



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Salud

Relación entre la estigmatización hacia la obesidad y las conductas
alimentarias de riesgo en mujeres mexicanas.

Investigación Cuantitativa

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Perla María Sánchez Calderón

Director: Mtra. Laura Edith Pérez Laborde

Vocal: Mtro. José Manuel Rizo Diego

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 2021





Universidad Nacional
Autónoma de México



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

A mi madre por ser mi confidente en cada paso que doy, por apoyarme en mis locuras y hacerlas parte de ti sin importar que el mundo se venga encima. Cada abrazo, cada palabra de aliento, cada regaño, cada beso y cada “arriba los corazones, tú puedes” han hecho posible este logro, sin ti no hubiera sido posible. Eterno agradecimiento por sostenerme y guiarme durante ya más de tres décadas, te amo.

A mi padre por hacerme creer más en mí, por retarme a cumplir mis sueños, por tu amor y apoyo en momentos tan complicados que da la vida. Por recordarme que nací para ser grande y que vencer los obstáculos es de herencia, también sin duda eres parte de este nuevo logro académico y personal. Gracias eternas, te amo.

A mi hermana, por ser mi compañera de viaje y gran maestra desde hace 26 años, por las risas, los enojos y las tristezas compartidas, por recordarme que puedo brillar. La vida no sería la misma sin ti, te amo.

A mi abue Jose, mi mujer de roble, eres más de lo que alcanzas a imaginar, tu fortaleza y resiliencia han impactado en mí, me enseñaste a no soltar mis metas y sueños, y que todo es posible cuando se quiere. Te amo

A Neftalí por tanto aprendizaje y amor ¡lo logré!

A mis hermanas de vida Berenice y Nad, esa familia por elección que tanto amo. Gracias a ambas por sostenerme en momentos de fragilidad, por creer en mi cuando yo no lo hacía, por recordarme de lo que soy capaz y por estar hombro a hombro en momentos claves de mi crecimiento personal y profesional. Bere, sin tu apoyo no hubiese emprendido este camino y eso lo agradeceré toda la vida. Nad, mi compañera de aulas gracias por tanto y por todo, porque a pesar de la distancia siempre has estado cerca de mí.

A mi Directora la Maestra Laura Edith, por creer en mi y en el tema elegido, por la paciencia y el conocimiento compartido, por su acompañamiento tan exigente pero paralelamente tan humano, por ser fuente de inspiración y por demostrar que las mujeres podemos llegar muy lejos.

A mis peluditos compañeros de vida, que desvelada tras desvelada estuvieron junto a mí y que fueron mi motivación en días grises. A Camila que trascendió hace unos meses, que con solo su mirada lograba calmarme y hacerme sentir que todo estaría bien, fuiste una gran maestra, me impulsaste más de lo que nadie puede imaginar.

A mis amigos y a todos aquellos que de alguna manera han impactado en mí, que han compartido un pedacito de vida y que han puesto su granito de arena, aún sin saberlo, para que esta meta se lograra, estoy eternamente agradecida.

A todos infinitas gracias.

Índice

I. Antecedentes.....	1
1.1. Obesidad.....	1
1.1.1. Definición, etiología y medición.....	1
1.1.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en México.....	4
1.1.3. Factores de riesgo y comorbilidades.....	6
1.2. Estigmatización hacia la obesidad y sus expresiones.....	9
1.2.1. Campañas “de salud” en contra de la obesidad.....	14
1.2.2. Espacios sanitarios o médicos.....	17
1.2.3. Ámbito cultural.....	21
1.2.4. Redes Sociales y humillación pública.....	22
1.2.5. Consecuencias de la estigmatización.....	23
1.2.6. Activismo gordo y Salud en Todas las Tallas (HAES, por sus siglas en inglés).....	26
1.3. Conductas Alimentarias de Riesgo.....	31
1.3.1. Definición y prevalencia de las CAR en México.....	31
1.3.4. Factores de riesgo.....	34
II. Método.....	37
III. Resultados.....	40
IV. Discusión.....	52
VI. Conclusiones.....	55
VII. Referencias.....	57
VIII. Anexos.....	62

I. Antecedentes

1.1 Obesidad

1.1.1. Definición, etiología y medición.

La etimología de la palabra 'obeso' se deriva del latín gurdus, que significa boto, obtuso, necio, término que deriva a la vez de gurdo, que tiene un significado simple. Por otro lado, la palabra obeso proviene también del latín, obésus "el que ha comido mucho" y tiene relación con el latín obex, que significa cerrojo, pero también obstáculo, estorbo e impedimento (Bastián, 2017). La Organización Mundial de la Salud, define la obesidad como una enfermedad crónica caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, aspectos que asocia con un deterioro en salud física y mental, y se determina mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) el cual es un indicador que se obtiene al dividir el peso en kilogramos sobre la estatura en metros al cuadrado (kg/m^2), cuando el resultado sobrepasa los treinta puntos puede determinarse que dicha persona presenta obesidad. Es la primera enfermedad crónica no transmisible que fue declarada epidemia en el año de 1977; al inicio se consideraba un problema limitado a los países de mayores ingresos económicos; sin embargo, en la actualidad también prevalece en los países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2017,2020).

En Reynoso y Becerra (2014) se encuentra una definición más de obesidad la cual afirma que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que regularmente da inicio durante la infancia y adolescencia, la cual obedece a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético e involucra factores

genéticos y ambientales que tienen como consecuencia la acumulación excesiva de grasa corporal.

Se considera que la obesidad tiene causas multifactoriales como lo son genética, neuroquímica, metabólica, celular, hormonal, psicológica, social y cultural; empero, existe una inclinación muy visible hacia las causas médicas (Salinas, Fermín, Espinosa y González, 2018). Por otro lado, para León, Jiménez, López y Barrera (2013) las causas potenciales de la obesidad son un rango amplio de conductas y factores sociales, y medioambientales, como lo son mayor consumo de comida rápida y preparada fuera de casa, aumento de la vida sedentaria, inseguridad en los espacios públicos, incremento en la disponibilidad de alimentos no saludables, así como también la reducción de la actividad física en escuelas y centros de trabajo. Entre los factores biológicos que contribuyen a la obesidad existen elementos genéticos y alteraciones metabólicas o endocrinas como el hipotiroidismo, hipercortisolismo, síndrome de ovarios poliquísticos, alteraciones del eje hipotálamohipofisis, resistencia a la insulina y la función de ciertas hormonas cuyo efecto en el tejido periférico y en distintas regiones del hipotálamo y la hipófisis actúan como reguladores de las señales de hambre y saciedad, así como del tejido adiposo (García-García, como se citó en Reynoso y Becerra, 2014).

Para la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD, 2008) algunos factores que favorecen el desarrollo de la obesidad son de tipo ambientales o sociales como lo son; económicos, como el ingreso familiar y costo de los alimentos; los políticos entre los que se encuentran desde las leyes y políticas públicas hasta reglas institucionales que incluyen las del hogar; los socioculturales donde se encuentra todo el entorno de desarrollo del individuo y finalmente los físicos,

como son la disponibilidad de alimentos en casa, escuela, entre otros. Todos los anteriores significan una gran influencia sobre la conducta de la persona.

La manera estandarizada de diagnosticar a una persona con sobrepeso u obesidad es mediante el uso de una fórmula estadística y no con estudios de laboratorio como se realiza con otras enfermedades crónicas. Dicha fórmula divide el peso entre la estatura al cuadrado y se conoce como Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet, nombrado así a honor del astrónomo, matemático y estadístico Alphonse Quetelet quien desarrolló dicha fórmula debido a que se encontraba interesado en los fenómenos individuales tales como las variaciones en dimensiones corporales. El sostenía en su obra publicada en 1835, *Sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai d'une physique sociale* que “si el hombre creciera igualmente en las tres dimensiones, el peso debería ser función cúbica de la estatura. Durante el primer año de vida el aumento del peso es mucho mayor que el de la estatura. Después del primer año de vida y hasta el fin del desarrollo, el peso aumenta como el cuadrado de la estatura” (Puche, 2005).

La fórmula fue el resultado de un estudio estadístico realizado en una población de Bruselas, incluyendo desde niños hasta ancianos; empero, Quetelet no fue el que definiera el sobrepeso con la introducción de dicha fórmula o que la utilizara para determinar un “peso ideal”; esto se da años después tal como lo menciona Puche (2005) el nombre “Body Mass Index” (Índice de Masa Corporal) lo asignó Keys en el año de 1972. Pero es hasta 1998 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la estableció como estándar internacional. En México se hace la incorporación el mismo año, publicándolo en el Diario Oficial de la Federación de la Norma para el manejo integral de la obesidad (NOM-174-SSA1-1998), misma

que fue aprobada dos años después, teniendo como consecuencia el sobrepeso u obesidad pasará de ser un factor de riesgo a una patología crónica. (Christiansen,2018)

El IMC que la OMS define como óptimo es entre 18.5 y 25 kg/m², por lo que toda persona que tenga un IMC mayor a este rango es catalogada con sobrepeso u obesidad, pero tal como lo menciona Gracia (2011) el IMC hace referencia directa a la composición corporal y no a la distribución de la grasa; el ejemplo que el autor ya mencionado utiliza es el de un fisicoculturista que debido a su estructura corporal requerida para las competiciones, su índice de masa corporal es superior a 30 y en ese caso no se cataloga como obeso, sino como musculoso. Existen investigaciones en las que se ha evidenciado que la fórmula utilizada tan genéricamente para diagnosticar lo que hoy se define como una epidemia mundial, no es aplicable en diferentes poblaciones indicando que la población oriental requiere valores propios de referencia por debajo de los recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

1.1.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en México

La prevalencia se refiere al número de individuos en relación con la población total que sufren una enfermedad o trastorno en un tiempo específico (Moreno, et al.2007, como se citó en Ortega, Álvarez, Garner, Amaya, Bautista y Mancilla,2015).

Según los datos obtenidos mediante la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) realizada en 1999 marcaron que la obesidad en las mujeres adultas alcanzaba niveles de carácter epidémico, significando un aumento mayor a nivel mundial. (Jiménez, 2014).

El incremento según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) se ha triplicado desde 1980, lo que se traduce en que poco más del 70% de la población de adultos mexicanos presenta sobrepeso u obesidad. Cabe mencionar, que esta misma encuesta menciona que la distribución del sobrepeso y la obesidad es casi homogénea en el territorio nacional, mencionando que las prevalencias se mantienen mayores en la región norte para la población escolar y adolescente, mientras que para los adultos la Ciudad de México es la que registra prevalencias ligeramente mayores al resto del país. Notando así que existe una mayor prevalencia en zonas urbanas en comparación a las rurales.

Se realizó una comparación entre la ENSANUT del año 2012 y la última que corresponde al año 2018, en la que se puede observar un aumento mayor en el caso de las mujeres de 12 a 19 años y para los hombres un aumento mayor en edades de 20 años en adelante. En promedio el aumento del porcentaje entre ambos géneros y todas las edades fue de un 3.12%, en la Tabla 1 se presenta la prevalencia de sobrepeso y obesidad registrada en hombres y mujeres de diversas edades en ambas encuestas ya mencionadas.

Tabla 1*Prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en los años 2012 y 2018*

	ENSANUT 2012		ENSANUT 2018	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
12 a 19 años				
Sobrepeso	23.7%	19.6%	27%	20.7%
Obesidad	12.1%	14.5%	14.1%	15.1%
Total	35.8 %	34.1%	41.1%	35.8%
20 a más de 80 años				
Sobrepeso	35.5%	42.6%	36.6%	32.5%
Obesidad	37.5%	26.8%	40.2%	30.5%
Total	73%	69.4%	76.8%	73%

1.1.3. Factores de riesgo y comorbilidades

“Los factores de riesgo hacen referencia a circunstancias que implican una exposición de riesgo para la salud, que incrementan las posibilidades de sufrir algún tipo de enfermedad o lesión física y/o psíquica” (Piñeyro, 2016).

Un IMC elevado ha sido descrito como un problema de salud que además de relacionarse con riesgos físicos, aumento de morbilidad y de mortalidad; también lo hace con comorbilidades psicológicas y psiquiátricas. (Reynoso y Becerra, 2014). Se ha relacionado que el exceso de peso constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de padecimientos crónicos no-transmisibles, como son las enfermedades cardiovasculares (mismas que fueron la principal causa de muertes en el año 2012), la diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (ENSANUT, 2018) (Salinas, Fermín, Espinosa y González, 2018).

Existen diversos autores que se plantean la pregunta de si la obesidad lejos de ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas sea realmente una de ellas, llevando a discusión la adecuación del término. Como lo hace notar Gracia (2011), para diversos autores, tal como se define actualmente la obesidad no cumple con criterios que establecen qué es, o no es, una patología, los cuales son: a) condición del cuerpo, sus partes, órganos o sistemas, o una alteración de estos. b) resultado de una infección, parásitos, nutrición, dietética las causas ambientales, genéticas, o de otra índole; c) característica identificativa, un grupo de síntomas o signos; d) desviación de la estructura o función normal (descrito como estructura o funcionamiento anormal; función incorrecta; deterioro del estado normal, interrupción, perturbación, cesación, desorden, alteración de la integridad física o funciones de los órganos).

Heshka y Allison (como se citó en Gracia, 2011, p. 230) dan un análisis de los puntos antes citados mencionando que, en lo que refiere al punto c) plantea un problema y que “la obesidad puede ser diagnosticada visualmente por las proporciones físicas del sujeto o con la ayuda de medidas de altura y el peso. Sin embargo, no hay otros indicios que caractericen singularmente la obesidad.” Sabiendo que dicha condición es un factor de riesgo en el diagnóstico de algunas otras enfermedades crónicas no debe ser el motivo por lo cual tratarla como una enfermedad. Con respecto al punto d) se identifica otro inconveniente ya que ante la presencia de mayor peso corporal no siempre existe una alteración o un impedimento sustancial de las funciones físicas. “el deterioro no es inevitable o incluso habitual en la mayoría de las personas que cumplen con el IMC igual o superior a 30 kg/m²”, lo que lleva a reflexionar que la asociación de los posibles

daños es de tipo probabilística, por lo que no se puede predecir quienes desarrollaran una obesidad paralelamente a un problema de salud.

Actualmente existen diversas disciplinas interesadas en la comprensión de la condición de la salud, lo que ha llevado a la búsqueda encaminada en la estandarización. En algunos campos de estudio, la estadística ha constituido el medio por el cual se han creado estrechos vínculos con la medicina, la cual ha dado como resultado en el sentido común la idea de que “lo sano” y lo “normal” son sinónimos, con base en el sentido de promedio estadístico. Dicho en otras palabras, se ha instaurado la idea general de que, si lo estadísticamente típico es por ello saludable, también deberíamos aceptar que la desviación de una conducta con respecto a esa norma estadística es no saludable, es decir, patológica.

Christiansen (2018) menciona la obra de George Canguilhem “Lo Normal y lo Patológico”, rescatando que dicho autor menciona que existen anomalías (desviaciones de la norma estadística) que no afectan la calidad de vida de una persona, ya que está no se traduce en limitaciones o restricciones, motivo por el cual no podrían ser tratadas como patologías.

Además de las comorbilidades y riesgos físicos, la obesidad también se relaciona con comorbilidades psicológicas y psiquiátricas; se ha encontrado que durante los últimos años la prevalencia de la obesidad ha ido en incremento en pacientes psiquiátricos, de una manera en la que existe una interrelación recíproca, es decir, que en muchas de las personas con desórdenes psiquiátricos presentan obesidad y por otro lado la obesidad ocasiona una mayor incidencia en trastornos psiquiátricos. Los desórdenes psiquiátricos que se encuentran con mayor

frecuencia en la literatura en personas con obesidad son el episodio depresivo mayor presentando un incremento de riesgo del 55%. Asimismo, se mencionan otros desórdenes como los son ansiedad, desórdenes de alimentación, trastornos psicóticos y trastorno por déficit de atención. Se ha reportado que 66% de la población con obesidad presenta historial de trastornos clínicos psiquiátricos en donde en primer lugar con el 38% de prevalencia se encuentran los trastornos de ansiedad, seguido por el abuso de sustancias con 32.6% y trastornos de la personalidad con el 29%. Los diagnósticos psiquiátricos como la depresión o ansiedad también han sido asociados y como variable antecedente a padecer obesidad y a presentar trastorno por atracón. Existen estudios en población mexicana con obesidad severa que han arrojado resultados de que el 57% de los individuos presentaba algún grado de depresión, siendo las mujeres la población con mayor riesgo (Reynoso y Becerra, 2014). Salinas, Fermín, Espinosa y González (2018) menciona que el peso elevado conlleva el desarrollo de afecciones psiquiátricas, que pueden ser el resultado de que la persona obesa se encuentra sometida a múltiples problemas psicológicos como lo son la discriminación social que tienen como consecuencia problemas graves de conducta. La obesidad además también puede tener efectos psicológicos y emocionales que desencadenan en conductas alimentarias de riesgo y trastornos alimenticios, como el trastorno por atracón y la bulimia.

1.2. Estigmatización hacia la obesidad y sus expresiones

“El estigma es una marca o desventaja que hace referencia a un atributo desacreditador en un sujeto/grupo determinado y la persona que lo porta, en cierta manera, no es ‘totalmente humana’ ” (Goffman, como se citó en Navajas, 2017).

La estigmatización, y las perspectivas planteadas encuentran su origen en un tiempo, en donde los elementos se crean, permanecen, algunos cambian y otros llegan a desaparecer construyéndose nuevas expresiones, de un grupo social determinado. Es así como la forma del estigma como representación y el rol del estigmatizado, tal y como se conoce actualmente es un producto social que se ha construido a lo largo de la historia. De hecho, en cada sociedad y periodo histórico existen discordancias que simbolizan esa construcción. (Bermúdez y Hernández, 2012)

Para Puhl y Latner (2007) la estigmatización son las “Actitudes y creencias negativas relacionadas con el peso que se manifiestan a través de estereotipos, sesgos, rechazo y prejuicios, dirigidos hacia las personas por el hecho de ser obesas o tener sobrepeso” De manera muy igualitaria se encuentra la definición de Gómez y Ortiz (2019) en la que se cita la devaluación y denigración social de las personas con exceso de peso aunado a los prejuicios, rechazo (discriminación), estereotipos que mencionan los autores anteriores. Rothblum (1992 como se citó en Bastián, 2017) cita algunos adjetivos con los que se definen a los cuerpos gordos los cuales son infelicidad, estupidez, soledad, fealdad y pereza, siendo todo lo contrario de la valoración de la delgadez.

Jiménez (2014) menciona que, en estudios realizados sobre la estigmatización de la obesidad, esta se evalúa contrastando las opiniones de la gente respecto de tres morfologías corporales, la delgada, normopeso y obesa. La figura obesa es evaluada en mayor parte de manera negativa, considerando a la persona obesa como menos bonita, inteligente, valiosa y feliz y con características como desagradable, lenta, fodonga y descuidada; mientras que para el normopeso no existieron adjetivos calificativos negativos; aunque las figuras obesas no siempre

fueron evaluadas más negativamente que las delgadas, para estas últimas se reportan características positivas, pero no más agrado hacia esa morfología. También se ha encontrado que en personas con ingresos económicos mayores y con grados de educación también mayor, estigmatizan más la obesidad, asimismo se plantea la posibilidad que puedan existir diferencias en la estigmatización de la obesidad que expresan diferentes grupos raciales, etarios, hombres, mujeres y personas obesas y no obesas. La presencia de actitudes negativas hacia la obesidad se encuentra en todas las edades y niveles educativos, sin diferencias de género y con algunos matices transculturales. (Jáuregui, Rivas, Montaña y Morales, 2008) A diferencia de otros rasgos corporales tales como la estatura o el color de piel, comúnmente se cree que el peso corporal en general se puede elegir, estando en total control personal; asumiendo que todo está en comer menos y moverse más, restando importancia a otros factores causantes del sobrepeso u obesidad y culpabilizando y estigmatizando a todo individuo que no cumple con el IMC “normal”(León, Jiménez, López y Barrera, 2013).

Esta discriminación es, en su mayor parte, experimentada por las mujeres, por la presión social de encajar en estereotipo de belleza impuesto por la sociedad contemporánea, por lo anterior, los autores Gómez y Ortíz (2019) mencionan que las mujeres tienen mayor probabilidad de internalizar los mensajes negativos.

Al igual que el resto de las discriminaciones existentes, las consecuencias pueden ser de un impacto fuerte para los individuos que la sufren. Sin embargo, la discriminación de la que se viene hablando es una de las más normalizadas en la sociedad, escondiéndose en nombre de la salud.

Fischler (1995, como se citó en Gracia, 2011) define la lipofobia “como el rechazo sistemático de las grasas y el temor a engordar” (p.227), este fenómeno se ha consolidado durante el siglo XX aunado al cambio epistemológico generado por la medicina a la gordura y con ello la promoción de la delgadez. Por otro lado, Gracia (2011) menciona que, como efecto paralelo a la lipofobia, surge el lipofobismo, el cual lo define como “el trato discriminatorio que las personas reciben por su condición de gordas” (p. 228).

Los resultados de un estudio antropológico realizado por Bermúdez y Hernández (2012) a 685 alumnos, 515 mujeres y 170 hombres de un Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica CONALEP en la Ciudad de México, arrojaron que la familia representa un rol clave y muy importante en la percepción corporal que tienen los adolescentes, también encontraron que las madres ocupan el primer lugar en ejercer una presión sobre las mujeres por bajar de peso y en segundo lugar las amigas, en ambos casos dicha insistencia de la pérdida de peso se encontraba relacionada con el tema de elección de pareja, ya que al no tener un cuerpo dentro de los estándares de belleza no podían aspirar a tener una pareja o a la elección de la misma. Asimismo, detectaron que los adolescentes que habían presentado un IMC “normal” presentaban el deseo de adelgazar y el miedo a engordar.

“...el lenguaje duele: golpear a una persona con un trozo de lenguaje puede ser tan potente como hacerlo con un pedazo de madera [...]. Las palabras, al igual que las balas de un arma cambian la estructura de las personas, y sus vidas”.

Humberto Maturana (cit en Christiansen, 2018, p. 624)

El poder de las palabras va más allá de solo dar representación o nombre a hechos o cosas, sino que, también y fundamentalmente, generan efectos. A través del uso específico de las palabras en contextos específicos, se cruza un puente entre la supuesta descripción objetiva e imparcial a la evaluación y enjuiciamiento (Christiansen, 2018).

León (et. al, 2013) alude siete metáforas utilizadas socialmente que explican las causas de la obesidad, las cuales son: “1) como una conducta relacionada con la pereza y la gula; 2) como una incapacidad; 3) como una forma de desorden alimenticio; 4) como una adicción a la comida; 5) como reflejo de una época que no deja tiempo para cuidar la salud; 6) como una consecuencia de la manipulación de intereses comerciales, y 7) como resultado de un ambiente saturado de comida tóxica “

Este enjuiciamiento hacia la gordura se encuentra adherido en la cotidianidad de la sociedad global, mostrando la delgadez no solo como atractivo, sino como sinónimo de mesura, esfuerzo y disciplina (Gracia, 2011); en todos los ámbitos existentes sin que uno quede exento, quedando así toda persona gorda discriminada por su forma física. En EE.UU. las discriminaciones y prejuicios contra las personas gordas han crecido exponencialmente en la última década, hablando en cifras se reporta un aumento del 66%, lo que lo hace comparable con las tasas de la discriminación racial. La creencia de que perder peso es sencillo, da origen a actitudes estigmatizantes hacia las personas gordas, mismo que se traduce en desigualdades laborales, de movilidad, de diagnóstico y tratamiento sanitario, educativas, entre otras. (Puhl y Heuer, como se citó en Navajas, 2017).

Puhl, Moss-Racusin, Schwartz y Brownell (como se citó en Jimenez, 2014) investigaron la fuente de estigmatización que las personas gordas perciben con mayor frecuencia y como es que ocurre. Encontrando como resultado dicha la fuente son los pares, seguida de los amigos, los padres, desconocidos, pareja, familia, personal de salud y laboral. Siendo los escenarios tan diversos como las fuentes, como lo son la casa, espacios públicos como tiendas, parques, entre otros; y escuela o trabajo.

1.2.1. Campañas “de salud” en contra de la obesidad

A nivel global se ha dado una proliferación de políticas en contra de la obesidad, en los últimos 20 años, de una manera alarmante. Lo anterior, ha generado alrededor del mundo programas institucionalizados para regulación de las poblaciones gordas, con la finalidad única de erradicar dicha “epidemia”, logrando así una creciente demonización de la gordura y la culpabilización las personas gordas por “destruir y abusar de los sistemas públicos de salud” debido a su irresponsabilidad y falta de autocontrol (Harjunen, como se citó en Navajas, 2017). La visión médica de la grasa ha logrado poner a esta población fuera de la norma, ejerciendo así acciones punitivas que van desde la patologización del gordo como enfermo, la producción de dispositivos de salud y tratamientos, la visibilidad en determinados espacios y corporalidades “aprobadas”, etc.

El primer caso de políticas sanitarias fue en Estados Unidos en el año 1998, donde el objetivo de estas era declararle la “Guerra a la Obesidad” (War on Fat) (Soich; Moreno, 2013). Misma que tuvo un efecto social inminente y de forma inmediata en el acceso a cobertura médica, vestimenta, etc. Así como un refuerzo en la discriminación de todos aquellos cuerpos que no cumplan ciertas normas estandarizadas sobre el peso. (Moreno, 2015). Navajas (2017) menciona

expone que la “guerra contra la obesidad” se trata de una técnica de gubernamentalidad neoliberal, con un doble objetivo, por un lado, corregir la conducta de los individuos desviados, y por otro es encauzar el comportamiento de los sujetos normales a través de sus elecciones. Para Wann (como se citó en Moreno, 2015) la promoción de políticas de alimentación saludable van encaminadas a que la gente consuma determinado tipo de alimentos; sin embargo, no existe un trabajo profundo sobre las variedades socioeconómicas de la población, ni se han realizado a cabo investigaciones exhaustivas sobre obesidad y su relación con ciertas condiciones materiales, espaciales y sociales. Hace falta considerar las distintas regiones y sus hábitos alimenticios, para así evitar se proyectar políticas universalistas respecto de la salud alimentaria.

En el trabajo realizado por Christiansen, (2018) menciona que, en torno al tema de la obesidad en México, constituye un ejemplo emblemático sobre cómo prevalecen, en los mensajes emitidos por las campañas televisivas de salud pública, creencias fuertemente arraigadas en torno a la cuestión del peso corporal. Dando como resultado que la población sintiera la plena confianza de auto diagnosticar o diagnosticar a una persona “enferma” por su IMC o la medida de su cintura.

Mencionando algunos ejemplos de estas campañas encontramos que, en el 2008 el Gobierno del Distrito Federal (DF), a través de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública del DF, lanzó la campaña “Muévete y Métete en Cintura”, en la cual personal de salud como lo son nutriólogos y personal especializado realizaban mediciones de IMC y ofrecían planes de alimentación restrictiva. Otro caso paradigmático se localiza en la campaña “5 Pasos”, misma que derivó del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el

Sobrepeso y la Obesidad, en 2010. Luego del “Paso 1 Actívate”; del “Paso 2 Toma agua”; del “Paso 3 Come verduras y frutas”; el cuarto paso decía: “Mídete”. De esta manera la persona podía saber si tenía obesidad o sobrepeso con solo medirse la cintura. De manera más reciente se puede encontrar la fotografía que acompañó la información de la noticia aparecida en enero de 2017, en la que se anunció que el Servicio de Administración Tributaria (SAT) devolvería impuestos a quien baje de peso. La imagen era la de un hombre midiéndose la cintura con una cinta métrica (Christiansen, 2018), dando a notar que la baja de peso es el centro de la salud y el hecho más importante que puede realizar una persona en pro de su bienestar físico. El autor ya mencionado nos acerca a la visión del riesgo que conlleva el uso de estos instrumentos de detección, autodiagnóstico y prevención del sobrepeso y la obesidad, logra detectar que en un principio existen dos niveles de problemas.

La última campaña que fue lanzada por la Secretaría de Salud en noviembre del 2020 tiene como nombre “¿Qué te estas tragando?” la cual es una historieta en la que se visualizan elementos denigratorios hacia las personas gordas, ya que reduce una vez más la obesidad como resultado del consumo y gasto calórico de una manera agresiva y en tono de burla, dejando de lado la promoción de la salud. Esta campaña levantó quejas y desacuerdos por parte de académicos, nutriólogos e investigadores quienes han solicitado el retiro de la campaña; la Dra. En sociología Mónica Moreno, realizó un tweet en el que sostiene que dicha campaña “es alarmante, tiene un título que deshumaniza el acto del comer enfatizando la ingesta voraz y CONDUCE a la exacerbación del estigma y la discriminación hacia las personas gordas, también llamada gordofobia”. Sin embargo, no existe alguna respuesta por parte de las autoridades, ni anuncio de

ser retirada, esta historieta ya se encuentra siendo distribuida y será un total de 30 millones de copias las que serán entregadas casa por casa. (Guerrero, 2020)

Por un lado, las campañas mismas son limitadas, cuestionables y en cierta medida engañosas. Y del otro lado, generan una concepción hipersimplificada de los problemas asociados al peso corporal, mismo que son imaginados como si el peso dependiera exclusivamente de la ingesta y gasto de calorías, invisibilizando todas las variables existentes que pueden determinar la diversidad corporal ya mencionadas en el capítulo anterior.

1.2.2. Espacios sanitarios o médicos

“La medicalización de la gordura, lejos de contribuir a desculpabilizar a las personas obesas ha contribuido a estigmatizarlas aún más.” (Gracia, 2011). Como se ha ido observando, la estigmatización se ha creado en gran parte desde la perspectiva médica y en “pro” de la salud, es por este motivo que las expresiones de gordofobia no se dejan esperar en espacios médicos. Para Santiso (cit en Navajas 2017) el ámbito sanitario y el saber popular contemporáneo consideran la gordura como resultado de una ingesta excesiva de alimentos, y sus discursos referidos a la gordura aluden al descontrol, la flacidez de las carnes, la falta de vitalidad y a la depravación moral.

Con relación al peso, la alimentación y el ejercicio físico, la medicina representa una voz privilegiada a la hora generar discursos sobre lo ‘sano’, lo ‘patológico’ y lo ‘normal’. En el occidente se ha fundamentado la premisa de que el sobrepeso y la obesidad se trata de una epidemia que crece de forma vertiginosa, esto a pesar de que la gordura no es transmisible, ni es una enfermedad infecciosa. Esta problematización del exceso de peso estigmatiza a las personas gordas, al

mismo tiempo que se busca que la totalidad de la población adopte las medidas necesarias para “protegerse de la enfermedad” evitando así la propagación a través de todo el cuerpo social. Actualmente gran parte de la investigación sobre obesidad ha sido refutada ya que existe una insuficiente evidencia empírica que no ha logrado ser contrastada en estudios longitudinales, empero, a pesar de esta carencia una gran parte de los profesionales sanitarios entiende que sus usuarios deben evitar la gordura, y en caso de que ya se encuentren en un IMC mayor al “normal” deben exhortarlos a adelgazar. (Navajas, 2017)

La autora arriba citada rescata que una persona gorda es señalada como alguien incapaz de controlar su enfermedad y de respetar las normas de salud pública. En muchos de los casos sin importar el motivo de consulta, las personas gordas soportan los prejuicios del personal socio-sanitario, menor tiempo de atención, prescripciones de pruebas relacionadas con estereotipos vinculados a la gordura como análisis de colesterol, triglicéridos y glucosa; así como también la prescripción de medicamentos antidepresivos; derivaciones a asistencia psicológica y de salud mental y la infaltable recomendación de bajar de peso. Como se mencionó antes, el estigma del peso afecta de mayor manera a las mujeres y en el ámbito sanitario no es la excepción, existen estudios que plantean que una mujer obesa retrasa o evita la atención médica si siente que el proveedor de la atención médica tiene un sesgo en su contra o la reprende por su peso (Packer, 1990, como se citó en Gómez et al, 2019).

Lo anterior se da en gran parte con comentarios ofensivos como “Deja de comer hamburguesas y chatarra”, sin conocer siquiera la alimentación del usuario. Las preguntas planteadas ante estos sucesos es: ¿está el servicio sanitario realmente –en estos casos- preocupado por nuestra salud? ¿Es necesario tal

acoso? El que existan este tipo de prácticas de acoso dentro del ámbito sanitario pone en peligro a las personas gordas, ya que en muchos casos dejan de asistir al médico salvo que sea una dolencia mayor que pueda poner en riesgo su vida; por lo que la detección oportuna de enfermedades crónicas se obstaculiza (Piñeyro, 2016; Navajas,2017).

Gómez y Ortiz (2019) expresa que existe una escasez de investigaciones que examinen la relación entre el peso corporal con la frecuencia y satisfacción con las visitas de atención médica. Empero, entre las investigaciones existentes, los resultados muestran que las mujeres con sobrepeso u obesidad son más propensas a evitar estudios pélvicos y de mamas, en referencia con las mujeres de peso medio. De igual manera, se ha detectado que retrasan o cancelan citas médicas por saber que serán pesados y serían avergonzadas por el número que la báscula arroje; por lo que algunas han pensado en perder peso previo a la consulta. Esto aunado a que las pacientes obesas se les recomiende bajar de peso con más frecuencia que los hombres con un índice de masa corporal por arriba del establecido como normal. Además, las mujeres han declarado que en algunos casos sus ginecólogos se han negado a creer que son sexualmente activas, lo que lleva a la conclusión de que la grasa se considera estéticamente indeseable, incluyendo a los profesionales de la salud.

En el artículo de Navajas (2017) titulado “La gordofobia es un problema del trabajo social” menciona que, a pesar de existir poca evidencia científica sobre las actitudes y prejuicios entre los trabajadores sociales sanitarios, estos mismos expresan respuestas emocionales negativas hacia las personas gordas y un porcentaje significativamente alto muestra actitudes negativas. De igual manera León, Jiménez, López y Barrera (2013) manifiesta que la estigmatización

asociada al peso corporal puede ser independiente de la formación profesional, se ha encontrado que profesionales de la salud, como médicos, nutriólogos, farmacéuticos, epidemiólogos, psicólogos y enfermeros, que dedican su labor a la atención de personas con sobre peso u obesidad llegan a mostrar prejuicios en contra del usuario o paciente y lo responsabilizan de su condición. Estos mismos autores realizaron un estudio en donde analizan las ideas de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología, acerca de las causas de la obesidad indagando en saber si piensan que el peso es responsabilidad o no de la persona. En dicho estudio participaron 160 estudiantes, de los cuales 83 eran de universidades mexicanas y el resto de universidades españolas; los resultados fueron que la mayor parte de los participantes de ambos países tendieron a señalar al individuo obeso como responsable de esta condición física y el 65% estuvo de acuerdo en que, si la gente quisiera, sería capaz de perder peso corporal. Dichos datos sugieren que incluso este gremio de profesionales asume la llamada “ideología de la culpa”, lo que podría explicar la estigmatización que se hace de la obesidad.

También se encuentra otro estudio llevado a cabo por Soto, Armendariz, Bacardí y Jiménez, (2014) aplicado en 528 estudiantes de la Universidad Autónoma de Baja California, de las carreras de psicología y medicina valorando sus creencias sobre la obesidad y la fobia hacia esta última; teniendo como resultado que solo el 7% presentaron actitud neutral o positiva, lo que significa que se observó una alta prevalencia de fobia y actitudes negativas hacia las personas con sobre peso u obesidad; asimismo, los hombres presentaron más fobia a la obesidad, resultados que no concordaron con estudios realizados en Estados Unidos, por

lo que los autores mencionan que los resultados sean diferentes probablemente a razones culturales y la falta de conocimiento.

1.2.3. Ámbito cultural

Dentro del ámbito cultural y las artes se invisibiliza a las personas, reduciendo sus posibilidades de desarrollarse en ámbitos como los son la danza, el canto, la actuación por no tener cuerpos hegemónicos que sean “estéticos y agradables” para el público espectador. No solo puede ser observado en personas reales, sino también en caricaturas que van dirigidas a población infantil, siendo así que desde edad temprana se internaliza el mensaje de la estigmatización. El cuerpo gordo paradójicamente, es socialmente invisible por la escasez de referentes culturales “positivos” (Navajas, 2017). Tal es el caso también de Piñeyro (2016) que menciona que la gente gorda es casi invisible en las producciones culturales y que, en las excepciones existentes, esta gente aparece como una especie de bufón siendo el motivo de risa y la humillación. En la mayoría de las veces traer a la mente un personaje gordo es sinónimo de pensar en algo gracioso. De igual manera, comparte que esta industria ha logrado monopolizar la opinión pública, convenciendo de que tiene razón y se encuentra en lo correcto, representando a la totalidad de la humanidad. Mediante el discurso internalizado de que la gordura es rechazable, es enfermiza, es asquerosa, la gente gorda no es feliz y merece ser invisibilizada o, en su defecto, humillada y ridiculizada.

“La gorda no es quién actúa. La protagonista en todo momento es la gordura y no la gorda, presentada como una masa informe que habla por sí misma y desde sí misma con la única y exclusiva meta de hacer reír desde la humillación, desde la explicitación y ridiculización de su cuerpo marcado como el diferente. Y cuando no queda espacio para la risa, ocupa

su lugar la lástima.” (Piñeyro,2016, p. 31)

1.2.4. Redes Sociales y humillación pública

En la actualidad las redes sociales digitales se han convertido en un medio de expresión masiva en la cual se puede estar expuesto a burlas y/o a “alimentarse” de falsas notas de ciencia, gente “fit” y memes; que son violentos para la cualquier población y la gente gorda no es la excepción. En páginas o espacios digitales donde se promueve la diversidad corporal y la visibilización a la corporalidad gorda se han encontrado comentarios “ojalá que te mueras” así como también deseos de que la gordura de alguien le produzca enfermedades que acaben con esa persona antes de que se reproduzca para así no ensuciar más la “raza pura” humana con las “imperfecciones físicas” (Piñeyro,2016). Suárez (2017) expone un ejemplo del año 2016 sobre cómo la gordofobia o la dictadura de un cuerpo delgado se manifiesta en las redes sociales, en este año existió una publicación en twitter, con el ‘hashtag’ #GordasNoPuedenSerFelices, en el cual todo tipo de usuarios realizaron publicaciones con burlas y humillaciones a través de mensajes en relación con la mujer gorda en exclusiva, y que debido al alta repetición de este hashtag se convirtió en *trending topic* mundial.

La vía pública no es el lugar más seguro para las personas, pero cuando hablamos de mujeres la perspectiva cambia y se vuelve más preocupante el panorama, que en muchas ocasiones se cree que una mujer gorda por el simple hecho de serlo puede estar exenta a la violencia pública, empero; pero pocas o nulas veces se habla del acoso o humillación que pueden sufrir las personas gordas, en su mayoría mujeres. La misma autora en su libro, nos da ligero

acercamiento a esta realidad vivida día a día, en seguida se rescata un fragmento de lo expuesto por ella.

“...más de una gorda podrá contar que le han gritado en alguna ocasión “¡¡¡GORDAA!!!” en la calle (intentando insultarla) acompañado de alguna preciosidad como “asquerosa” ... y/u otros complementos. Recuerdo ahora un día que iba caminando por la calle y me disponía a pasar por encima de una de estas rejillas de la calle que dan como a una alcantarilla o sótano de algún local, y un señor mayor me gritó “¡Cuidado gorda! ¡No pases por ahí que lo rompes!”.
...Incluso en México existen unas pegatinas bastante conocidas y difundidas entre los taxistas, quienes las pegan en sus coches y viene a decir que en su taxi no se trasladan gordas...” (Piñeyro,2016, p.38)

Salinas, Fermín, Espinosa y González (2018) sostiene que las personas con exceso de peso no pueden llevar su vida de manera normal, ya que muchas cosas no están hechas para personas “grandes”, como ejemplo el simple hecho de viajar en autobús puede convertirse en una situación sumamente incomoda debido a los espacios físicos reducidos y a la sensación permanente de que la gente lo mira. También el comprar ropa, se vuelve una tarea poco favorecedora debido a la poca oferta que existe en tallas grandes y al trato que pueden recibir de parte de los vendedores y tiendas. Lo anterior puede tener como resultado que una persona que se encuentra por arriba del IMC “normal” pueda sentirse que no tiene un lugar y que no encaja en esta sociedad.

1.2.5. Consecuencias de la estigmatización

Como se ha mencionado anteriormente, la desaprobación de los cuerpos gordos se da en un inicio en el ámbito médico, pero lejos de este los síntomas negativos

que conlleva el discurso, que se ha creado y constituido como incuestionable, “traspasan” las barreras de lo somático, repercutiendo socialmente. (Bastián, 2017)

Empero, el ámbito social no es el único alcance que tiene esta discriminación, en lo laboral se pueden encontrar diferentes formas de discriminación a la gordura, desde menores oportunidades laborales a personas gordas, hasta malos tratos y mayor cantidad de acciones en su contra, con mayor énfasis en las mujeres. Lo anterior, de acuerdo con los resultados arrojados en un estudio realizado en USA con una muestra de 2.838 personas en edad laboral. “Los participantes obesos reportaron ser 37 veces más discriminados, y aquellos con obesidad mórbida reportaron serlo 100 veces más en comparación a los no obesos” (Puhl y Heuer, 2009; M. V. Roehling, P. V. Roehling, y Pichler, 2007, cit en Bastián, 2017) En otro estudio realizado por Cramer y Steinwert en el año de 1998, con niños de entre tres y cinco años de edad, encontraron que al leerles un cuento y después solicitarles que eligieran entre un niño delgado, un niño de peso normal y uno obeso, quien había sido el personaje bueno y quien el malo, los niños de manera mayoritaria eligieron al niño delgado o al de peso normal como el personaje bueno y al obeso como el personaje malo. Por lo que se entiende que desde edades tempranas se crea la idea de que las personas gordas son sinónimo de personas malas. En estudios realizados con personas adultas se visualizan respuestas similares a las de los niños y adolescentes, describiendo a la persona gorda como menos bonita, menos inteligente, valiosa, feliz y elegante. (Jiménez, 2014)

La gordofobia también tiene como consecuencia el rechazo afectivo-sexual, el estereotipo del atractivo físico ha cambiado históricamente, sujeto a cánones de

belleza de igual cambiantes; pero en la actualidad el sobrepeso y la obesidad no constituyen aspectos físicos agraciados por lo que, resultan escasamente atractivos (Jáuregui, Rivas, Montaña y Morales, 2008). Es de este modo que las personas gordas, por el simple hecho de tener un cuerpo fuera de los cánones establecidos socialmente, tienen una menor probabilidad de establecer una relación afectivo-sexual. Si bien las personas gordas por lo general son catalogadas como personas poco atractivas, existen personas en normopeso que se sienten atraídas por personas gordas, pero algunas ocasiones no se permiten establecer un lazo afectivo más allá de la amistad por el acoso o burla que pueda recibir de su círculo social por el hecho de relacionarse con una persona con los adjetivos y características que ya se han mencionado que se atribuyen a estas personas. Como expresa Piñeyro (2016) los gustos son en gran medida contruidos y aprendidos de manera social. Existiendo una maquinaria ideológica sobre los cuerpos, que controla los deseos enseñándonos (o adoctrinándonos) sobre cuáles son los cuerpos deseables y los indeseables, es decir, cuáles deben gustarnos y cuáles no. Al punto de que en la mayoría de los casos las personas gordas al mirarse al espejo experimentan esa repulsión que se ha enseñado a sentir por los cuerpos gordos, traducándose esto en problemas de autoestima, sufrimiento emocional y en muchos casos llegar a la depresión. Provocando así que la persona se aisle de todo contacto exterior para evitar mostrarse en público, lo que conlleva a un estado depresivo más grave. Se ha encontrado que la prevalencia de depresión va en aumento en relación con el “grado de obesidad” de acuerdo con el IMC, sobre todo en personas consideradas con obesidad severa lo que es un IMC mayor a 40 (Salinas, Fermín, Espinosa y González, 2018).

El mismo autor arriba citado declara que en estudios realizados a principios de la década de los 2000 se demostró que 60% de personas obesas expuestas a estrés psicológico sufren hiperfagia, con tendencias ansiosas y depresivas, denominando esta alteración de la conducta como “conducta alimentaria emocional” o hiperfagia al estrés; es decir, el acto de comer sin estar relacionado a la sensación biológica de tener hambre, sino con malestar psicológico. Se ha encontrado que 30% de los pacientes, mayormente mujeres, con desorden del atracón están deprimidos y presentan autoestima baja y como ya se mencionaba mayor insatisfacción corporal en comparación con los controles en normo peso. De igual manera, se ha demostrado que personas con obesidad presentan tendencia al desarrollo de afecciones psiquiátricas, que pueden ser el resultado de estar sometidos a la discriminación social. En los casos más extremos, los efectos psicológicos pueden llegar a ideas suicidas y al suicidio mismo.

1.2.6. Activismo gordo y Salud en Todas las Tallas (HAES, por sus siglas en inglés)

En la década de los 70s en Estados Unidos, un grupo de mujeres feministas gordas dio inicio a un movimiento llamado “The Underground Fat” o también conocido como anti Fat phobia, con el objetivo de luchar contra la discriminación y ridiculización realizada a las personas de cuerpo grande, sobre todo en el ámbito médico dado a las diversas series de políticas ya mencionadas de control alimenticio, de salud y estéticas. En la década del ochenta este movimiento de luchas se intensifica y prolifera, gracias a la implementación de una baja en el IMC (Índice de Masa Corporal) sin embargo, a pesar de ser un movimiento con más de cuatro décadas la información y registro de su existencia e inicio es casi inexistente (Piñeyro,2016; Moreno,2015).

Por otro lado, este activismo se empieza a abrir camino en el mundo hispanohablante hasta el siglo XXI, principalmente a través de las “redes sociales” bajo los conceptos de gordofobia y anti gordofobia. Este activismo vio su nacimiento desde slogans del repudio a las dietas, la normalización de ciertos estereotipos corporales, entre otros. En Latinoamérica de manera paralela al desarrollo de las redes sociales y la globalización dio pie al acceso a debates, información y visibilización de este tipo de militancias, fue así que empezaron a surgir grupos de concientización respecto de esta temática, como lo son grupos en Facebook, Instagram, talleres, la inserción de los activistas gordos en algunos lugares de exposición política y académica, entre otros. También empezaron a conformarse líneas distintas de discusión que remarcan la necesidad de generar textos, políticas, intervenciones sobre la gordura a partir de visiones geopolíticamente situadas. Los Estudios de la Grasa (fat studies) nacen de la apertura de espacios donde se permite repensar los estereotipos corporales, haciendo énfasis en la cuestión del orgullo gordo, entre otras formas de reinterpretación de los cuerpos. Esta problemática sin duda está vinculada históricamente con las luchas dadas por los movimientos de liberación civil y de género, así como también las nuevas formas de pensar las subjetividades (Moreno,2015)

El activismo de la gordura y los estudios teóricos en torno a ella, no solo surgen para desentrañar y apropiarse del término en sentido peyorativo de “gordo/a” sino también en como la descripción de la “obesidad” aparece como una patologización debido a las lógicas político, económicas, corporales del capitalismo avanzado. Wann (como se citó en Moreno, 2015) declara que “llamar a la gente ‘obesa’ medicaliza la diversidad humana y, como consecuencia, se

busca una cura a esta ‘patología’ que refuerza los prejuicios y las connotaciones negativas respecto del gordo u obeso”.

En Estados Unidos se han creado grupos activistas como National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA) y Health at Every Size (HAES). Este último es relativamente nuevo, su literatura comienza a principios de la década de los 2000. Los principios de esta filosofía surgieron parcialmente como una respuesta a la falta de éxito de los enfoques de control del peso; este propone un enfoque de salud en todas las tallas, abordando el sesgo del peso y el estigma en que viven las personas con obesidad, actualmente trabaja con un enfoque de salud pública y tiene respaldo científico. Al cambiar el enfoque que se maneja con mayor frecuencia el cual es peso centrista (centrado en el peso) a un nuevo paradigma que se encuentra centrado en la salud y que argumenta que los enfoques de pérdida de peso proporcionan una falsa esperanza para personas que buscan perder peso; se desafían suposiciones clave de los enfoques tradicionales para el control de peso, como lo son: 1) que la adiposidad representa una morbilidad significativa y un riesgo de mortalidad, 2) que la pérdida de peso prolongará la vida, 3) que cualquiera que esté decidido puede perder peso y mantenerlo a través de dieta y ejercicio, 4) que la búsqueda de la pérdida de peso es una práctica y meta positiva, 5) que la única forma de que las personas que presentan un peso mayor al ‘normal’ pueden mejorar su salud es perder peso, y por último, 6) que los costos relacionados con la obesidad suponen una gran carga sobre el sistema económico y sanitario, y esto se puede ser corregido con un enfoque de atención al tratamiento y prevención de la obesidad, nuevamente el centro está en el peso. Por el contrario, HAES propone que se fomente la aceptación del cuerpo sin importar el peso corporal y forma

del cuerpo, la alimentación intuitiva y la actividad física; al mismo tiempo que sostiene que la dieta y restricción causan efectos físicos y emocionales no favorables para la salud integral de la persona. Lo anterior debido a que, cuando los individuos no ven la reducción de peso al utilizar la receta prevaleciente de "comer menos y moverse más", o bien sienten que fallan al quererla llevar a cabo, se llegan a sentir que no son personas normales, o que no pueden ser saludables a menos de que lleguen al tamaño del cuerpo socialmente construido. Estos sentimientos de fracaso y frustración pueden conducir a la discriminación y a prejuicios dirigidos a las personas que tienen sobrepeso u obesidad, alentando más las conductas que pueden contribuir a un desorden alimenticio. (Penney y Kirk, 2015)

La alimentación intuitiva se basa en comer en respuesta al hambre y señales de saciedad, respetando las señales físicas del cuerpo que ayudan a determinar qué, cuándo y cuánto comer; sin que sea una imposición o esté basado en la restricción. Tiene como objetivo entablar una relación saludable entre la comida, mente y cuerpo; así como también fomentar la conciencia de las emociones y el placer que produce el comer. (Carbonneau, Bégin, Lemieux, Mongeau, Paquette, Turcotte, Labonté y Provencher, 2016)

Se ha descubierto que este enfoque de salud mejora el comportamiento alimenticio, la imagen corporal y la salud psicológica. Bacon, Stern, Van Loan y Keim (2005) realizaron un estudio longitudinal en donde se comparó 2 grupos, uno con intervención en HAES y otro con dieta restrictiva basada en la pérdida de peso, encontrando que la salud en el grupo de intervención tuvo una mejora significativa sostenida posterior a dos años de la intervención, en ocho escalas del Inventario de Trastornos Alimentarios: búsqueda de la delgadez, bulimia,

insatisfacción corporal y conciencia interoceptiva; mientras que el grupo de la dieta mostró una inicial mejora en tres escalas: bulimia, insatisfacción corporal y conciencia interoceptiva, aunque ninguna de estas mejoras se mantuvieron en el seguimiento, además de que hubo recuperación del peso corporal. Por lo que los autores sostienen que las enfermedades que se han asociado a la obesidad puede ser revertidas o minimizadas a través de un cambio de estilo de vida, incluso en la ausencia de la baja de peso, y que las personas pueden mejorar su salud aún si permanecen en un IMC elevado.

Otro estudio realizado en Canadá por Carbonneau (et al., 2016) en donde participaron únicamente mujeres, con peso normal sobrepeso y obesidad, divididas de igual manera en dos grupos, uno de intervención con HAES y otro (grupo control) con dieta restrictiva basada en la pérdida de peso; durante un año. La investigación arrojó que la población que participó en el programa HAES aumentaron significativamente su alimentación intuitiva en comparación con las mujeres del grupo de control, tanto en la fase posterior a la intervención como en el seguimiento. También se observó una mejora significativa en la calidad de la alimentación en el primer grupo, en comparación con el grupo de control.

Por lo que este enfoque puede ser una alternativa que cambie el rumbo de las enfermedades crónicas que se han asociado al sobrepeso y obesidad; sin estigmatizar y discriminar a quien tiene un IMC por arriba del estandarizado. Logrando así un bienestar integral en donde no se abandone la salud mental, como se da en el enfoque peso centrista y que promete una disminución en la aparición de las conductas alimentarias de riesgo y trastornos de conducta alimentaria.

1.3. Conductas Alimentarias de Riesgo

1.3.1. Definición y prevalencia de las CAR en México

Lora y Saucedo (2006) definen la conducta alimentaria como el conjunto de aquellas acciones que realiza una persona como respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, lo anterior vinculado a la ingestión de alimentos. Esta conducta se ve intervenida por diversos factores que rebasan el valor nutritivo del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo. La alteración de esta conducta es la que da origen a los trastornos alimentarios, en los que los patrones de ingesta se encuentran altamente distorsionados.

Las Conductas Alimentarias de Riesgo son aquellas conductas inapropiadas que son características y que preceden a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA); regularmente estas se presentan con menor frecuencia e intensidad, por lo que no cumplen con los criterios de frecuencia y duración para ser diagnosticadas como un TCA. Suelen aparecer cuando el individuo tiene como objetivo reducir su peso corporal; empero, de manera paradójica quienes las ponen en práctica se encuentran en una situación de mayor ganancia de peso y además conducen a deficiencias en el ámbito psicosocial tienen consecuencias adversas a largo plazo para la salud física y mental. Entre las CAR se encuentran los atracones, las conductas alimentarias restrictivas (como lo son el ayuno, práctica de dietas y ejercicio excesivo) o purgativas (uso de laxantes, vómito auto inducido y diuréticos), las cuales junto con el sobrepeso y la obesidad son consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de TCA, depresión, baja autoestima, ansiedad, abuso de sustancias o intentos de suicidio; así como también son factores de riesgo para complicaciones fisiológicas como lo son el retraso de la pubertad, erosión dental, úlceras en la boca y el esófago y, en casos

graves, la aparición de cáncer de esófago, anomalías digestivas y urinarias, entre otras.(Unikel, Díaz de León y Rivera, 2016; Díaz, Bilbao, Unikel, Muñoz, Escalante y Parra, 2019; Díaz de León y Unikel, 2017; Ortega, et al., 2015).

Los TCA son en la actualidad un problema de salud cada vez más frecuente entre la población adolescente; empero, tienen prevalencias de apenas 0.5 a 3%, por lo que las CAR son mucho más frecuentes; motivo por el cuál deben de recibir una mayor importancia a la que reciben actualmente y tomarlas como señales de alerta sobre el riesgo de que se desarrollen TCA (ENSANUT,2018).

En las dos últimas décadas los estudios sobre epidemiología de CAR han ido en creciente aumento, las medidas básicas de frecuencia con las que se realizan este tipo de estudios son la incidencia, la prevalencia y la mortalidad. Cada una de las medidas proporcionan información que ayuda a caracterizar las CAR en términos de riesgo, incidencia y tendencias a lo largo del tiempo; empero, la prevalencia es esencial en la planificación de los servicios de salud, la designación de recursos económicos y la administración de las instalaciones de atención médica.

La ENSANUT (2018) menciona señala que desde la encuesta realizada en el año 2006 realizan una evaluación de las conductas de riesgo únicamente en adolescentes, implementado el cuestionario breve de 10 preguntas propuesto por Unikel, que se encuentra apegado a los criterios establecidos en el DSM-IV, mismo que será utilizado en esta investigación. La encuesta realizada en 2018 da a conocer que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en la población adolescente mexicana son, preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. El 12.6% en hombres y el

12.4% mujeres reportó frecuentemente haber comido demasiado. Mientras que en menor porcentaje se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos u otras sustancias como diuréticos y laxantes. Asimismo, reporta que el 1.3% de la población participante (1.9% mujeres y 0.7% hombres) se encontraban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria, cifras que no varían mucho de las arrojadas en ENSANUT 2012.

Palma, Hernández, Villalobos y Unikel (cit en Unikel, et. al, 2016) indican que 6.6% y 6.3%, de los jóvenes entre 10 y 19 años, con IMC elevado presentan alguna CAR, en comparación con 2.6% de los jóvenes que presentan normopeso. De igual manera, hallaron que adolescentes con un nivel socioeconómico más alto, presentan mayor riesgo de presentar CAR.

En un estudio realizado por Unikel Díaz de León y Rivera (2016) en estudiantes de nuevo ingreso a la UAM-X, a diferencia de otros estudios revisados, no localizaron diferencias estadísticamente significativas sobre la presencia de las CAR en mujeres y hombres. Presentándose las prevalencias para las mujeres con IMC elevado, que poco más del 20% presentó CAR de riesgo moderado y 13.2% CAR de riesgo alto, mientras que en los varones las prevalencias de CAR de riesgo moderado y CAR de riesgo alto fueron de 18.2% y 3.8% respectivamente. En la categoría de peso normal se tuvo una prevalencia del 17.5% de las mujeres y 11.9% de los hombres presentaron CAR de riesgo moderado. Estimándose que la interiorización del ideal estético de la delgadez aumenta el riesgo de CAR 7.4 veces en las mujeres y 5.1 en los varones.

1.3.4. Factores de riesgo

“El cumplir con el estándar de belleza impuesto socialmente, ya sea de manera innata por herencia o buscada a través de la dictadura de las dietas y de los gimnasios que rigen un estricto culto al cuerpo, sobre todo al femenino, está enfocada como un atributo totalmente objetivo, universal e inmutable, ya que constantemente, bien sea a través de publicidad, imágenes públicas de famosos, o incluso discursos morales de grupos sociales cercanos, nos dicen que debemos llegar a ella para estar aceptadas socialmente y por ende conseguir la ‘felicidad’ y ‘éxito social’, haciendo que se fomente lamentablemente los Trastornos de Conducta Alimenticia ya expuestos llegando al estado de delgadez ya sea de forma deseado, o impuesta” (Wolf, cit en Suárez, 2017, p. 12).

De acuerdo con los resultados de diversas investigaciones, se puede decir que existe una relación positiva entre la influencia familiar en las dietas, la insatisfacción corporal y los síntomas bulímicos en adolescentes. La figura materna es de suma importancia en el desarrollo de las CAR, ya que ella influye en la dieta, así como también en comportamientos alimentarios y preocupaciones sobre el peso corporal de sus hijos. Cuando existe un diagnóstico de CAR, se tiene un pronóstico reservado en la recuperación cuando en las familias hay una alta expresión de rechazo a peso corporal elevado. (Díaz de León y Unikel, 2017)

Desde la perspectiva de Cafri (como se citó en Unikel Díaz de León y Rivera, 2016) existe una asociación entre el deseo por alcanzar una figura corporal mesomórfica y el desarrollo de CAR, por lo que se ha propuesto el estudio del deseo de la musculatura como factor de riesgo para el desarrollo e incremento de la frecuencia de CAR entre los varones. Asimismo, otros factores que se asocian al desarrollo de TCA son la interiorización del ideal estético de la delgadez, la insatisfacción corporal, la autoestima y los síntomas depresivos. Las

causas de las CAR se encuentran centradas fundamentalmente en el estrés y la influencia de los medios de comunicación (que van desde las revistas, periódicos, televisión, industria de la moda, hasta las redes sociales digitales) ya que su producto de marketing se escenifica en su mayoría con mujeres cosificadas y de extrema delgadez; favoreciendo así la interiorización del ideal de la delgadez estereotipado de acuerdo con rol de género, como sinónimo de éxito; excluyendo a aquellas personas que se alejan de esta imagen, teniendo como consecuencia insatisfacción corporal y, en consecuencia, la aparición de CAR. Se ha encontrado que en presencia de CAR la comorbilidad psiquiátrica se incrementa, lo anterior en un estudio realizado con jóvenes universitarios. Los síntomas depresivos son algunos de los factores de riesgo con mayor potencia para predecir TCA; de igual manera la presencia de la internalización del ideal estético y la insatisfacción corporal, también han sido reportadas en estudios longitudinales como factores de riesgo para el desarrollo de TCA, así como la presencia de baja autoestima antes de la aparición de este tipo de psicopatología (Díaz, et al., 2019; Unikel, et al., 2016; Suárez, 2017).

Suárez (2017) manifiesta que más que una obsesión por la delgadez es una tarea que cumplir, que de no ser así el castigo otorgado es la exclusión y las burlas sociales, por lo que la cultura de las dietas se ha convertido en un elemento dictatorial en gran parte hacia las mujeres, sobre todo en la época actual: la etapa del físico, la cirugía estética y la perfección en redes sociales. Otra razón por la que las CAR pueden desarrollarse es por algunas disciplinas deportivas, artísticas o carreras profesionales que demandan un cuerpo delgado, definido por los estándares de belleza y apariencia socialmente determinados, como lo son el modelaje, el ballet, el atletismo, el patinaje artístico entre otros.

Es bien sabido que aún en la actualidad existen deportes que se piensan más apropiados para el género masculino o femenino, un ejemplo es el antes mencionado patinaje artístico donde predomina el género femenino y cuyas características exigen un cuerpo delgado y pequeño, consistente con el ideal social del cuerpo de la mujer. Por otro lado, también hay disciplinas en las que los atletas cumplen con las características físicas que exige el deporte, pero que no se ajustan al ideal corporal socialmente promovido, como es el caso de la natación en mujeres o el atletismo de fondo en hombres. Por lo que, el atleta puede enfrentar una doble presión en cuanto al cumplimiento del cuerpo estereotipado, conduciéndolo esto a la adopción de CAR, tales como dietas restrictivas, ayunos, disminución en la ingesta de líquidos y largas jornadas de ejercicio intenso. Hablando de profesiones que socialmente se espera que las personas cuenten con características particulares y aceptadas por el canon de belleza, podemos encontrar la nutrición, cuya población predominantemente se encuentra constituida por mujeres que tienen normopeso, existiendo una presión sociocultural constante por cumplir un rol de hábitos saludables (principalmente enfocados en la alimentación y la realización de ejercicio) para mantener un cuerpo delgado, interpretándose como un indicativo de “éxito profesional” , lo que no las exenta de presentar insatisfacción corporal y desarrollar CAR (Díaz, Bilbao, Unikel, Muñoz, Escalante y Parra 2019).

En un estudio realizado por Díaz de León y Unikel (2017) en el que el objetivo fue examinar la asociación entre recibir comentarios negativos paternos sobre el peso y figura corporal, y la presencia de CAR en adultos jóvenes; se encontró que las mujeres reportaron recibir más comentarios negativos, asimismo presentaron mayor insatisfacción corporal y CAR en comparación con el grupo

de los hombres. Las autoras argumentan que los resultados tienen implicaciones acerca de la influencia de la presión sociocultural en la interiorización del ideal estético de delgadez y de la insatisfacción corporal como factores de riesgo para el desarrollo de CAR. De igual manera, se ha encontrado que en mujeres el riesgo de desarrollar CAR se presenta cuando se ha interiorizado el ideal estético de la delgadez; se desea un cuerpo musculoso, se tienen síntomas depresivos, se desea de una figura corporal más delgada y cuando se presenta un mayor IMC. Por otro lado, los varones, presentan riesgo también por el ideal estético de la delgadez, el deseo de musculatura, de una figura corporal más delgada y estudiar una carrera de las áreas de estudio Ciencias Biológicas y de la Salud y de Ciencias Sociales y Humanistas.

II. Método

Con base en lo que se ha planteado a lo largo de este apartado surge el interés de la presente investigación partiendo de la pregunta ¿Cuál es la relación entre la estigmatización hacia la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres mexicanas?

Por lo anterior, se plantea como objetivo conocer la relación entre la estigmatización hacia la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres mexicanas de entre 20 y 56 años.

Diseño y tipo de estudio

Investigación no experimental, transversal y correlacional PI-4

Variables

Variable independiente: Estigmatización de la obesidad

Definición conceptual: “Actitudes y creencias negativas relacionadas con el peso que se manifiestan a través de estereotipos, sesgos, rechazo y prejuicios, dirigidos hacia las personas por el hecho de ser obesas o tener sobre peso” (Puhl y Latner, 2007)

Definición operacional: el resultado que arroje en el Cuestionario para mujeres adultas sobre estigmatización de la obesidad.

Variable dependiente: Conductas alimentarias de riesgo

Definición conceptual: “son manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) pero se dan con menor frecuencia e intensidad” (Altamirano, Vismanos y Unikel, 2011)

Definición operacional: el puntaje obtenido en el Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo.

Hipótesis de investigación

H1: Existe relación entre la estigmatización de la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres mexicanas de entre 20 y 56 años.

H0: No existe relación entre la estigmatización de la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres mexicanas de entre 20 y 56 años.

Muestra y sujetos participantes

Muestra no probabilística. N= 189 mujeres mexicanas entre 20 y 56 años.

Procedimiento

Se aplicó el instrumento los días 5 y 6 de noviembre del año 2020, vía online.

Una vez obtenidos los resultados se procedió al análisis estadístico, con el software estadístico SPSS, la prueba estadística utilizada fue la Correlación de Pearson (r).

Descripción de aparatos e instrumentos

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Contiene 10 reactivos en escala tipo Likert con un formato de cuatro opciones de respuesta, de 0 que es igual a “nunca” a 3 que es “Con mucha frecuencia (más de 2 veces por semana)”, evalúa las conductas alimentarias de los últimos tres meses.

“Este cuestionario fue creado por Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García (2004) para evaluar la preocupación por engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV” (Franco, Álvarez y Ramírez, 2011). Cuenta con valores de sensibilidad y especificidad de 0.81 y 0.78 respectivamente, con un valor predictivo positivo de 0.38 y un valor predictivo negativo de 0.96 (Unikel, Diaz de León y Rivera, 2016).

Evalúa tres factores distintos, factor 1 Atracón y purga, que agrupa los ítems: práctica de atracones, sensación de falta de control al comer, vómito autoinducido y práctica de ayunos; factor 2 Medidas compensatorias, agrupa los ítems: uso de pastillas, uso de diuréticos y uso de laxantes para bajar de peso y el factor 3 Restricción, el cual agrupa los ítems: me preocupa engordar, práctica de dietas y práctica de ejercicio para bajar de peso. (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004).

Versión Breve del Inventario de Situaciones Estigmatizantes (ISE)

Versión de 10 ítems retrotraducidos del inglés al español y adaptados semánticamente, que fue validada en población chilena, es de escala tipo Likert con un formato de ocho opciones de respuesta, que va de “nunca” hasta llegar a “diariamente”. Evalúa las dimensiones propuestas por Myers y Rosen, las cuales son: comentarios de los niños, suposiciones negativas, barreras físicas, ser mirado fijamente, comentarios de los médicos, comentarios de la familia, comentarios de los demás, evitado, excluido o ignorado, los seres queridos avergonzados por tu tamaño, y la discriminación en el trabajo. En donde el total del puntaje se obtiene sumando los diez reactivos y a mayor puntaje será mayor las situaciones estigmatizantes a las que la persona se haya enfrentado en el último año.

III. Resultados

La muestra poblacional que participó en la investigación se obtuvo mediante muestreo no probabilístico, la aplicación de los instrumentos fue llevada a cabo de manera virtual, se obtuvieron un total de 350 participantes, de las cuales 38.6% menciona que han sido diagnosticadas con algún TCA, ansiedad o depresión y el 12 % con alguna enfermedad crónica; por lo que fueron excluidas al no cumplir con los criterios de inclusión, contando finalmente con 189 respuestas válidas.

Las mujeres de la muestra son de nacionalidad mexicana y van de los 20 a los 56 años de edad, siendo la media 34,62 años. Con un Índice de Masa Corporal medio (IMC = kg/ m²) de 28,32. La prevalencia de ‘sobrepeso’ fue del 41.8%, el

19,6 % obesidad I, mientras que solo el 25.9% tiene un peso 'normal'; por otro lado, también hubo 2 participantes que tienen bajo peso (ver Tabla 2).

El 65% declaró tener hijos; 37% son solteras, seguido del 36% que dijo estar casada, el 17% se encuentra en unión libre y el 5% divorciada. En cuanto al nivel de estudios, en su mayoría cuenta con estudios de licenciatura con un 65%, preparatoria un 18%, un 16% obtuvo un posgrado y únicamente una participante cuenta con estudios equivalentes a la secundaria.

El 46% se encuentra laborando, el 27% es ama de casa, 16% es estudiante, el 9% tienen un negocio propio y el 1.6% está desempleada o jubilada. El 49% vive con su familia (constituida por pareja e hijos), el 30% con sus padres (familia de origen, padre o madre presentes), el 9.5% vive solo con sus hijos, el 6.9% con su pareja y finalmente el 3.7% sola.

Tabla 2
Índice de Masa Corporal

Diagnóstico Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Peso	2	1.1
Peso Normal	49	25.9
Sobrepeso	79	41.8
Obesidad I	37	19.6
Obesidad II	15	7.9
Obesidad III	7	3.7

Para obtener la frecuencia de las CAR se aplicó el Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), el cual utiliza dos puntos de corte: el primero es riesgo moderado, con puntuación entre 7 y 10 y el riesgo alto con

una puntuación mayor a 10. Los valores que se encuentren menores a 7 caen en riesgo bajo.

Los resultados arrojaron que el 43.4% del total, presentan riesgo alto en CAR, lo que puede ser un predictor de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria, 23.3% riesgo moderado, y 33.3% riesgo bajo (ver Tabla 3).

Tabla 3
Riesgo CAR

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo Bajo	63	33.3
Riesgo Moderado	44	23.3
Riesgo Alto	82	43.4

Con fines estadísticos se dividió el total de la muestra en grupos de acuerdo con la edad, grupos de 5 en 5 años, en donde se observa que las mujeres de entre 36 a 40 años son las que presentan mayor porcentaje de participantes con riesgo alto, seguida por el grupo de 26 a 30 años. El riesgo moderado se encuentra mayormente presentado en los grupos de 26 a 30 y de 36 a 40 años, de manera casi uniforme que en el riesgo alto. Por último, también en el grupo de 26 a 30 años es el grupo con mayor número de mujeres que presentan riesgo bajo, seguido por el grupo de mujeres de 31 a 35 años (ver Tabla 4).

Tabla 4
Riesgo de CAR según edad

Rango de edad	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
20 a 25	11%	18%	18%
26 a 30	24%	20%	20%
31 a 35	22%	18%	18%
36 a 40	13%	20%	23%
41 a 45	11%	18%	14%

46 a 50	15%	2%	5%
51 a 56	3%	2%	2%

Con relación al nivel de estudios las participantes que tienen un licenciatura y posgrado presentan riesgo alto de CAR con 33% y 32% respectivamente, en comparación con quienes cuentan solo con la preparatoria que reportan el 18% y el 71% de riesgo bajo, por lo que con base en los datos recogidos en este estudio se puede sostener que a mayor grado académico mayor la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo.

Un dato sociodemográfico más recogido fue su estado civil en donde el porcentaje más alto de riesgo bajo se encuentra en las participantes solteras con un 51%, seguidas por las que se están casadas con un 47% y en el grupo que se encuentra el porcentaje más elevado del riesgo alto es en el correspondiente al estado civil casada, con 31%. En esta variable se puede observar un comportamiento más uniforme entre los tres tipos de riesgos que se presentan. Sin embargo, existe una gran diferencia de los porcentajes anteriores con respecto a la pregunta ¿con quién viven?, que pueden ir muy ligados. Como se ve en la Tabla 5, las mujeres que viven con sus padres en mayor porcentaje presentan riesgo alto y quienes tienen el mayor porcentaje en riesgo bajo son aquellas que viven solo con su pareja.

Tabla 5*Relación entre CAR y con quien viven*

¿Con quién vives?	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
Familia (esposo e hijos)	49%	22%	29%
Padres	42%	19%	39%
Solo con hijos	56%	33%	11%
Pareja	62%	15%	23%
Sola	14%	57%	29%

Como se puede observar también más de la mitad de las que mencionan que viven con sus hijos tiene un riesgo bajo y comparando los resultados de las participantes que tienen hijos el 48% presenta riesgo bajo y solo el 28% riesgo alto; mientras que las participantes que no tienen hijos el 46% presenta riesgo bajo y el 33% riesgo alto.

Respecto al factor 1 atracción y purga, el 61.4% eligió la respuesta 'a veces', en el factor 2 medidas compensatorias la respuesta con más frecuencia fue 'nunca o casi nunca' con 59.3% y por el último el factor 3 restricción se encuentra que el 46% eligió 'con frecuencia (2 veces por semana)' y no existió alguna respuesta 'en nunca o casi nunca'. El riesgo alto no fue exclusivo de algún diagnóstico nutricional, de hecho, una participante que presenta bajo peso recae en el riesgo alto empero, del total de las mujeres que presentaron este riesgo, la mayor prevalencia se encontró en las participantes con sobrepeso con el 41%. Con base en la correlación de Pearson, se detectó que existe una baja y positiva correlación del IMC con los tres factores evaluados por este instrumento, la

correlación más fuerte se observa en el factor 2 tal como se observa en la Tabla 6.

Tabla 6
Correlación de CAR con IMC

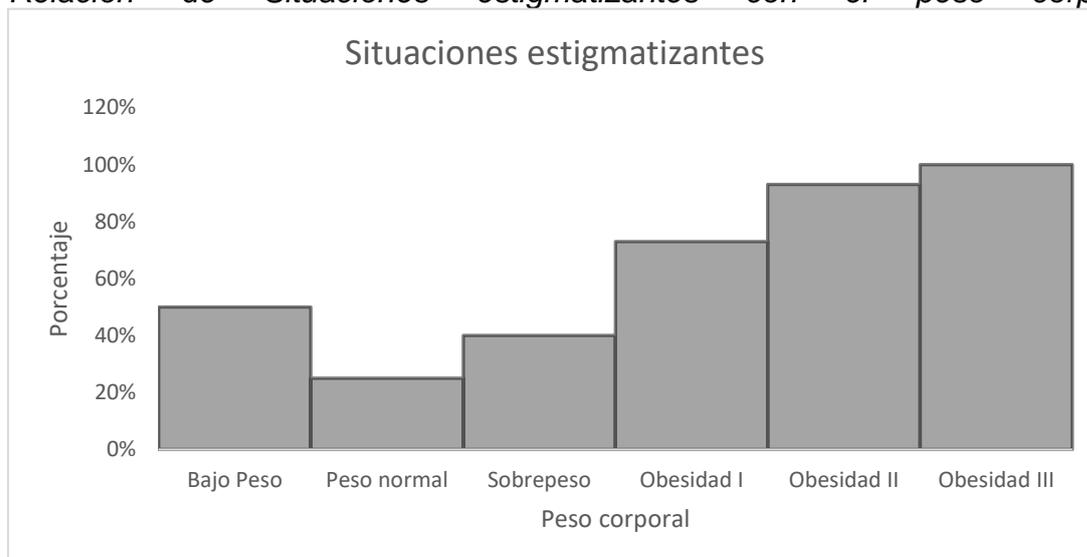
	Correlación con IMC
Factor 1 Atracón y purga	$r=.222$
Factor 2 Medidas compensatorias	$r=.303$
Factor 3 Restricción	$r=.186$

En el factor medidas compensatorias, se pregunta cuáles han sido las pastillas que toman para bajar de peso, en caso de que las hayan tomado en los últimos tres meses. La respuesta con mayor frecuencia fue Redotex, Acxión y Demogross. En cuanto a diuréticos o laxantes, en su mayoría mencionó opciones naturales como agua de Jamaica, té, ciruelas; sin embargo, también mencionan marcas de productos que se ofertan con la finalidad explícita de reducir el peso corporal y que se pueden adquirir sin receta médica.

Respecto a las respuestas obtenidas en el Inventario de Situaciones Estigmatizantes, versión breve. Se obtiene que el 51.3% vivió pocas situaciones estigmatizantes o ninguna, durante último año. Desglosado por grupos de acuerdo al peso corporal, se puede observar que el grupo de 'bajo peso' se encuentra 50-50, pero sin olvidar que solo se cuentan con 2 participantes de este grupo, el grupo que el 100% del total tienen un alto nivel de situaciones estigmatizantes fue el de 'obesidad III', seguido por el grupo de 'obesidad II', con el 73%; quienes reportaron menor nivel en este inventario fueron aquellas que presentan 'peso normal' con solo el 24.5% (ver Figura 1).

Figura 1

Relación de Situaciones estigmatizantes con el peso corporal



Se realizó una correlación entre los resultados del CBCAR y el ISE con base en el Índice de Masa Corporal, lo que se obtuvo en cada categoría fue variante, pero se puede decir que la constante en todas es que a medida que las situaciones estigmatizantes son más, el riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo aumenta, existiendo una correlación directa en todos los casos. Para la categoría de 'bajo peso', teniendo una muestra tan pequeña, se obtuvo una correlación positiva perfecta ($r=1$); para 'peso normal' existe una correlación moderada fuerte ($r=.569$); para los grupos de 'sobrepeso' y 'obesidad I' se obtuvo una correlación moderada débil ($r=.420$ y $r=.424$); para la categoría de 'Obesidad II' existe una correlación alta ($r=.695$) y por último para 'obesidad III' la correlación fue muy baja ($r=.137$) (ver Tabla 7).

Tabla 7*Correlación entre CAR e ISE de acuerdo con el IMC*

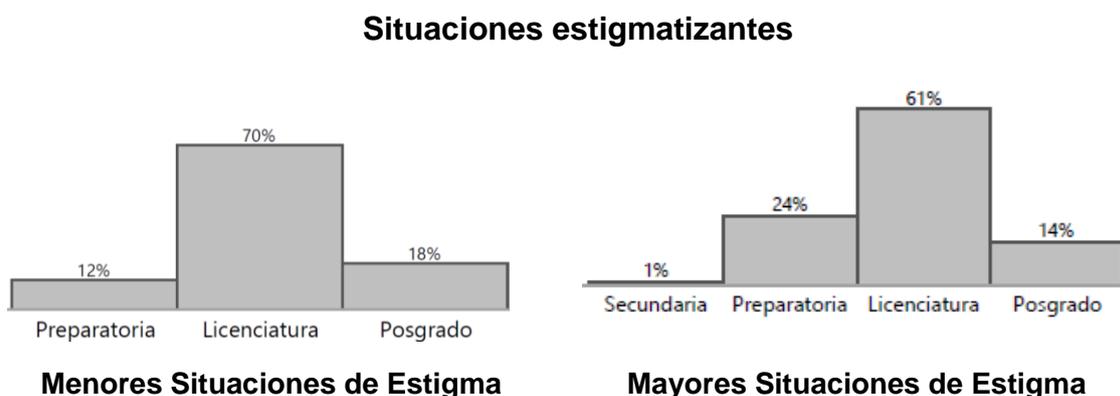
IMC	N	Resultados CAR		Resultados ISE		Correlación de Pearson (r)
Peso Bajo	2	Riesgo Bajo	50	Menores Situaciones de Estigma	50	<i>r</i> =1.000
		Riesgo Moderado	0	Mayores Situaciones de Estigma	50	
		Riesgo Alto	50			
Peso Normal	49	Riesgo Bajo	53.1	Menores Situaciones de Estigma	75.5	<i>r</i> =.569
		Riesgo Moderado	22.4	Mayores Situaciones de Estigma	24.5	
		Riesgo Alto	24.5			
Sobre Peso	79	Riesgo Bajo	27.8	Menores Situaciones de Estigma	60.8	<i>r</i> =.420
		Riesgo Moderado	27.8	Mayores Situaciones de Estigma	39.2	
		Riesgo Alto	44.3			
Obesidad I	37	Riesgo Bajo	29.7	Menores Situaciones de Estigma	27.0	<i>r</i> =.424
		Riesgo Moderado	18.9	Mayores Situaciones de Estigma	73.0	
		Riesgo Alto	51.4			
Obesidad II	15	Riesgo Bajo	6.7	Menores Situaciones de Estigma	6.7	<i>r</i> =.695
		Riesgo Moderado	20.0	Mayores Situaciones de Estigma	93.3	
		Riesgo Alto	73.3			
Obesidad III	7	Riesgo Bajo	28.6	Menores Situaciones de Estigma	0	<i>r</i> =.137
		Riesgo Moderado	14.3	Mayores Situaciones de Estigma	100	
		Riesgo Alto	57.1			
Total	189					

Al relacionar la edad con las situaciones estigmatizantes nos encontramos que el grupo de mujeres entre los 20 y 25 años presenta el mayor porcentaje de una alta presencia de situaciones estigmatizantes con un 57%, seguidas por las que tienen entre 31y 35 años con 55%; por otro lado, quienes presentaron menor grado fueron las que se encuentran en el rango de 50 a 56 con el 80% y enseguida por las participantes que están entre los 26 y 30 años de edad con el 61%.

De acuerdo con el nivel de estudios, se puede ver un comportamiento similar con la variable CAR en el nivel de licenciatura que es en donde se encuentra el mayor porcentaje de un alto nivel de situaciones estigmatizantes con el 70%, pero también el porcentaje más alto en el nivel bajo, seguido del grupo que solo cuenta con estudios de licenciatura (ver Figura 2).

Figura 2

Niveles de situaciones estigmatizantes según el nivel de estudios



Un 48% de las mujeres que tienen hijos presentaron un alto nivel de situaciones estigmatizantes, porcentaje casi igual a las que no tienen hijos con el 49%. Prevalencia prácticamente pareja en entre las mujeres que viven con sus hijos las cuales están 50-50, quienes viven con sus papás el 49% presento menores

situaciones estigmatizantes y quienes obtuvieron un mayor porcentaje de sobre este mismo panorama fueron las que viven solo con su pareja con el 77%. Cabe destacar, que el grupo de mujeres que viven solas el 100% reportó un alto nivel de situaciones estigmatizantes (ver Tabla 8).

Tabla 8

Niveles de situaciones estigmatizantes según con quien vive

¿Con quién vives?	Nivel Bajo	Nivel Alto
Familia (esposo e hijos)	53%	47%
Padres	49%	51%
Solo con hijos	50%	50%
Pareja	77%	23%
Sola	-	100%

Además de los dos cuestionarios previamente mencionados, se realizaron algunas preguntas abiertas con la finalidad de obtener información cualitativa sobre las dos variables estudiadas en esta investigación. Una de las preguntas sobre las conductas alimentarias fue, ¿Qué características debe tener un alimento para que lo consideres saludable? existieron diversas respuestas, pero en su mayoría mencionaron que un alimento es saludable mientras sea natural, bajo en calorías y bajo en grasas; existieron respuestas en donde mencionan que para ser saludable no debe de engordar, como ejemplo la siguiente respuesta: “Que no tenga grasa, no esté frito, no engorde, sin harinas o azúcares”. Como minoría hubo respuestas que lo condicionaban al aporte nutricional que tenga el alimento.

En las respuestas ante la pregunta, ¿Cuáles son los alimentos que más consumes entre comidas? se encuentra una diversidad interesante que incluye yogurt, semillas, tacos, comida rápida, arroz, verduras, pero las más repetitivas fueron fruta, galletas, frituras o botanas, chocolate y dulces.

Con relación a la variable de estigmatización se realizaron tres preguntas adicionales al instrumento aplicado, las primeras dos fueron ¿Has sufrido discriminación o maltrato por tu peso corporal? ¿Has discriminado o realizado comentarios ofensivos por el peso corporal de las personas? Mismas que tenían tres opciones de respuesta: sí, no y tal vez; se compararon con el resultado del ISE, encontrando que el 55%, que corresponde a 104 participantes, declararon que no han sufrido discriminación aunque 30 de ellas tiene un puntaje alto en ISE, por lo que se puede entender que dichas situaciones se encuentran normalizadas y no se miran como discriminatorias; 26.5% dijo que tal vez y el 18.5% dijo que sí. (ver Tabla 9). En cuanto a la segunda pregunta es muy parecido el resultado a la anterior con el 45.5% que dijo que no, el 29.1% tal vez y el 25.4% mencionó que si ha discriminado alguna vez.

Tabla 9

¿Has sido discriminado por tu peso corporal?

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	48	25.4
No	86	45.5
Tal vez	55	29.1

Asimismo, en la última pregunta ¿Crees que existe algún contexto en el que consideres que es válido criticar o rechazar a la gente con sobrepeso u

obesidad? ¿Por qué?, existen respuestas que coinciden en que no es válido criticar o rechazar, pero si opinar sobre el cuerpo de la otra persona o realizar sugerencias de visitar a un médico o psicólogo sin que se haya solicitado dicha recomendación; al igual hay respuestas que comentan que no, debido a que no conocen la historia de cada persona y los motivos de su peso corporal. Debajo se encuentran citadas textualmente algunas de las respuestas.

“Sí, cuando voy en el transporte público y al sentarse junto a mí me aplastan”

“A veces soy cruel por no saber cómo decirles que se ven mal por su peso. No me gusta ver a la gente que esta pasada de peso.”

“No se debe criticar ni rechazar, todos tenemos derecho al respeto independientemente de tu estado corporal, género o tendencias, no debe existir motivos para criticar o rechazar”

“No, soy una persona con sobrepeso y a pesar de ser una excelente trabajadora y esposa siento que no soy reconocida como debería ser por mi peso, por lo cual no creo que sea válido hacer algún comentario si no te lo han pedido y si no sabes la historia de cada quién”

“Ninguno, nadie debería criticar a nadie por su peso, tono de piel, estatura, etc.”

“No, ahora sé que no. Pero el estigma donde creemos que una persona gorda es insalubre es demasiado fuerte.”

“No. Una cosa es decirle a alguien cercano que cuide su peso, y otra muy diferente criticarlo o rechazarlo”

“No; considero que somos iguales no importa el peso o talla; sin embargo, es importante para la salud un peso adecuado”

“Sí. Generalmente hay rechazo en la búsqueda de empleos”

Utilizando la correlación de Pearson, respondiendo al objetivo de esta investigación, que fue conocer la relación entre la estigmatización de la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres mexicanas de entre 20 y 56 años; se encontró que, si existe una correlación directa y moderada entre ambas variables, con un valor de 0.498; aceptando la hipótesis alternativa: existe relación entre la estigmatización de la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres mexicanas de entre 20 y 56 años.

IV. Discusión

Los resultados muestran que existe una correlación directa pero débil entre el IMC y las conductas alimentarias de riesgo, teniendo en cuenta que el porcentaje de riesgo alto fue 43.4%, nos lleva a reflexionar que independientemente del peso corporal, una mujer en etapa adulta puede desarrollar CAR por la presión social existente a encajar en un modelo hegemónico y también por las campañas lanzadas por los organismos de salud pública, y que no se trata de un problema exclusivo de la adolescencia. A nivel nacional la ENSANUT solo encuesta a adolescentes sobre este problema de salud y existen pocos estudios en la población de mujeres adultas y prácticamente nulo en hombres adultos.

Tomando en cuenta que el objetivo del presente estudio fue conocer la relación entre la estigmatización de la obesidad y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres mexicanas de entre 20 y 56 años; los resultados muestran que existe una relación directa moderada entre la estigmatización y las CAR; se confirma que tal como lo menciona Jáuregui, Rivas, Montaña y Morales (2008) la presencia de actitudes negativas hacia la obesidad se encuentra en todas las

edades y niveles educativos, y que se asume que el peso corporal se puede controlar asumiendo que todo está en comer menos y moverse más, estas dos últimas conductas son consideradas y evaluadas por el CBCAR (León, Jiménez, López y Barrera, 2013).

Una de las conductas alimentarias de riesgo es el tomar productos que sirvan para reducir tallas o peso corporal, dos de las marcas que más declaran haber utilizado en los últimos tres meses son fórmulas que tienen un efecto directo en Sistema Nervioso Central y sus efectos secundarios pueden llegar a ser severos y de una marca en específico existe una alerta sanitaria emitida por la COFEPRIS en el año 2017 por los efectos nocivos hacia la salud que pueden tener como consecuencia por su consumo. Lo anterior, permite reflexionar que a pesar de que cree que bajando se gana salud o bien que la estigmatización se pueda esconder bajo la bandera de la salud; es esta misma la que se encuentra en riesgo en el proceso de alcanzar el “peso ideal”.

Por otro lado al igual que diversos autores como Puhl, Moss-Racusin, Schwartz y Brownell (como se citó en Jiménez, 2014) y Bermúdez y Hernández (2012) quienes han estudiado sobre estigmatización hacia las personas gordas encontrando que una de las principales fuentes de estas situaciones es la familia, en especial la madre que ocupa el primer lugar en ejercer una presión sobre las mujeres por bajar de peso; en esta investigación también se detectó que el grupo de quienes viven con sus padres son las que reportaron mayor riesgo alto de CAR y las que han vivido más situaciones estigmatizantes en el último año. De igual manera se encontró que a mayor peso corporal mayor exposición a situaciones estigmatizantes.

En cuanto la prevalencia de sobrepeso y obesidad, en comparación con los resultados de la ENSANUT 2018, si existen diferencias aunque se encuentran en el mismo rango; mientras que la prevalencia de sobrepeso reportada por la encuesta fue de 36.6% , en este estudio se tuvo un 41% y en caso de la obesidad la encuesta declaró el 40.2% y aquí se encontró un 31%; por lo que no existe un cambio significativo en los últimos dos años, invitando a reflexionar y cuestionar si las campañas de salud pública en donde se exhorta a reducir la ingesta calórica y a una mayor actividad física, tienen el impacto deseado, la población no internaliza el mensaje o bien, es que la alimentación y el ejercicio no son los únicos factores que determinan el peso corporal.

También se puede observar que existen casos en los que las participantes no identifican que han vivido situaciones discriminantes por su corporalidad, lo anterior toda vez que declaran no haber vivido discriminación o haber sido rechazadas por su peso corporal, pero en los resultados del ISE se visualiza que han vivido un alto nivel de situaciones estigmatizantes, lo que lleva a analizar si esta diferencia tan notoria entre ambas preguntas se deba a la normalización de la discriminación hacia las personas de cuerpo grande.

Es importante dar mención al número de participantes que fueron excluidas de la investigación (38.6%) debido a que ya han sido diagnosticadas con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria, ansiedad o depresión, la media de edad de este grupo fue de 32 años, donde en mayor parte cuentan con licenciatura. Se trata de un porcentaje considerable y que, al interesarse por el tema de la investigación, nos hace plantearnos la interrogante de, ¿si hace falta mayor investigación, prevención y atención por parte de las instituciones públicas en

este tema, directamente a la población femenina adulta y no exclusivamente en adolescentes como hasta hoy se ha hecho?

VI. Conclusiones

Con base en los resultados, se puede mencionar que existe la necesidad de generar mayor visibilidad a las conductas alimentarias de riesgo y a las situaciones estigmatizantes que en ocasiones se viven de manera ya normalizada, mediante psicoeducación que tenga por objetivo la disminución de la estigmatización debido a que las consecuencias de esta, impacta directamente en la salud de las personas; así como también, promover la inclusión corporal y los hábitos saludables desde un enfoque no peso-centrista. La detección temprana del riesgo de las CAR puede marcar la diferencia en el desarrollo o no de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, diagnóstico que requiere una intervención multidisciplinaria y que al igual que cualquier enfermedad crónico-degenerativa pone en riesgo la vida del individuo; por lo que informar sin estigma, ni violencia es una tarea de los profesionales de la salud.

Dentro de las limitaciones de este estudio encontramos que la muestra válida se redujo con los criterios de exclusión por lo que la correlación de las variables estudiadas puede volverse a plantear con una muestra más amplia para contrastar los resultados, asimismo al tratarse de un tema de salud pública, es recomendable replicar en hombres adultos, para poder visualizar la prevalencia de cada una de ellas en esta población.

Para futuros estudios se recomienda indagar cualitativamente en cuáles son las causas que motivan a las mujeres a desarrollar CAR, así como las implicaciones emocionales de las mismas. Es sugerente estudiar lo anterior con un grupo

control, en el cual se realice una intervención bajo el enfoque de Salud en Todas la Tallas (HAES) y poder comprobar si en población mexicana se obtienen resultados similares a los obtenidos en otras naciones donde ya se ha aplicado este enfoque, e identificar si el riesgo en CAR disminuye y la manera de observar y vivir la estigmatización hacia la obesidad.

Finalmente, con base en los resultados del Cuestionario Breve Conductas Alimentarias de Riesgo y el Inventario de Situaciones Estigmatizantes, se concluye que ambas variables son una constante en la vida de las mujeres mexicanas en la etapa de la adultez; lo anterior sin importar el IMC, edad, nivel de estudios, si tienen hijos o con quién viven.

VII. Referencias

- Bacon, L., Stern, J., Van Loan, M. & Kem, N. (2005) Size Acceptance and Intuitive Eating Improve Health for Obese, Female Chronic Dieters. *American Dietetic Association*. 105(6) 929-937. Doi: 10.1016/j.jada.2005.03.011
- Bastián, O. (2017) La estigmatización de la gordura femenina, Reproducción simbólico-cultural del estatus social de la delgadez. J. Pavez *Desorden de género. Políticas y mercados del cuerpo en Chile*. CRANN Editores. 299-329
- Bermúdez, B. y Hernández, F. (2012) La estigmatización del cuerpo obeso: percepción en un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 14(1) 21-27.
- Carbonneau ,E., Bégin,C., Lemieux,S., Mongeau,L., Paquette,M., Turcotte, M., Labonté, M. & Provencher, V. (2016) A Health at Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clinical Nutrition*. 30. 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.008>
- Christiansen, M. (2018) “*Homo Caloricus*”: La construcción epistemológica del estigma lipofóbico en los discursos mediáticos de salud pública. *Salud Colectiva*. 14(3). 623-637.
- Díaz, M., Bilbao, G., Unikel, C., Muñoz, A., Escalante, E. y Parra, A. (2019) Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de*

Trastornos Alimentarios. 10 (1) 53-65. DOI:
<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.490>

Díaz de León, C. y Unikel, C. (2019) Comentarios negativos paternos acerca de peso/forma corporal y su asociación con las conductas alimentarias de riesgo: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 10(1) 134-147. DOI:
<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.572>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT (2012) Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: www.insp.mx/ensanut/.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT (2018) Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: www.insp.mx/ensanut/.

Gómez, D. y Ortiz, M. (2019) Estigma de obesidad, cortisol e ingesta alimentaria: un estudio experimental con mujeres. *Revista Médica Chile.* 147. 314-321

Gracia, A. (2011) La medicalización de la obesidad. Concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con “exceso” de peso. *Zainak.* 34. 225-241.

Guerrero, S. (14 de Noviembre de 2020) Desatan campaña contra la historieta “¿Qué te estás tragando?” La Hoguera. <https://lahoguera.mx/desatan-campana-contrala-historieta-que-te-estas-tragando/>

Jáuregui, L., Rivas F., Montaña G. y Morales M. (2008) Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria.* 23 (4) 319-325

- Jiménez, B. (2014) *Obesidad: Estigmatización y preocupación por la apariencia física* (Tesis doctoral) UNAM
- León, R., Jiménez, B., López, A. y Barrera, K. (2013) IDEAS SOBRE LAS CAUSAS DE LA OBESIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS MEXICANOS Y ESPAÑOLES. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 18(1) 95-110.
- Lora, C. y Saucedo, J. (2006) Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*. 29(3) 60-67.
- Morandé, L., Graell, B. y Blanco F. (2014) Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral. Editorial Médica Panamericana.
- Moreno, M. (2015) Una historia de gordxs Breve análisis sobre los dispositivos de normalización de los cuerpxs. *Jornadas "Discurso y poder: Foucault, las ciencias sociales y lo jurídico"*. Universidad de Lanús, Buenos Aires.
- Navajas, N. (2017) La gordofobia es un problema del trabajo social. *Institut Universitari d'Estudis de la Dona*. 6. 37-46.
- Navajas, N. (2017) El peso de la gordofobia: un análisis crítico del discurso en torno a la violencia simbólica producida por la 'gramática de lo saludable'. *Institut Universitari d'Estudis de la Dona*. Simposi Internacional EDiSo, Desigualtats i nous discursos socials.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Obesidad y Sobrepeso. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2017). 10 datos sobre la obesidad. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>

- Ortega, M., Álvarez, G., Garner, D., Amaya, A. Bautista & M. Mancilla, J. (2015) Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 6. 51-63
- Penney, T. & Kirk, S. (2015) The Health at Every Size Paradigm and Obesity: Missing Empirical Evidence May Help Push the Reframing Obesity Debate Forward. *American Public Health Association*. 105. 38-42. DOI:10.2105/AJPH.2015.302552)
- Piñeyro, M. (2016). Stop gordofobia y las panzas subversas. Zambra-Baladre.
- Puche, R. (2005) EL INDICE DE MASA CORPORAL Y LOS RAZONAMIENTOS DE UN ASTRÓNOMO. *Medicina (Buenos Aires)*. 65. 361-365.
- Reynoso, L. y Becerra, A. (2014) MEDICINA CONDUCTUAL: TEORÍA Y PRÁCTICA. Qartuppi.
- Salinas, R., Fermín, G., Espinosa, S. y González, D. (2018) Diferencias en comportamientos de riesgo y problemas en personas con sobrepeso y obesos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21(1) 1-20.
- Soto, L., Armendariz-Anguiano, A., Bacardí-Gascón M. y Jiménez, A. (2014) Creencias, actitudes y fobias hacia la obesidad entre estudiantes mexicanos de las carreras de medicina y psicología. *Nutrición Hospitalaria*. 30 (1). 37-41. DOI:10.3305/nh.2014.30.1.7512
- Suárez, C. (2017) Gordofobia: Un tránsito entre la enfermedad y la cosificación del cuerpo femenino. Universidad de la Laguna. España.
- Unikel, C. Bójorquez, I. y Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública México*. 46. 509-515.

Unikel, C., Díaz de León, C. y Rivera, M. (2016) Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*. 39(3). 141-148.

VIII. Anexos

Anexo 1

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Las siguientes preguntas están dirigidas a explorar tu conducta alimentaria de los últimos 3 meses. Lee cada pregunta y elige el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada, donde:

- | | | | |
|-----------------------|----------|--|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Nunca o
Casi Nunca | A Veces | Con frecuencia
(2 veces en una
semana) | Con mucha
frecuencia
(más de 2 veces en
una semana) |

	0	1	2	3
Me ha preocupado engordar.				
En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso.				
He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más).				
He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuales:_____				
He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales:_____				
He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales:_____				

Anexo 2

Inventario de Situaciones Estigmatizantes, versión breve en español.

Responde las siguientes preguntas con base a tu experiencia en el último año, donde:

0 = nunca

1 = aproximadamente una vez al año

2 = varias veces al año

3 = aproximadamente una vez al mes

4 = varias veces al mes

5 = aproximadamente una vez a la semana

6 = varias veces por semana

7 = diariamente

	0	1	2	3	4	5	6	7
Los niños se burlan de mi por mi peso.								
Las personas tienen bajas expectativas (esperan poco) de mi por mi peso.								
Porque mi peso, la gente piensa que tengo problemas emocionales.								
Por mi peso, la gente piensa que como en exceso o como grandes cantidades de comida.								
No encuentro ropa de la talla que necesito.								
Siento que la gente me mira por mi peso								
El médico me ha recomendado una dieta, pese a que lo he visitado por un problema de salud que no se relaciona con mi peso.								
He tenido un médico que relaciona cualquiera de mis problemas de salud con mi peso.								
Me he molestado porque un familiar cercano insistentemente me ha dicho que baje de peso.								
Una persona desconocida me ha sugerido que baje de peso.								