obesidad. Como se mencionó en el capítulo 1, si se obtiene un IMC igual o mayor a 25 kg/m^2 se le considera una persona con sobrepeso y si obtiene igual o mayor a 30 kg/m^2 es una persona con obesidad.

De acuerdo con Stearns (2002), a finales del siglo IX principios del siglo XX comenzó la lucha de la clase media americana en contra del exceso de peso. La preocupación por hacer dieta se volvió un problema muy común en la vida privada de muchos individuos así como el disgusto en contra de las personas etiquetadas como obesas o con sobrepeso. Es importante mencionar el estilo de vida que se tenía Estados Unidos de América ya que al ser un país vecino, sus costumbres han llegado a influir en la conducta de los mexicanos.

En el siglo XX el estilo de vida del ser humano cambia paulatinamente debido a la industrialización y mecanización de la sociedad. La vida en las ciudades requiere de poco esfuerzo físico ya que se cuenta con coches, trenes y metro para moverse de un lado a otro y se deja de lado el trabajo físico, al abandonar la vida rural, para convertirse en un trabajo que requiere del intelecto creando patrones sedentarios (Monereo et al., 2012). En este tiempo Estados Unidos de América se vuelve líder en la investigación médica y por lo tanto en los estudios del sobrepeso y la obesidad. Se estudia los mecanismos de la acumulación adiposa, ingesta y control alimentario para el tratamiento de la obesidad, Asimismo un importante acontecimiento ocurre, se suma el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico con estrategias conductuales para controlar y tratar los hábitos alimenticios en personas con esta enfermedad (Foz, 2004; Monereo et al., 2012). Cabe mencionar que el desarrollo de la psicología y

su independencia a la filosofía se ve impulsada tras la Primera y la Segunda Guerra Mundial, lo cual permitió que se estableciera como una ciencia y se aplicara en cuestiones relacionadas a la salud.

Durante los 60 Taverner en la obra *Pedro Pons* le otorga un importante peso a la valoración y tratamiento coadyuvante psicológico:

Para muchos obesos el alimento es un símbolo, una satisfacción oral o un signo de independencia, de prosperidad o de superioridad y el acto de la comida un modo de llenar un vacío interior (muchas veces psíquico)...el médico que no tenga presentes estos o análogos conceptos podrá obtener mejorías transitorias, pero nunca resultados definitivos si no ha dado con la clave que resuelva el enigma psíquico de cada paciente. (Gallar, en Bermudo & Collado, 2001, p.140)

Por otro lado el sobrepeso y la obesidad se comienzan a clasificar en exógena y endógena. Como ya se mencionó, en el exceso de peso endógeno predominan los factores genéticos, mientras que en el exógeno la ingesta y el sedentarismo. De igual manera se comienza a estudiar la obesidad asociada a problemas hormonales, dando a conocer que se relaciona con el exceso de hormonas como en el caso del síndrome de Cushing en el cual se presenta un aumento en la síntesis y producción del cortisol causando una acumulación de grasa en el tronco, o al contrario por la falta de hormonas como en el hipotiroidismo (Foz, 2004; Monereo et al., 2012). La diferenciación entre el tipo de exceso de peso da pie en la actualidad a que se presente una mayor estigmatización hacia las personas con sobrepeso u obesidad exógena, ya que al contrario de la endógena, se hace responsable a la persona de su estado, haciendo válido el poder juzgarla y castigarla por sus hábitos alimenticios y de salud.

Después de la Primera Guerra Mundial el ideal de la belleza femenina era lo andrógino y delgadez exagerada por razones médicas. En los años treinta la figura femenina con curvas es nuevamente admirada, sin embargo una vez terminada la Segunda Guerra Mundial se consolida la moda por los cuerpos delgados (Foz, 2004). De acuerdo con Gallar (en Bermudo & Collado, 2001)

durante esta época y hasta la actualidad se ha ido construyendo de manera paulatina una “lipofobia” a tal grado que como menciona el antropólogo francés Claude Fischler (1995) lo grueso se relaciona con lo grotesco, sucio y vulgar, así como también es de uso común los términos despectivos como “cerdo” o “puerco” queriendo dar el doble mensaje de suciedad y glotonería.

A lo largo del último capítulo se puede observar cómo se ha ido desarrollando la percepción negativa que actualmente se tiene de la obesidad. Se viene consolidando desde que se tienen registros del sobrepeso y/o obesidad en la historia y ha sido promovida por la ciencia médica debido a sus importantes consecuencias en la salud, así como por procesos sociales, religiosos y económicos. Claude Fischler menciona en su ensayo *El Omnívoro*:

El examen de la historia reciente de las posiciones y de las acciones médicas a propósito de la obesidad y de las grasas muestran pues, como ya lo viéramos en el caso del azúcar, que la medicina y la ciencia no se han protegido de ningún modo, desde luego, de los pesos o de las fluctuaciones que la historia, la sociedad, la cultura, las fuerzas económicas, el cambio social determinan en las ideologías, los fantasmas y los mitos. Se unen a ellos, o incluso, muy a menudo, los preceden y los anuncian...La evolución reciente de las prescripciones médicas converge sorprendente con la evolución de las costumbres alimenticias, de la estética culinaria, e incluso de la estética corporal. (Gallar, en Bermudo & Collado, 2001, p.137)

Es decir, el proceso histórico del significado de la obesidad no obedece únicamente a un área de la vida del ser humano, sino que es un fenómeno multifactorial lo cual genera que el origen, el desarrollo y la manera en que se comporta actualmente la sociedad y el individuo ante el exceso de peso es un tema sumamente complejo. A pesar de que la nueva tendencia por la “delgadez” busca fomentar buenos hábitos alimenticios, el rechazo desmesurado a el sobrepeso y la obesidad ha traído repercusiones graves para la salud física y mental de las personas con esta enfermedad, como por ejemplo el incremento de la incidencia de en los trastornos de la conducta alimentaria así como la estigmatización hacia las personas con exceso de peso.

2.2 La estigmatización de personas con hiperpeso

Una de las enfermedades más estigmatizadas es el exceso de peso tanto en niños como en adultos ¿Pero qué significa estigma? A grandes rasgos el estigma es un constructo social que se encuentra influenciado por factores históricos, culturales y situacionales (Dovidio, Major y Crocker, 2000).

Al mirar a una persona formulamos ideas de cómo debe ser, es decir creamos demandas y expectativas de él o ella a partir de lo establecido por nuestra cultura sin siquiera conocerlo/a, lo que se denomina identidad social virtual. Sin embargo el individuo puede o no cumplir con las demandas formuladas por otros, dependiendo de los atributos y características que demuestre tener, es decir de su identidad social real. A veces las personas suelen presentar atributos diferentes a la norma, esto genera que aquellos que sí cumplen con las normas o estereotipos fijados, los “normales”, los dejen de ver como personas completas y sólo se fijen en sus fallas (un defecto, una imperfección). A este tipo de atributos se les llama estigma y genera una divergencia entre la identidad social virtual y la real, es decir se presenta una incongruencia en la relación del estereotipo y el atributo. Los griegos inventaron el término estigma para describir características corporales poco habituales que hacían a una persona digna de ser descalificada. Durante ese tiempo una persona con cortes o quemaduras reflejaba ser un esclavo o un criminal, lo que significaba que debía ser evitado por ser corrupto o carecer de honor (Goffman, 2006).

Anteriormente la estigmatización se refería únicamente al rechazo de características corporales, sin embargo actualmente el término se encuentra conformado por tres categorías: características físicas, psicológicas y/o socioculturales. La naturaleza de la marca, ya sea que se conforme por una, dos o todas las dimensiones indicadas anteriormente, nos permite conocer las conductas de discriminación y marginación hacia el grupo estigmatizado. Cabe aclarar que estas personas son tratadas de manera distinta de acuerdo a la cultura en la que se encuentran sumergidas, debido al significado cultural que se le otorga a la naturaleza de la marca (Marichal & Quiles, 2000).

Además del sistema taxonómico que distingue a los grupos estigmatizados a partir de la naturaleza de su marca, el término estigma esconde un doble significado, ya que puede referirse a las personas desacreditadas y a las desacreditables. Las desacreditadas son aquellas cuyo atributo ya es conocido o es evidente en el momento de tener contacto con cualquier persona. Por otro lado los atributos de las personas desacreditables no son perceptibles, por ello la persona se encuentra en constante riesgo de ser desaprobada. En ambos casos durante el contacto social la persona estigmatizada se siente insegura de la manera en que será identificada y la categoría en la que será ubicada, por lo cual se siente exhibida y observada por los demás. La preocupación de ser juzgado puede ocasionar que la persona discriminada se retraiga o incluso llegue a ser agresiva como respuesta de defensa (Goffman, 2006).

Las tasas de sobrepeso han ido en aumento así como los niveles de discriminación hacia estas personas. En un estudio realizado por el National Survey of Midlife Development in the United States (MIDUS) se evaluó las cifras de discriminación asociadas con el índice de Masa Corporal en 2000 estadounidenses. Se encontró que en diez años la discriminación en relación al exceso de peso incrementó en un 66% (De Domingo & López, 2014). Como se mencionó anteriormente, las personas con exceso de peso son un blanco habitual de estigmatización y por ende discriminación y marginación, sin importar su edad, género o nivel económico.

La estigmatización por el peso se refiere a las actitudes negativas en contra de individuos con sobrepeso u obesidad ya que son catalogados como diferentes a la norma por presentar una o más características indeseables (Puhl & Heuer, 2009; Puhl, et al., 2007). Vivimos en una sociedad en donde la lipofobia se ha vuelto una situación cotidiana; desde los comerciales en la tele, los modelos en las revistas, las abundantes dietas milagro, el incremento en número de gimnasios, los chistes en las redes sociales, la ropa hecha en tallas pequeñas, el bullying en las escuelas etc..

Por ello, conviene tener en cuenta que la estigmatización social del individuo obeso se encuentra acrecentada por la propagación de un prototipo estético fundamentado en la delgadez. En consecuencia el “canon delgado”, que es aprobado culturalmente, suscita preocupaciones e inconvenientes entre los individuos que no se hallan entre los límites socialmente aceptados. (De Domingo & López, 2014, p.278)

A parte del rechazo social hacia estas personas por ser consideradas poco atractivas, también son etiquetadas con otros estereotipos negativos como por ejemplo: que son flojas, menos competentes, con baja autoestima, sucias, no obedientes, sin fuerza de voluntad, carentes de compromiso y autocontrol, provocando que sean fuertemente estigmatizadas.

Asimismo Puhl y Brownwell (2003) mencionan que hay mayor probabilidad de que se estigmatice a las personas con exceso de peso debido a dos características principales: la visibilidad y la responsabilidad. Al ser una enfermedad perceptible a simple vista el enfermo es reconocido fácilmente generando mayor vulnerabilidad que en el caso de pacientes con otros padecimientos. De igual manera muchos perciben este padecimiento como voluntario, es decir se cree que la persona decide ingerir más alimento de lo necesario y no hacer ejercicio. La segunda característica ha sido identificada como un componente central para que sean blanco aceptable de discriminación, ya que se culpa y responsabiliza a la persona con sobrepeso u obesidad de su estado de salud.

Los estereotipos y la responsabilidad atribuidos al exceso de peso, así como la facilidad para que el padecimiento sea detectado por otros, suscitan que la estigmatización afecte diversas áreas de la vida de la persona; el contexto social, laboral, escolar, el servicio de salud e incluso el círculo familiar. Dentro de estos ambientes cabe la posibilidad de que las personas con sobrepeso u obesidad sufran de discriminación, marginación y ataques tanto verbales (insultos, burlas, nombres despectivos entre otros), como físicos, lo que tiene un impacto nocivo sobre su salud mental y física (De Domingo & López, 2014; Puhl & Heuer, 2009).

En el ámbito laboral las personas con sobrepeso u obesidad se enfrentan a desventajas en el momento de la contratación, de las promociones, despidos e incluso en el momento de determinar el monto de sus salarios. Asimismo son agredidos verbalmente, con humor despectivo y comentarios peyorativos. En un estudio realizado en Estados Unidos por *Midlife in the Unites States* (MIDUS) se trabajó con 2290 participantes y se encontró que el tipo de discriminación sufrida en el ámbito laboral era: no ser contratado, no ser ascendido y despidos injustificados a pesar del buen desempeño laboral. De igual manera en otro estudio realizado por MIDUS (N= 12 686), se encontró que el salario de las personas con obesidad se reducía en un 0.7 a 3.4% en comparación con personas de peso normal y que las mujeres con esta enfermedad presentaban una reducción aun mayor de 2.3 a 6.1% (Puhl & Brownwell, 2001; Puhl & Heuer, 2009).

En cuanto al área educativa, en un estudio realizado en 2006 con 700 000 hombres suecos, se encontró que aquellos que padecen de obesidad a los 18 años tenían menor posibilidad de obtener una educación de nivel superior a pesar de su intelecto y su situación económica. De igual manera en el 2007 el National Longitudinal Study of Adolescent Health llevó a cabo una investigación con 10 829 participantes, en donde señalaron que la obesidad perjudica la educación de las mujeres con obesidad ya que la probabilidad de asistir a las clases es menor en un 50% que las mujeres con peso normal. Cabe mencionar que en diversos estudios se ha encontrado que el mal trato y la estigmatización no provienen únicamente por parte de los compañeros sino también de los maestros, administradores escolares e incluso de los padres. La estigmatización al desencadenar conductas de mal trato, discriminación, segregación y falta de apoyo ocasiona que las personas con exceso de peso eviten el contacto social en el entorno escolar. Esto ocasiona que disminuyan su asistencia a clases y por ende se vea afectada su educación (Puhl & Heuer, 2009).

En el ámbito de la salud a pesar de que el sobrepeso y la obesidad son catalogadas como enfermedades, es sorprendente como los profesionales del área: médicos, psicólogos, enfermeros, nutriólogos, farmacéuticos y

epidemiólogos, que dedican parte de su trabajo a atender a pacientes con la enfermedad, los juzgan y estigmatizan a partir de estereotipos (Puhl & Heuer, 2009).

En un estudio realizado en los Estados Unidos de América se observó que más del 50% de los 620 médicos participantes consideraban a los pacientes con exceso de peso raros, no atractivos, feos e incumplidos, así como un tercio de la muestra los consideraba descuidados, sin fuerza de voluntad y flojos. En otro estudio se encontró que los profesionales de la salud en Gran Bretaña creían que las personas con la enfermedad carecían de autoestima, atractivo sexual, salud y que las principales causas de la enfermedad era la falta de actividad física, comer demás, adicción a la comida y características personales. Asimismo se ha encontrado en varios estudios que las enfermeras presentan actitudes de estigmatización hacia estas personas al creer, al igual que los médicos, que son flojos, carentes de fuerza de voluntad, incumplidos y que sus elecciones personales sobre la comida y actividad física son las causas de porque padecen la enfermedad. Este tipo de comportamiento por parte de los profesionales de la salud provoca que las personas con exceso de peso eviten ir a sus consultas para no enfrentarse a situaciones incómodas, lo genera un círculo vicioso (Puhl & Heuer, 2009).

Los pacientes con sobrepeso u obesidad evitan acudir a los servicios de salud por el mal trato que reciben, lo que ocasiona que su enfermedad no sea atendida adecuadamente y que empeore. El aparente descuido motiva a los profesionales del área a seguir creyendo en los estereotipos y por lo tanto les incomode trabajar con ellos. La deficiente comunicación entre el profesional de la salud y el paciente solo trae consecuencias perjudiciales tanto a la salud de la persona, como a la economía del país.

De acuerdo a un estudio realizado por Puhl, Moss, Schwartz y Brownell (2008), con 274 mujeres y 44 hombres, los participantes reportaron que la peor situación de estigma que vivieron y en donde más sufren de esta circunstancia, es en su círculo familiar (incluyendo sus esposas/esposos y padres) y de amistades. Los investigadores creen que se puede deber a 6 motivos. El primero es que el

estigma hacia las personas con exceso de peso se ha vuelto algo muy común en nuestra sociedad por lo que los familiares y amigos no se encuentran exentos a pensar de igual manera. Segundo, debido a que se tiene un mayor contacto con estos círculos sociales, es probable que exista mayor exposición a situaciones de estigma en comparación con otros grupos. Una tercera razón es que los familiares estén genuinamente interesados por la salud y el bienestar del miembro afectado por lo que creen necesario presionarlo para que baje de peso. Asimismo se cree que los familiares podrían ejercer presión debido al estrés que les provoca cambiar sus propios hábitos alimenticios o cambiar su manera de vivir para ayudar al enfermo. Como quinta razón se cree que quizá los comentarios hechos por algún familiar o amigo tienen mayor impacto en la susceptibilidad de la persona que si vinieran de algún desconocido y por último es probable que los parientes cercanos sientan que son responsabilizados por el sobrepeso de su familiar.

Lamentablemente en México aún no se ha estudiado suficientemente el fenómeno, sin embargo existen algunas investigaciones que aportan datos valiosos para su comprensión. El Consejo Nacional Para Prevenir La Discriminación y el Centro de Investigación y Docencia Económica señalan en el Reporte sobre la discriminación en México (2012) que “En México, el color de la piel, el aspecto físico, la lengua y el origen étnico son marcadores que alejan de la posibilidad de obtener un empleo bien pagado” (pp. 77). En nuestra cultura al tener un peso por encima de la norma no se cumple con las expectativas sociales de una apariencia física agradable, lo que sugiere que estas personas pueden ser discriminadas en el mundo laboral. Sin embargo no se encontraron estudios en población mexicana que nos permitieran saber exactamente cuáles son las conductas de estigmatización y en que porcentajes se presentan en el área laboral.

Igualmente existe poca información acerca del efecto que tiene la estigmatización en cuanto al área educativa. Sin embargo, se encontró un estudio realizado por Martínez, et al. (2010) en Tamaulipas, con corte cualitativo, donde se menciona que los adolescentes con obesidad viven situaciones de rechazo como el maltrato, las burlas y el desprecio por parte de sus compañeros.

En cuanto al área de la salud, el único estudio que se encontró que evaluara a partir de escalas validadas, las actitudes de estudiantes mexicanos de medicina y psicología hacía el exceso de peso, lo llevaron a cabo Soto, Armendariz, Bacardí y Jiménez en el 2014. En la investigación se trabajó con 278 estudiantes de psicología y 250 de medicina los cuales contestaron: la escala de creencias sobre las personas obesas (Beliefs About Obese People [BAOP]), la escala de actitudes hacia las personas obesas (Attitudes Toward Obese people [ATOP]) y la escala de lipofobia (Fat Phobia Scale [F-Scale]). Se encontró que aquellos con escasos o pocos conocimiento sobre la enfermedad presentaban actitudes negativas en contra de las personas con exceso de peso y tenían altos niveles de lipofobia. Asimismo se encontró que los estudiantes de psicología entendían mejor las causas de la obesidad y mostraban mejores actitudes hacia las personas con este padecimiento. Esto nos sugiere que educar adecuadamente a los profesionales de la salud en cuanto a las causas de la enfermedad mejora el trato hacia los pacientes. Los estudiantes también presentaron conductas de estigmatización y los estereotipos con los que más relacionaba la obesidad fueron: les gusta la comida, comen en exceso, son lentos, tienen poco autocontrol y son inactivos.

Es interesante recalcar que el estudio anterior buscaba conocer las actitudes de estudiantes mexicanos hacía el exceso de peso y que para ello utilizaran la escala "*Beliefs About Obese People*". El título de la escala refleja una actitud discriminadora hacia las personas con exceso de peso, al referirse a ellas como "personas obesas". Al decir "el/la obesa" o "personas obesas" se está etiquetando al individuo en torno a su enfermedad, exhibiéndola como su principal característica y no como lo que verdaderamente es, una condición de vida.

Por último se obtuvieron datos acerca de la estigmatización en el círculo familiar de la investigación realizada por Bermúdez y Hernández en el 2012. Para el estudio se trabajó con 20 adolescentes de la Ciudad de México y se encontró que las madres son la fuente principal de presión ejercida sobre las mujeres para bajar de peso y en segundo lugar las amigas. Esto apunta a que inclusive las personas más cercanas al individuo con sobrepeso u obesidad pueden ser

quienes presenten mayores niveles de estigma y presionen más al individuo a reducir su peso.

En México hay mucho camino por recorrer en cuanto a la investigación del estigma por exceso de peso. Al no contar con suficientes datos para entender el fenómeno tan complejo, es difícil desarrollar las herramientas y estrategias adecuadas para ayudar a mejorar la calidad de vida y la educación de la sociedad. Es necesario llevar a cabo estudios en población mexicana ya que las características estigmatizadas dependen de la cultura, sin embargo lo que siempre es consistente son las repercusiones psicológicas y sociales que conllevan.

Las personas con exceso de peso suelen estar rodeadas por un ambiente negativo ya que son evitadas, rechazadas y marginadas, lo que ocasiona que desarrollen síntomas depresivos, sentimientos de impotencia, un funcionamiento psicológico afectado, aislamiento, disminución de actividades físicas y sociales, una imagen corporal distorsionada, baja autoestima y un funcionamiento sexual perjudicado (Puhl & Brownwell, 2003; Lillis, Luoma, Levin & Hayes 2010).

El ambiente negativo así como las actitudes de discriminación y prejuicio en contra de las personas con obesidad, son socialmente aceptadas y llegan a ocasionar que el individuo descalificado se devalúe. Es decir, al contrario de otros grupos estigmatizados las personas con este padecimiento tienden a internalizar estereotipos y entonces manifestar actitudes en contra de las personas con esta misma característica (Puhl et al., 2007). Incluso el problema puede llegar a ser tan profundo que la misma persona llega a odiarse y denigrarse, es decir a internalizar el estigma (De Domingo & López, 2014).

III

INTERNALIZACIÓN DEL PREJUICIO

3.1 La internalización del prejuicio en personas con exceso de peso

Como se mencionó previamente, la obesidad es una enfermedad altamente estigmatizada lo cual puede afectar la percepción que tiene el individuo de sí mismo a tal grado que llegue a internalizar los estereotipos sociales.

En el 2010, Lillis, et al. elaboraron una definición de *internalización del prejuicio* (autoestigmatización), determinando que es la auto-devaluación y el miedo ante el estigma difundido, en relación con la propia identificación con un grupo estigmatizado. Dos años atrás, el término *internalización del prejuicio*, ya había sido utilizado por Durso y Latner en el 2008. Estos autores derivaron este concepto psicológico a partir de la palabra “autoestigmatización” que fue establecida por los estudiosos de la sociología, sin embargo lo enfocaron principalmente hacia las personas con exceso de peso. Definieron la *internalización del prejuicio por peso* como el proceso mediante el cual el individuo cree que los estereotipos negativos basados en el peso son correctos y aplican a sí mismo.

Asimismo Durso y Latner (2008) mencionaron la diferencia entre los términos: internalización del prejuicio, actitudes obesogénicas e imagen corporal, ya que suelen ser entendidos como sinónimos o un mismo concepto. Para distinguir la internalización del prejuicio de las actitudes obesogénicas es importante comprender el tipo de atribución hecha. En las actitudes obesogénicas, las atribuciones son dirigidas hacia “el otro”, mientras que en la La internalización del prejuicio las atribuciones son hechas acerca de “uno mismo”. En cuanto a la imagen corporal y la internalización del prejuicio, la diferencia principal es que ésta última no mide las emociones que describen cómo se siente uno acerca de su cuerpo, sino la creencia de los estereotipos sociales relacionados con obesidad y las evaluaciones negativas a consecuencia del peso. Los estereotipos incluyen, pero no se limitan a la evaluación del peso corporal y su forma.

La internalización del prejuicio es un fenómeno ya estudiado hace varios años, sin embargo ha sido enfocado en su mayoría a enfermedades mentales y a personas que padecen HIV+/SIDA. La internalización del prejuicio por obesidad es un tema muy reciente para la psicología de la salud y por lo tanto ha sido poco analizada en especial en México. A pesar de ello existen diversos trabajos que buscan ampliar el conocimiento en el área para obtener una mejor comprensión del fenómeno, así como para cambiar la manera en que es abordado social e individualmente y mejorar la calidad tanto de vida como de salud física y mental de estas personas.

Como se mencionó anteriormente, Durso y Latner (2008) emplearon por primera vez el término internalización del prejuicio en un estudio donde desarrollaron la escala "Weight Bias Internalization Scale (WBIS)". Midieron el nivel en que una persona con sobrepeso u obesidad se cree los estereotipos negativos acerca del peso y considera que aplican a sí mismo. 198 participantes (164 mujeres y 34 hombres) con un IMC mayor a 25 kg/m² contestaron la escala WBIS y el cuestionario "Antifat Attitudes Questionnaire (AAQ)" vía internet. Se utilizó AAQ que es una medida tradicional de estigmatización del peso, que evalúa el desagrado hacia las personas con obesidad, miedo al peso excesivo y creencias del control de peso, con el propósito de probar la validez del WBIS. Como resultado demostraron que el WBIS tiene excelentes propiedades psicométricas así como una alta validez y consistencia interna. Asimismo se encontró que un alto nivel de la internalización del prejuicio conlleva a mayores problemas de imagen corporal, depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima y que se relaciona con alteraciones de la conducta alimenticia, aumento de atracones y necesidad de estar delgados. Por último cabe mencionar que no hubo correlación entre el índice de masa corporal y los resultados obtenidos del WBIS lo que sugiere que el grado en el que se ha internalizado el prejuicio no depende del nivel de exceso de peso.

Contrario a estos hallazgos, en una investigación realizada por Pearl y Puhl (2014) se encontró que el IMC sí afecta el nivel de internalización del prejuicio por sobrepeso. A diferencia de Durso y Latner (2008) aplicaron el WBIS a un grupo de

personas cuyo IMC fluctuaba entre 16.44 y 72.06 kg/m², es decir no trabajaron únicamente con personas con exceso de peso. Lo que sugiere que los resultados obtenidos se pueden deber al amplio rango de IMC con el que se trabajó.

La escala WBIS también fue utilizada por Latner, Durso y Mond (2013) en una investigación cuyo objetivo era estudiar la relación entre la internalización del prejuicio y la calidad de vida relacionada con la salud. Se encontró que efectivamente existe relación entre la internalización del prejuicio y el deterioro en la salud física y mental del individuo sin importar el índice de masa corporal, la edad, el ejercicio, las condiciones médicas y el uso de medicamentos. De acuerdo con estos autores se ha visto en diversos estudios que el estrés causado por la internalización del prejuicio puede afectar la salud cardiovascular y las anomalías metabólicas lo que puede ocasionar aumento en el peso y deterioro de la salud. Asimismo la internalización del prejuicio por el peso puede provocar conductas de afrontamiento inadecuadas como son el uso de sustancias prohibidas, adicción al cigarro, atracones de comida, conductas de evitación y ansiedad fóbica. La relación entre la internalización del prejuicio y la calidad de vida de la salud física y mental sin importar las comorbilidades sugiere, que la reducción de la internalización del prejuicio es un factor clave para tratar pacientes con exceso de peso.

Asimismo Puhl et al. (2007) analizaron la relación entre la internalización del prejuicio por peso y ya específicamente las conductas alimenticias. Trabajaron con 1013 mujeres, con una media de IMC de 37.66 quienes contestaron una batería de cuestionarios que medía la frecuencia de la internalización del prejuicio por peso y las respuestas de acoplamiento para enfrentar prejuicios, síntomas de depresión y autoestima. Los datos indicaron que la internalización del prejuicio por el peso se encontraba relacionada con las conductas alimenticias, provocando que una persona con exceso de peso sea más propensa a presentar atracones de comida y menos a llevar a cabo una dieta. Asimismo se demostró que las mujeres que creían que los estereotipos eran ciertos, se acoplaban al estigma renunciando a hacer cualquier dieta. Comúnmente se cree que estigmatizar puede motivar a una persona a perder peso por la presión que se ejerce sobre ella, sin embargo

funciona al revés. Como se puede observar en los resultados el estigma desmotivó a las personas a seguir una dieta y bajar de peso, lo que se puede deber a que se creen incapaces de perder peso.

La internalización del prejuicio por peso también puede causar un impacto en las conductas saludables como son el ejercicio físico. Vartanian y Novak (2011) demostraron esto en una investigación, cuyo objetivo fue estudiar las actitudes sociales internalizadas como moderadoras de la asociación entre el estigma por peso y la evitación del ejercicio. De 111 adultos que participaron (84 mujeres con una media de IMC= 32.44 y 27 hombres con una media de IMC= 31.13) el 97% indicó haber sido víctima por lo menos una vez de alguna situación de estigmatización en toda su vida y el 48% mencionó que son estigmatizados mínimo una vez por semana. Se encontró una correlación positiva entre la internalización de las actitudes sociales y el estigma por peso, así como entre el estigma por peso y evitar hacer ejercicio. Esto nos quiere decir que aquellos individuos que viven constantes situaciones de estigmatización evitan hacer ejercicio. Asimismo los datos indican que la internalización de las actitudes sociales tanto de estándares sociales como actitudes lipofóbicas, moderan el impacto que tiene el estigma por peso en la conducta de evitar hacer ejercicio. Una posible explicación para el fenómeno es que las personas con exceso de peso evitan hacer ejercicio para no seguir siendo estigmatizadas. Otra posibilidad es que los profesionales del acondicionamiento físico o personas que se ejercitan regularmente presentan altos niveles de estigmatización por peso generando un ambiente incómodo. Asimismo el estigma debilita la motivación y hace que las personas se creen incapaces de tener autocontrol, característica necesaria para llevar a cabo rutinas de ejercicio y un régimen alimenticio adecuado.

Así como los estudios descritos anteriormente, existen más investigaciones que demuestran el impacto que tiene la internalización del prejuicio en la salud física y mental del individuo con exceso de peso. Como se pudo observar la internalización del prejuicio por peso puede provocar depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima, alteraciones de la conducta alimenticia como atracones, afectar la imagen corporal, la creencia de autocontrol y la evitación del ejercicio y dietas.

3.2 Variables mediáticas de la internalización del prejuicio por exceso de peso

Las cifras de sobrepeso y obesidad en niños, son cada vez más alarmantes así como las repercusiones a corto y largo plazo en la salud y economía mundial. De acuerdo con Puhl y Latner (2007) existe cada vez mayor evidencia de que los niños y adolescentes con exceso de peso al igual que los adultos, son blanco de estigmatización, lo que conlleva a la internalización del prejuicio. Como se mencionó anteriormente Durso y Latner (2008) fueron los primeros en utilizar el término internalización del prejuicio por peso, en su investigación *Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale*, donde comentaron que los niños demuestran tener actitudes obesogénicas y que pueden llegar a internalizar tanto el estigma social como los estereotipos negativos.

México al ser el país número uno de niños con exceso de peso a nivel mundial, se enfrenta con altos índices de discriminación, estigmatización e internalización del prejuicio por peso en este grupo de edad. Hayden-Wayde et al. (2005, en Puhl & Latner, 2007) llevaron a cabo una investigación con 156 niños entre 10 y 14 años, en donde encontraron que las burlas basadas en el peso eran más frecuentes y tenían mayor impacto entre los niños con exceso de peso que entre aquellos con peso normal. Se halló que a mayor nivel de burlas, mayor era la preocupación por el peso y el aislamiento social y disminuía el nivel de confianza en la apariencia física. La cantidad de mensajes provenientes de los padres, compañeros y medios de comunicación, aumenta la probabilidad de internalización, lo que a su vez incrementa la vulnerabilidad a tener baja autoestima, niveles bajos de afrontamiento emocional y malos hábitos alimenticios (Puhl & Latner, 2007).

De igual manera responsabilizar o culpar a los menores por su condición, es una característica esencial de las actitudes obesogénicas entre niños y adolescentes. En un estudio realizado por Sigelman (1991, en Puhl & Latner 2007) con 99 niños de primaria, se observó que se culpaba menos a los compañeros con exceso de peso si se atribuía poco responsables de su estado. Los estereotipos basados en la creencia de que el exceso de peso se debe a la flojera, falta de

autocontrol y fuerza de voluntad, aumentan la probabilidad de que el niño con sobrepeso acepte estas ideas (internalice el prejuicio) y se vea afectado su bienestar emocional.

De igual manera Davidson, Schmalz, Young y Birch (2008) y Pierce y Wardle (1997, en Puhl & Latner, 2007) obtuvieron resultados similares en su investigación. Los primeros autores encontraron que los niños de 9 a 11 años más propensos a tener baja autoestima eran los que se creían responsables de su sobrepeso a comparación de aquellos que al contrario lo atribuían a causas externas. Por su parte Davidson, et al., (2008) encontraron que las niñas de 9, 11 y 13 años con exceso de peso que habían internalizado los estereotipos sociales y se responsabilizaban de su enfermedad, también presentaban menores niveles de autoestima, belleza percibida y mayores niveles de actitudes alimenticias maladaptativas. Asimismo se observó que la sensibilidad ante el estigma por peso aumentaba entre las edades de 9 a 11 ya cerca de la pubertad, etapa en la que incrementa la preocupación por la forma y el peso del cuerpo.

La etapa de vida en la que se desarrollan los niños y adolescentes se caracteriza por una mayor vulnerabilidad y sensibilidad ante la estigmatización y la internalización del prejuicio. Asimismo se enfrentan a un momento en donde los compañeros pueden ser más cueles y estigmatizantes que en grupos de edades mayores. En un trabajo realizado por Rand y Wright (2000, en Puhl & Latner, 2007) se encontró que los adolescentes aceptan más los cuerpos robustos que los niños de primaria. Asimismo estudios recientes han demostrado que los universitarios tienen mejores reacciones ante sus compañeros con exceso de peso que los niños de educación primaria (Latner, Stunkard & Wilson, 2005; Puhl & Latner, 2007). Cabe mencionar que la mayoría de los estudios realizados son de corte transversal, lo que dificulta determinar la manera en que cambia el nivel de actitudes obesogénicas de acuerdo con la edad, desde la niñez hasta la adolescencia. Es por ello que se requieren más investigaciones de tipo longitudinal para abordar con mayor precisión este tema. Por último cabe mencionar que a diferencia de otros grupos sociales que demuestran acoger y proteger a los individuos con sus mismas características, los niños y adolescentes (al igual que

los adultos) con sobrepeso u obesidad no encuentran este tipo de refugio en otros niños con exceso de peso, ya que también suelen presentar actitudes negativas en contra del exceso de peso (Puhl & Latner, 2007; Roberto et al., 2012).

A pesar de que los niños y adolescentes son una población en alto riesgo de presentar internalización del prejuicio por peso, lo que repercute negativamente en sus relaciones sociales, habilidades de afrontamiento, autoestima, satisfacción corporal, tendencias suicidas, conductas alimenticias y educación; la mayoría de los estudios se han enfocado en población adulta. Es por ello que importantes autores, como Puhl & Latner (2007) que han dedicado gran parte de su trabajo al tema de estigmatización e internalización del prejuicio por peso, mencionan que se requiere mayor investigación para tener una mejor comprensión de cómo el estigma es internalizado en los niños con sobrepeso u obesidad.

Hasta el momento, en este capítulo se ha hablado únicamente del sobrepeso y la obesidad en la etapa infantil, sin embargo como bien sabemos, ahora México también es el país número uno en adultos con exceso de peso. Se estima que el 85% de los niños con un peso por encima de la norma, crecerán a ser adultos con esta enfermedad, no obstante también existen aquellos individuos que padecen de sobrepeso u obesidad a partir de la edad adulta (ENSANUT, 2012). Como se mencionó anteriormente los altos índices de exceso de peso en la edad adulta, también conllevan a elevados niveles de estigmatización e internalización del prejuicio por peso, lo que nos hace plantearnos las siguientes dos preguntas: ¿Existirá diferencia entre el nivel de internalización del prejuicio de acuerdo con el tiempo con el que se ha vivido con esta enfermedad? y ¿La etapa de vida en la que se inició con el exceso de peso marcará alguna diferencia en el nivel de internalización del prejuicio durante la edad adulta?

Puhl y Brownell (2006) en su trabajo *Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults* encontraron que los adultos que comenzaron a seguir dietas desde jóvenes, experimentaron mayor número de situaciones estigmatizantes que aquellos con una iniciación más tardía. Asimismo observaron que la edad se correlacionaba de manera negativa con el estigma, siendo que los individuos más jóvenes reportaban mayor estigma que los

mayores. Por otro lado descubrieron que la frecuencia de las experiencias de prejuicio por peso se relacionaba de manera positiva con las respuestas de afrontamiento tanto positivas como negativas (ignorar comentarios negativos, utilización de conversaciones positivas consigo mismos, afrontamiento con fé, religión o rezos, aumento en la ingesta de alimentos y búsqueda de apoyo social por parte de otros). Los adultos que tuvieron sobrepeso u obesidad desde niños recurrían menos a las respuestas de afrontamiento que aquellas con peso normal de niños. Al contrario de las personas con mayor edad, los jóvenes utilizan más conversaciones negativas consigo mismos, evitan, suelen comer más y hacer dietas. Las respuestas de afrontamiento positivas tienen impacto en la adaptación efectiva del individuo y a pesar de que no se menciona en el trabajo, cabría la posibilidad de que entre mayor sea la habilidad de afrontamiento efectivo exista menor nivel de internalización del prejuicio. Por último encontraron que en las mujeres el peso previo y la historia de las dietas llevadas a cabo, se relacionaban con las experiencias de estigma vividas. Aquellas que comenzaron a batallar con el peso desde temprana edad presentaron mayor estigma, lo que sugiere que quizá el tiempo que se batalla con el peso es un factor de riesgo para el incremento de la susceptibilidad al estigma. Lo nos sugiere que la edad en la que el individuo comienza a tener sobrepeso y obesidad puede afectar la manera en la que ha internalizado el prejuicio.

Los trabajos de investigación ya expuestos han encontrado relación entre la internalización del prejuicio y las experiencias de estigma por peso vividas. Se ha observado que entre más situaciones de prejuicio por peso se enfrente una persona, incrementa su nivel de internalización del prejuicio. Esto podría significar que entre más tiempo se haya vivido con exceso de peso mayor será la internalización del prejuicio, ya que aumenta el número de situaciones estigmatizantes vividas. Sin embargo Durso y Latner (2008) mencionan que no se sabe si la correlación entre la internalización del prejuicio y el número de experiencias de estigma sea directa o si estas variables se encuentran moderadas por la vulnerabilidad que tiene una persona que ya ha internalizado el prejuicio. Vartanian y Novak (2011) mencionan “Thus, internalized societal attitudes appear

to exacerbate the effects of weight stigma, perhaps because individuals are more likely to blame themselves for their experiences with weight stigma, rather than attributing stigma to unfair treatment from others” (pp. 760-761), es decir de que la manera en que una situación de estigma afecta al individuo depende totalmente de este, en especial si ya lo ha internalizado.

Por otro lado en varias investigaciones (Carels, et al., 2013; Durso & Latner, 2008; Vartanian & Novak, 2011) se ha encontrado que el IMC no se correlaciona con el nivel de internalización del prejuicio, contrario a estos resultados existen investigaciones como el de Puhl y Brownell (2006) en donde encontraron que el estigma sí se correlaciona de manera positiva con el IMC. A pesar de haber obtenido resultados contrarios ambos sugieren distintos caminos para llegar a mayores niveles de internalización del prejuicio. Los primeros resultados indican que la internalización del prejuicio se relaciona de manera directa con las experiencias de estigma vividas mientras que el segundo resultado sugiere que entre mayor exceso de peso se tenga, mayores experiencias de estigma y por lo tanto mayor internalización del estigma.

Para tratar esta enfermedad desde la psicología y realmente mejorar la calidad de vida de las personas con sobrepeso u obesidad, es importante y necesario conocer todos los factores que intervienen en la internalización del prejuicio por peso. Debido a las interrogantes que aún permanecen en torno al nivel de internalización del estigma y su relación con los años que se ha padecido de sobrepeso u obesidad, las experiencias de estigma vividas, la etapa en la que se inició el incremento de peso (niñez, adolescencia o adultez), las habilidades de afrontamiento y/o la percepción del individuo, es esencial investigar la variable más básica que engloba todas estas situaciones, el tiempo.

Tras una exhaustiva búsqueda de diversos trabajos de investigación, no se encontraron estudios que analicen si existe relación entre el tiempo como variable mediática del nivel de internalización del prejuicio por exceso de peso. Por ello, la presente investigación tuvo dos objetivos; El primero es investigar si existe diferencia en el nivel de internalización del prejuicio por peso, de acuerdo al tiempo que se ha vivido con exceso de peso y el segundo objetivo es analizar la

relación entre el nivel de internalización del estigma con el IMC que ostenta el individuo.

MÉTODO

Participantes

Participaron 331 jóvenes habitantes de la Ciudad de México y al área metropolitana, de los cuales el 64.7% eran mujeres y el 35.3% hombres. La edad de los participantes fluctuaba entre los 15 y 35 años, con una media de 21.38 años. El criterio de selección fue tener sobrepeso u obesidad por lo que el grupo tuvo un mínimo de índice de masa corporal de 25 kg/m² y un máximo de 45 kg/m², con una media de 28.95 kg/m², de acuerdo con el criterio de clasificación de la OMS (2015).

Escenario

La recopilación de datos se llevó a cabo en las instalaciones de instituciones de educación, de apoyo social y en línea.

Instrumentos

Báscula

Cinta métrica

Formato para la recopilación de los datos: nombre, edad, sexo, peso, talla y correo electrónico

Escala de Internalización del Prejuicio de Peso (EIPP [Rodríguez, 2015]). El instrumento evalúa el grado de internalización del estigma de peso a través de la aceptación de estereotipos sociales relacionados con rechazo de la obesidad y auto devaluación debida al propio peso y se desarrolló a partir de la escala *Weight Bias Internalization Scale* de Durso y Latner (2008). Después de la adaptación y estudio piloto realizados para este reporte, quedaron 6 reactivos concentrados en un solo factor, con diez opciones de respuesta en una escala de 1="Menor Acuerdo" a 10="Mayor Acuerdo".

Procedimiento

Fase 1.

Se contactó a las autoridades de las instituciones de educación y apoyo social para informales el propósito del proyecto y solicitar la participación de su población.

Fase 2.

Aprobada las solicitudes se acudió a las instituciones para la recopilación de las medidas antropométricas y la aplicación de la EIEP, previo consentimiento informado de los jóvenes que aceptaron participar. Dependiendo de la accesibilidad de tiempo se utilizó la EIEP de dos maneras: en las instituciones que lo permitieron se aplicó la encuesta de forma presencial después de la medición antropométrica, mientras que en las instituciones que no fue posible, se registraron únicamente las medidas antropométricas de manera presencial y la liga de la encuesta se envió por correo electrónico para que los participantes contestaran en línea.

Fase 3.

Se concentraron los datos obtenidos presencialmente y en línea en una base de Excel, posteriormente se pasaron al programa SPSS para su análisis.

RESULTADOS

Los resultados se reportan en tres etapas. En la primera sección se describe el porcentaje de mujeres y hombres que participaron. La segunda sección consta del reporte de los “años reportados con exceso de peso” (ARP), “índice de masa corporal” (IMC) y los puntajes obtenidos de “internalización del prejuicio” (IP). Por último se lleva a cabo el análisis de la correlación de las variables “años reportados con exceso de peso” e “índice de masa corporal” (IMC) contra “internalización del prejuicio”.

5.1 Porcentaje de hombres y mujeres

En la Figura 5 se observa que el sexo femenino representa más de la mitad del grupo, mientras que los hombres conforman únicamente el 35%.

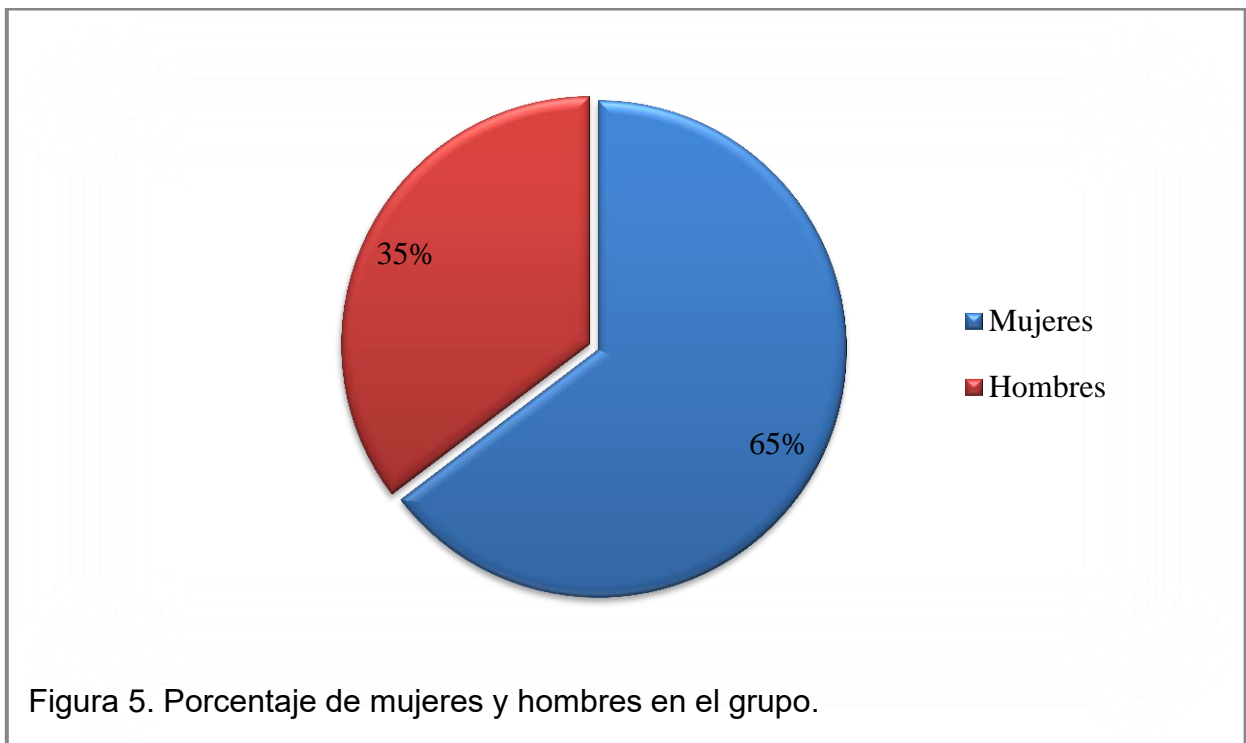
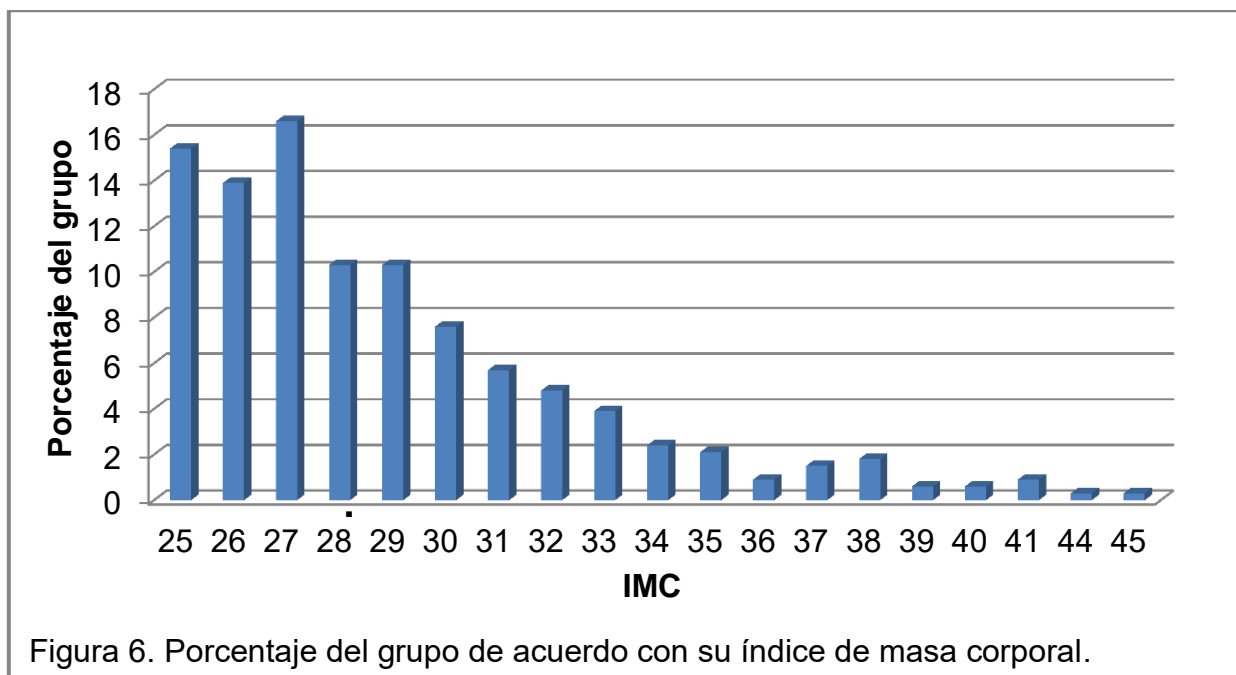


Figura 5. Porcentaje de mujeres y hombres en el grupo.

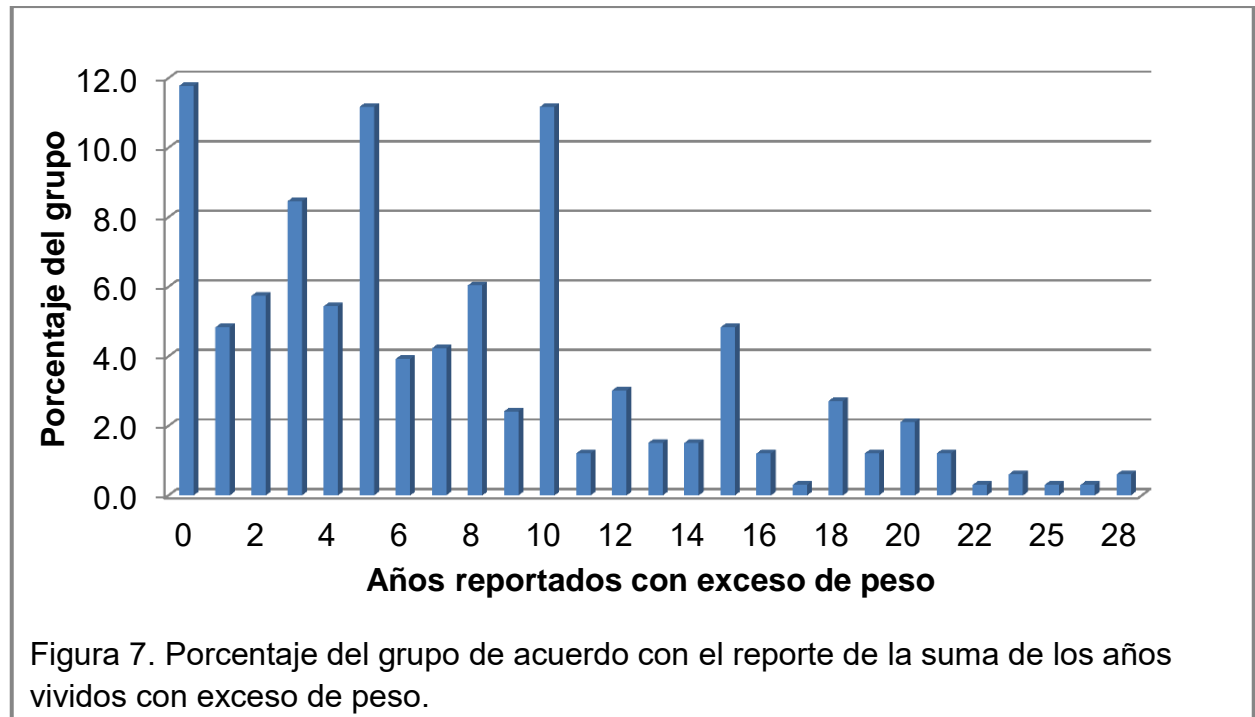
5.2 Índice de masa corporal

La moda de los jóvenes que participaron se observa (Figura 6) en un índice de masa corporal de 27 kg/m². Asimismo se puede observar que el porcentaje de la población disminuye en relación al aumento del IMC, concentrándose el porcentaje mayor en el intervalo correspondiente a sobrepeso, que es de 25 kg/m² a 29.9 kg/m².



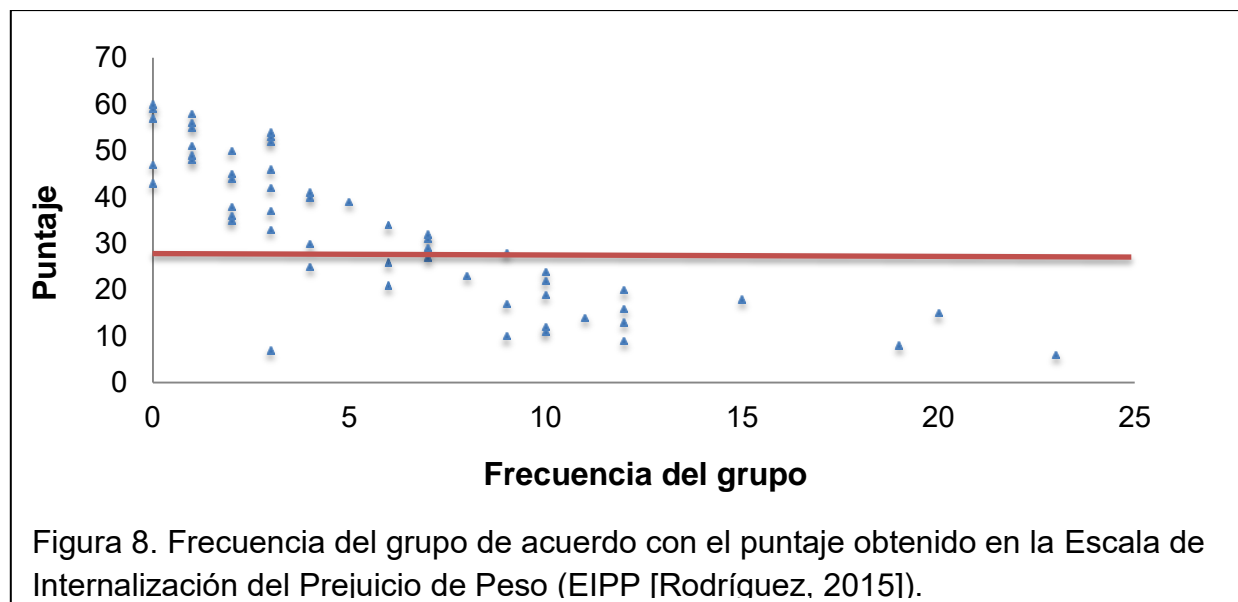
5.3 Años reportados con exceso de peso

El 11.8% del grupo indicó nunca haber tenido exceso de peso, a pesar de ser el criterio de selección (Figura 7). Asimismo se pueden observar tres picos más en el reporte de 5, 10 y 3 años en ese orden; no obstante, el porcentaje de participantes va disminuyendo conforme incrementa el número años con exceso de peso, hasta llegar a un valor de 0.6% de personas que reportaron haber vivido con hiperpeso durante 28 años.



5.4 Medias de internalización del prejuicio

La Figura 8 refleja el puntaje de los participantes en la Escala de Internalización del Prejuicio por Peso. El valor mínimo obtenido fue de 6 puntos (N= 23) y el máximo fue de 58 (N= 1). Asimismo se puede observar una tendencia decreciente de la frecuencia de personas conforme va aumentando el puntaje obtenido.



5.5 Correlaciones

Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para averiguar si hay relación entre las variables de interés y así aceptar o rechazar la hipótesis nula. La tabla 3 resume los valores obtenidos para ARP de acuerdo con la edad y el género de los participantes.

Tabla 3

Correlación de Spearman de las variables IP y ARP del total del grupo, en bloques de edad de 5 años y por género

Internalización del prejuicio		r
Total del grupo (N= 324)		.254*
Por intervalo de edad	15-19 años (N=118)	.171
	20-24 años (N= 93)	.347*
	25-29 años (N= 17)	.209
	30-35 años (N= 6)	.736
Por género	Mujeres (N=209)	.212*
	Hombres (N= 115)	.350

Nota. *La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las variables IP y ARP en el total del grupo ($r_s = .254$, $p = 0.01$), sin embargo es demasiado baja por lo que se concluye que no existe relación entre estas dos

variables. Por otro lado no se encontraron correlaciones significativas entre IP y ARP por edades, ni IP y género (Tabla 3).

Dado el rango de edades con el que se trabajó, se sondeó la probabilidad de que hubiera una diferencia en la correlación de las variables en intervalos de edad. A partir de los datos obtenidos de ese análisis a mayor detalle, se puede identificar una correlación estadísticamente significativa aunque baja, en el bloque de 20 a 24 años ($r_s = .347$, $p = 0,01$) por lo que no se puede hablar de una relación entre las variables IP e ARP pero sugiere algún tipo de interacción entre ambas.

Por último, al correlacionar IP e IMC en el total del grupo y por género se encontraron otras dos correlaciones significativas aunque bajas, tanto en el total del grupo ($r_s = .150$, $p = 0.01$) como en los hombres ($r_s = .224$, $p = 0.05$), por lo tanto no se puede decir que existe relación, pero también deja ver la posibilidad de alguna coincidencia entre las variables (Tabla 4).

Tabla 4

Correlación de Spearman de las variables IP e IMC del total del grupo

		IMC	
		Total del grupo (N= 330)	Género
IP		.150*	Mujeres (N= 210)
			.109
			Hombres (N= 117)
			.224**

Nota. *La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

**La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

A partir de los datos arrojados, no se identificaron relaciones significativas entre las variables IP contra ARP e IMC, por lo que debemos aceptar la hipótesis nula que establece que no hay relación entre el peso y las variables estudiadas.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivos investigar la relación entre la internalización del prejuicio y el IMC que ostenta el individuo, así como la relación entre internalización del prejuicio y los años vividos con exceso de peso. A partir de los resultados obtenidos, no se encontró correlación en ninguno de los dos casos, por lo que la hipótesis nula fue aceptada.

El primer resultado nos sugiere que la internalización del estigma no depende del peso, lo que coincide con el trabajo de Durso y Latner (2008) mencionado anteriormente. Por su parte Vartanian y Novak (2011) confirman la sugerencia cuando mencionan que no es el peso real, sino la percepción que tiene la persona de su peso lo que predice la manifestación de consecuencias psicológicas negativas, por lo que explican que la internalización del prejuicio puede afectar incluso a quienes no tienen exceso de peso. Con relación a lo anterior, uno de los hallazgos más interesantes de la investigación fue que el 11.8% de los participantes refirió no haber padecido nunca de exceso de peso, a pesar de que esa era una característica forzosa porque fue criterio de selección. Existen al menos dos explicaciones que justifican el dato. Por un lado puede ser que los participantes tienen una visión distorsionada de su imagen corporal, lo cual es una característica común entre las personas con exceso de peso como lo indican Puhl y Brownwell (2003) y Lillis, et al. (2010). Por otro lado, también puede ocurrir que los participantes no perciban su enfermedad, ya que acuden con poca/nula frecuencia al servicio de salud para revisión de peso y en tanto desconocen el que tienen. Es probable que el trastorno dismórfico y/o la falta de información sean elementos importantes para que el IMC no se encuentre directamente relacionado con el nivel de internalización del prejuicio, porque de inicio, los participantes no se perciben con obesidad ni sobrepeso y por lo tanto no son sensibles al prejuicio que prevalece en su entorno social.

El problema no acaba ahí, ya que en el presente tienen el trastorno dismórfico o ignorancia acerca de su peso real, pero tampoco lo resolverán en el futuro, porque el sobrepeso no ocasiona malestares a corto plazo y porque las

personas tienden a evitar instituciones y personal de salud debido al mal trato que reciben, como lo refieren Puhl y Heuer (2009).

Con relación al segundo objetivo que se refiere a la relación ARP e IP, Puhl y Brownwell (2006) sugirieron que el tiempo con exceso de peso podría ser un factor de riesgo para el incremento de la susceptibilidad al estigma. A partir de los datos obtenidos en esta investigación, podemos decir que el tiempo no es una variable mediática del nivel de internalización del prejuicio ya que se obtuvo una correlación significativa pero muy baja ($r_s = .254$, $p = 0.01$) como resultado. Esto indica que el tiempo en sí no es determinante para la internalización del prejuicio, y que deben existir algunas otras variables que expliquen con mayor precisión la internalización pero no fueron consideradas en esta investigación. El trabajo de Vartanian y Novak (2011) ofrece una posible explicación del fenómeno a partir de factores sociales y ambientales. Los autores sugieren que la IP se relaciona con una dinámica sociocultural estigmatizante, donde la persona con exceso de peso experimenta interacciones sociales de descalificación, es bombardeada con comerciales donde el cuerpo delgado es el ideal y acude a lugares que carecen de mobiliario adecuado para carga pesada, entre otras situaciones. Es decir, el tiempo en sí no se relaciona directamente con la IP, pero ocurre simultáneamente a factores que sí lo hacen, como la cantidad de experiencias de estigma que vive una persona con exceso de peso en un tiempo determinado. Por ende se encontró una correlación significativa aunque baja entre el tiempo y la IP.

A pesar de que la investigación se centró en el desarrollo y análisis de los objetivos planteados anteriormente, surgieron otros resultados interesantes dignos de mencionar en el siguiente apartado.

Con relación a las características del grupo encontramos que el porcentaje de mujeres y hombres que participaron en la investigación fue de 65% y 35% respectivamente. Esto coincide con los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), que reportan la presencia de más mujeres que hombres tanto en la Ciudad de México como en la zona metropolitana, ya que en ambos lugares el 52% son mujeres y el 48% hombres, por esa razón en este estudio hubo más participación de mujeres que de hombres. Por otro lado, es

probable que las mujeres muestren mayor interés por participar, ya que buscan con mayor frecuencia cambiar su imagen corporal, al ser el grupo más presionado para cumplir con los estándares de belleza física. Esta diferencia de participación se observó en varios estudios internacionales, con muestra aleatoria (Vartanian y Novak, 2011; Puhl, et al., 2007) donde también la mayoría de los participantes eran de sexo femenino.

Se trabajó con jóvenes de diferentes edades, lo cual nos permitió llevar a cabo un análisis de la relación entre IP y ARP por bloques de edad. Al estudiar el grupo detalladamente, tampoco encontramos relación entre estas dos variables, sin embargo surgieron resultados inquietantes. Latner, et al. (2005), Puhl y Latner (2007) y Rand y Wright (2000, en Puhl y Latner 2007) mencionan que los niños y adolescentes son más propensos y sensibles ante la estigmatización y la internalización del prejuicio, sin embargo en este trabajo pudimos observar que la correlación en el grupo de edad de 20 a 24 años fue significativa $r_s = .347^*$ aunque baja y de 30 a 35 años fue alta, aunque no fue significativa $r_s = .736$ (posiblemente por el número de participantes). Aunque estos resultados no son contundentes, nos sugieren una posible línea de investigación para futuros trabajos donde se retome la investigación de la internalización del prejuicio por bloques de edad, prestando especial atención al comportamiento del fenómeno en personas de 20 a 24 y de 30 a 35 años.

Cabe mencionar que debido al número reducido de participantes, las características particulares del grupo (jóvenes residentes del área metropolitana) y la diferencia de participantes por grupo de edad y género, es difícil la generalización de los datos. Asimismo se observó que la pregunta planteada para la recolección de la variable ARE no era la más adecuada para obtener la información que se buscaba porque la pregunta solicitaba la suma de los años vividos con exceso de peso y no la etapa de inicio del exceso de peso. A partir de esto y de los resultados obtenidos, se recomienda profundizar en la investigación de la internalización del prejuicio por intervalos de etapas de vida del ser humano y de las experiencias estigmatizantes que enfrentaron. Asimismo sugerimos llevar a cabo futuros trabajos de tipo longitudinal, para incluir todas las etapas de vida.

Por último cabe mencionar que esta investigación ahondó en un tema poco estudiado anteriormente. A partir de lo observado en el trabajo, queremos remarcar de manera general la relevancia del apoyo psicológico en el tratamiento del exceso de peso al ser una enfermedad multifactorial que deriva de y/o produce afectaciones psicológicas. De manera específica, los datos nos señalan que las afectaciones psicológicas y físicas mencionadas anteriormente ligadas a la internalización del prejuicio, son independientes del tiempo que la persona ha vivido con exceso de peso y de su IMC; lo que nos permite apreciar la importancia de trabajar la forma en que el individuo percibe su contexto social, su participación dentro de éste y no exclusivamente la condición real de su cuerpo. Esto último nos ayuda a enriquecer futuras investigaciones y el trabajo psicológico aplicado para la prevención, el tratamiento y la mejora de la calidad de vida en personas con exceso de peso desde la perspectiva psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, A. M., Guzmán, E. & González, M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (002), 417-428.
- Baile, J. I. & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *An. Sist. Navar*, 34(2), 253-261.
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L., Pedroza, A., & Rivera, J. A. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública de México*, 55(2), 151- 160.
- Barquera, S., Campos, I., Rojas, R. & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: Epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397- 407.
- Barrera, A., Ávila, L. Cano, E., Molina, M. A., Parrilla, J. I., Ramos, R. I.,...Gutiérrez, J. (2013). Guía de práctica clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 344-357.
- Barrera, A., Rodríguez, A. & Molina, M. A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299.
- Beaglehole, R., Bonita, R., y Kjellström, T. (2003). *Epidemiología básica*. Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud Publicación Científica.
- Bermúdez, B. & Hernández, F. S. (2012). La estigmatización del cuerpo obeso: Percepción en un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 21-27.

- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25(4), 537-546.
- Carels, R. A., Burmeister, J., Oehlhof, M. W., Hinman, N., LeRoy, M., Bannon, E., Koball, A. & Ashrafloun, L. (2013). Internalized weight bias: ratings of the self, normal weight, and obese individuals and psychological maladjustment. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(1), 1-13.
- Collins, J. C. & Bentz, J. E. (2009). Behavioral and psychological factors in obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*, 4(4), 124-127.
- Consejo Nacional Para Prevenir La Discriminación y Centro de Investigación y Docencia Económica. (2012). *Reporte sobre la discriminación en México 2012: Introducción general*. México: Corporación Mexicana de Impresión S.A. de C.V.
- Davidson, K. K., Schmalz, D. L., Young, L. M. & Birch, L. L. (2008). Overweight girls who internalize fat stereotypes report low psychosocial well-being. *Obesity*, 16(2), 30-38.
- Daza, C. H. (2002). La obesidad: Un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(2), 75-80.
- De Domingo, M. & López, J. (2014). El estigma social de la obesidad. *Cuadernos de Bioética*, 25 (2), 273-284.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: introduction and overview. In T.F. Heatherton, R. E. Neck, M. R. Hebl, & J. G., Hull (Eds.) *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). Guilford Press.
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity Journal*, 16(2), 80-86.

- Foz, M. (2004). *Historia de la obesidad*. En Foz, M. et al. (Eds.) *Obesidad: Un reto sanitario de nuestra civilización* (cap. 2). *Monografías Humanistas*, 6, 1-193.
- Gallar, M. (2001). *El peso histórico de la obesidad*. En F.M. Bermudo y E.R. Collado (Eds.), *Obesidad: Algo más que un problema de peso* (cap. 7). España: C.E.E. Lomencop S.L.
- García, J. J. (1998). Medición del Riesgo en epidemiología: Primera parte. *Revista Mexicana de Pediatría*, 65(2), 76-83.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. España: Amorrortu editores.
- Gracia, M. (2010). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Gaceta Médica de México*, 146, 389-396.
- Guerra, J. F., Valdez, R. M., Aldrete, M. G. y López, M. C. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en salud*, 8(23), 91-94.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 33(1), 11-14.
- Kaufer, H. M. & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 65, 502-518.
- Keith, S. W., Redden, D. T., Katzmarzyk, P. T., Boggiano, M. M., Hanlon, E. C., Benca, R. M.,... Allison, D. B. (2006). Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. *International Journal of Obesity*, 30, 1585-1594.
- Latner, J. D., Durso, L. E., & Mond, J. M. (2013). Health and health-related quality of life among treatment-seeking overweight and obese adults: Associations with internalized weight bias. *Journal of Eating Disorders*, 1(3), 1-6.

- Latner, J. D., Durso L. E., Stunkard, A. J. & Wilson T. (2005). Stigmatized students: Age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, 13(7), 1226-1231.
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S.C. (2010). Measuring weight self-stigma: The Weight Self-Stigma Questionnaire. *Obesity*, 16(5), 971-976.
- Lucanza, A. B., Caballero, V. S., Burgos, R. S., Sal, J., Ale, M., Filgueira, J., Fernández, N. & Díaz, Y. (2015). Características de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Psicología y Salud*, 25(1), 5-14.
- Marichal, F. & Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías: Actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458-465.
- Martínez, M. L., Flores, Y., Rizo, M. M., Aguilar, R. M., Vázquez, L. y Gutiérrez, G. (2010). Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7° al 9° grado residentes en Tamaulipas, México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(1), 1-7.
- Matarazzo, J. D. (1994). Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2(1), 16- 29.
- Mercado, P. & Vilchis, G. (2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología*, 28, 49-57.
- Monereo, S., Iglesias, P. & Guijarro, G. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad: Tratamientos y calidad de vida*. España: Fundación BBVA.
- Morín, R. (2008). Obesidad y sexualidad. *Trabajo Social*, 18, 4-13.
- Oldenburg, B. & French, M. (1997). Prevention of disease and promotion of global health: Integration of clinical and public health approaches. *The Irish Journal of Psychology*, 18(1), 36-50.

- Organización Mundial de la Salud. (2015, Enero). Obesidad y sobrepeso. [Nota descriptiva N°311]. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Pearl, R. & Puhl, R. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: Validation of the modified weight bias internalization scale. *Body Image*, 11, 89-92.
- Puhl, R. & Brownwell, K. D. (2001). Bias, discrimination and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R. & Brownwell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: Review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4, 53-78.
- Puhl, R. & Brownwell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802-1815.
- Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of obesity: A review and Update. *Obesity*, 1-24.
- Puhl, R. M. & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity and the Health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580.
- Puhl, R. M., Moss, C. A., & Schwartz, M. B. (2007). Internalization of Weight Bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*, 15(1), 19-23.
- Puhl, R. M., Moss, C. A., & Schwartz, M. B. & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of weight and obese adults. *Health Education Research*, 23(2), 347-358.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

- Roberto, C. A., Sysko, R., Bush, J., Pearl, R., Puhl, R. M., Schvey, N. A. & Dovidio, J. F. (2012). Clinical correlates of the weight bias internalization scale in a sample of obese adolescents seeking bariatric surgery. *Obesity*, 20, 533-539.
- Rodríguez, M. L. (n. d.). La Inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5(2), 11-19.
- Rodríguez, N. Y. (2015). *Afrontamiento al estigma de peso en individuos con obesidad*. Manuscrito no publicado, Posgrado en Psicología, División de Ciencias del Comportamiento y Desarrollo Universidad de las Américas, A. C., Ciudad de México, México.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E. & Pérez, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Rev. Med Chile*, 139, 571-578.
- Sánchez, Z., Arias, H. F., Gorgojo, M., & Sánchez, R., S., (2009). Evolution of psychopathological alterations in patients with morbid obesity after bariatric surgery. *Medicina Clínica*, 123(6), 206-212.
- Silvestri, E. & Stavile A. E. (2005) *Aspectos psicológicos de la obesidad*. Argentina: Universidad Favaloro.
- Soto, L., Armendariz, L. A., Bacardi, M. & Jiménez, A. (2014). Beliefs, attitudes and phobias among Mexican medical y psychology students towards people with obesity. *Nutrición hospitalaria*, 30(1), 37-41.
- Stearns, P. (2002). *Fat history: Bodies and beauty in the modern west*. USA: NYU Press.
- Toouli, J., Fried, M., Khan, A. G., Garisch, J., Hunt, R., Fedail, S.,... Riccardi, G. (2009). Guía mundial para la obesidad de la OMS. *Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología*, 1-31.

Vartanian, L. R. & Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity*, 19, 757-762.

Villaseñor, S. J., Ontiveros, C. y Cárdenas, K. V. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigaciónen Salud*, 8(2), 86-90.

Wright, S. M. & Aronne, L. J. (2012) Causes of obesity. *Abdominal Imaging*, 37(5), 730-732.

Zárate, A., Basurto, L., Saucedo, R.P. (2001). La obesidad: Conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM*, 44(2), 66-70.