



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Estilos de afrontamiento en jóvenes mexicanos con  
autoestigmatización por el exceso de peso

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

**Ana Patricia Martínez Rodríguez**

Directora:

Dra.

**Norma Yolanda Rodríguez Soriano**

Dictaminadores:

Dra.

**María de Lourdes Rodríguez Campuzano**

Mtro.

**Antonio Rosales Arellano**



Facultad de Estudios Superiores  
**IZTACALA**

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 31/08/22



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.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	2
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
1.LA OBESIDAD Y SUS IMPLICACIONES, UN ESTUDIO DESDE LA PSICOLOGÍA .....	5
1.1 ¿Qué es la obesidad? .....	5
1.2 Etiología de la obesidad.....	6
1.2.1 Factores biológicos	
1.2.2 Factores sociales	
1.2.3 Adquisición de hábitos alimenticios en relación con la obesidad.	
1.2.4 Desajuste psicológico y su relación con la obesidad.	
1.2.5 Origen multifactorial de la obesidad	
1.3 Clasificación de acuerdo con el IMC .....	12
1.4 Estadísticas de la obesidad.....	13
1.5 Consecuencias y riesgos de la obesidad .....	15
2. ESTIGMATIZACIÓN POR EL EXCESO DE PESO .....	19
2.1 Orígenes del concepto “estigmatización” .....	19
2.2 Definición del término estigma .....	20
2.3 Tipos de estigmatización .....	22
2.4 ¿En qué consiste la estigmatización por el exceso de peso? .....	24
2.4.1 Fuentes interpersonales de estigmatización	
2.4.2 Prevalencia de estigmatización por exceso de peso	
2.4.3 Consecuencias de la estigmatización	
2.5 ¿Qué es la autoestigmatización? .....	34
2.5.1 Efectos de la autoestigmatización en el autoconcepto	
2.5.2 Evaluación de la autoestigmatización por el exceso de peso	
3. AFRONTAMIENTO DE LA ESTIGMATIZACIÓN POR EL PESO .....	39
3.1 Antecedentes del constructo afrontamiento .....	39
3.2 Definición del concepto afrontamiento.....	41
3.3 Importancia del desarrollo de estrategias de afrontamiento .....	43
3.4 Tipos de estrategias de afrontamiento .....	45
3.5 Afrontamiento de la estigmatización por el exceso de peso.....	48
3.6 Evaluación de las estrategias de afrontamiento en relación con el exceso de peso .....	50
4. MÉTODO .....	54
4.1 Objetivo de la investigación .....	54
4.2 Características de la muestra.....	54
4.3 Instrumentos de evaluación.....	55
4.3.1 Escala de Autoestigmatización por Exceso de Peso (EAEP)	
4.3.2 Escala de Respuestas de Afrontamiento al Sobrepeso (ERAS)	
4.4 Procedimiento .....	56

5. RESULTADOS .....	58
5.1 Descripción de la muestra .....	58
5.2 Confiabilidad y validez de los instrumentos .....	59
5.2.1 Escala de Internalización del Estigma de Peso (EIEP)	
5.2.2 Escala de Respuestas de Afrontamiento al Sobrepeso (ERAS)	
5.3 Estadística descriptiva e inferencial de la EIEP y ERAS .....	63
DISCUSIÓN .....	69
REFERENCIAS .....	72
ANEXOS	



## **Dedicatoria**

Dedico y agradezco infinitamente este manuscrito de titulación a:

La mujer más importante de mi vida, mi madre Alicia Rodríguez. Gracias por todo el amor y apoyo incondicional que me has brindado a lo largo de estos años, por alegrarte de mis triunfos y estar presente en mis fracasos, gracias por las noches en vela que pasaste junto a mí. Sin duda, eres pieza fundamental en este primer fruto de mi carrera profesional. Gracias a ti me he convertido en la mujer que soy. Te amo.

A mi padre, Antolín Martínez, el hombre que me brindó la confianza, el carácter y la seguridad. Gracias por tu apoyo, por creer en mí, pero sobre todo agradezco el hacer de mí una mujer independiente que siempre buscará luchar por cumplir sus sueños. Este logro es también el fruto de todo el trabajo que has hecho como el buen padre que eres.

A mi hermana, Sandra Martínez, por estar presente en los mejores y peores momentos. Por el apoyo y compañía en aquellas noches de desvelo. Gracias por la confianza que tienes en mí para esclarecer tus dudas personales y profesionales. Como tu hermana mayor he aprendido tanto de ti, gracias por permitirme ser un ejemplo. Estoy orgullosa de ti, sé que lograrás cumplir cada una de tus metas.

A mis grandes amigos, compañeros de experiencias y soportes emocionales en esta trayectoria como estudiantes universitarios:

Lesly Contreras, estoy infinitamente agradecida por el apoyo moral que representaste a lo largo de estos cuatro años, mi compañera de risas y llanto, juntas crecimos y aprendimos en esta etapa. Que este sea el comienzo de una duradera amistad.

Roberto Arreguin, amigo, gracias por las palabras de aliento en los días complicados, por las risas que amenizaron los días de estrés. Amigo, fuiste tú quien me ayudó a confiar en mí, en mi potencial como psicóloga y persona. Espero podamos seguir compartiendo nuestra hermosa amistad.

Ismael Barberena, quien estuvo a mi lado en práctica que marcó el rumbo de mi vida profesional, estoy agradecida por la paciencia, los conocimientos compartidos y el cariño que me brindaste. Juntos vencimos miedos y aprendimos dentro y fuera de las aulas.

Tienes en mí una amiga en quien puedes apoyarte.

A mis profesores, llevo en el corazón cada aprendizaje y lección. Agradezco a quienes compartieron una pequeña parte de su experiencia.

A la Dra. Norma Yolanda, agradezco que me diera la oportunidad de dirigir el presente proyecto de titulación, gracias por compartir su experiencia, conocimientos y amor a su profesión conmigo.

Agradezco también por su tiempo y dedicación a la Dra. María de Lourdes Campuzano, Dra. Juana Olvera y el Mtro. Antonio Rosales.

## Resumen

En la actualidad, la sociedad ha impuesto una serie de estereotipos negativos sobre las personas con exceso de peso y obesidad, de tal modo que dicho aspecto no sólo afecta a nivel biológico, sino que también deteriora la calidad de vida, desencadena angustia psicológica y requiere esfuerzos sustanciales para afrontar efectivamente el estigma. De ahí el interés por identificar las respuestas de afrontamiento que utilizan jóvenes mexicanos con autoestigmatización por el exceso de peso. Participaron en total 331 jóvenes, 214 mujeres (65%) y 117 hombres (35%), estudiantes de instituciones de educación superior de la Ciudad de México y área Metropolitana; quienes se ubicaron en un rango de edad 15-35 años (M= 21 años). Una vez que firmaron consentimiento informado se les tomaron medidas antropométricas de estatura y peso, posteriormente se aplicó la Escala de Internalización del Estigma de Peso (EIEP) y la Escala de Respuestas de Afrontamiento al Sobrepeso (ERAS). De acuerdo con las mediciones, los participantes fueron clasificados a partir de su Índice de Masa Corporal en dos categorías: sobrepeso (67%) y obesidad (33%); las respuestas de los participantes a la EIEP dieron a conocer que el 33% de participantes se ubicó en un nivel bajo, seguido del 44% de participantes que obtuvo un nivel medio de autoestigmatización; mientras que el resto de los estudiantes obtuvo niveles altos de autoestigmatización (alto: 16% y muy alto: 7%); en relación con las estrategias de afrontamiento, los puntajes obtenidos por los participantes para la ERAS, dejaron saber que se utilizan en mayor medida las estrategias de autoprotección (38%) y compensación (36%) en situaciones de estigmatización por razones de peso. Por lo tanto, se concluye que el estudio de las respuestas de afrontamiento que utilizan las personas con sobrepeso para hacer frente al estigma, deja abierta una variedad de opciones de tratamiento, así como líneas de investigación para identificar puntualmente variables asociadas con la mejora de la calidad de vida de quienes sobrepasaron los estándares de normalidad del IMC.

**Palabras clave:** IMC, exceso de peso, obesidad, autoestigmatización, estrategias de afrontamiento.

La estigmatización ha estado presente desde tiempos remotos mediante la propagación de conductas que devalúan a la persona o grupo de personas que posee una condición distinta a la del promedio. En el caso de la estigmatización por exceso de peso, las personas con esta condición son víctimas de señalamientos debido a que el tamaño y el peso de su cuerpo se encuentran por encima de la norma de acuerdo con el IMC ( $>25 \text{ kg/m}^2$ ). Es bastante común que la sociedad señale a este grupo de personas porque el exceso de peso es un fenómeno difícil de ocultar a la vista de los demás. En particular se cree que las personas con obesidad o exceso de peso se encuentran con esta condición debido a que no poseen control de su alimentación y son sedentarias; sin embargo, se sabe que la obesidad es un fenómeno multicausal en el que diversos factores influyen para su desarrollo.

Dado que la estigmatización por exceso de peso es un fenómeno del que derivan un sin número de intervenciones que se han planteado como propósito disminuir o erradicar la propagación de la estigmatización sin obtener resultados significativos, se debe cambiar el rumbo de las investigaciones mediante un enfoque individual en el que se preste especial atención en el modo en el que las personas enfrentan el estigma para diseñar intervenciones que doten de habilidades para aminorar las consecuencias psicológicas que surgen como resultado del sometimiento de la sociedad por su condición. De ahí la importancia de la presente investigación, la cual está enfocada en la identificación de respuestas de afrontamiento ante la estigmatización por exceso de peso en jóvenes mexicanos.

El presente escrito se divide en cinco capítulos. Los primeros tres corresponden al desarrollo del marco teórico de la presente investigación, mientras que los capítulos cuatro y cinco contienen la metodología y los resultados. En el primer capítulo se describe el desarrollo de la obesidad e implicaciones tanto psicológicas como biológicas de quien la padece, para ello se citan diversas definiciones del fenómeno con el fin de comprender qué elementos se incluyen y/o forman parte; posteriormente se integran los distintos factores que



se consideran forman parte del desarrollo de la obesidad, dejando en evidencia que se trata de un fenómeno multifactorial en el que la interacción de todos los elementos dan como resultado el aumento de peso y grasa corporal. Tomando en cuenta lo anterior se mencionan algunas de las consecuencias de la obesidad, tanto a nivel individual como orgánico, social y psicológico.

Por su parte, en el segundo capítulo se aborda el fenómeno de la estigmatización por exceso de peso, el capítulo comienza definiendo la estigmatización y describiendo sus antecedentes; en este apartado se enlistan las distintas fuentes de propagación de este fenómeno y sus implicaciones en quienes son víctimas. Lo anterior con el fin de explicar la diferencia entre estigmatización y autoestigmatización.

Y finalmente en el tercer capítulo se integran las dos variables expuestas en capítulos anteriores: exceso de peso y estigmatización; agregando una más: afrontamiento. El capítulo comienza definiendo el afrontamiento y la importancia del desarrollo de las estrategias de afrontamiento. Para abordar este fenómeno se volvió imprescindible describir los tipos de estrategias mediante la clasificación propuesta por Skinner y Zimmer (1999). Una vez expuestos estos elementos se fusionan las variables y se expone el afrontamiento por exceso de peso como elemento central de la investigación.

Todo esto con el propósito de satisfacer el objetivo de la presente investigación el cual consiste en identificar las estrategias de afrontamiento en jóvenes mexicanos con exceso de peso.

## **1. La obesidad y sus implicaciones, un estudio desde la psicología**

A lo largo del presente capítulo se describe el panorama general del fenómeno de la obesidad, comenzando por su definición, clasificación, factores que la predisponen y sus implicaciones en los distintos elementos que conforman la vida del ser humano.

### **1.1 ¿Qué es la obesidad?**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define a la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa, que a su vez representa una condición, la cual puede ser perjudicial para la salud debido a que se asocia con deterioro en la salud física y el bienestar psicológico de quien la padece.

La obesidad es uno de los principales desafíos a los que se enfrenta la sociedad del siglo XXI, por lo que diversas organizaciones y autores han propuesto múltiples definiciones. Al respecto, Pasca y Montero (2015 citados en Suárez, et al., 2017) definen la obesidad como una enfermedad sistémica, multiorgánica y metabólica que se determina a partir de la interrelación entre el genoma y el medio ambiente. Además, describen la obesidad como una enfermedad crónica y multifactorial que surge de la alteración en la función del tejido adiposo, específicamente en la capacidad para almacenar grasa.

De forma similar, Martínez, et al. (2002) conceptualizan la obesidad como un exceso de grasa corporal que surge en consecuencia de un desbalance en la ecuación energética, el cual se presenta a partir de factores como lo son: la ingesta excesiva y el descenso en el gasto energético, e incluso un desequilibrio en ambos factores. Sin embargo, dichos autores plantean que aunado a los factores genéticos y fisiopatológicos, las influencias provenientes del entorno cultural y social pueden intervenir en el ajuste de la ecuación energética, ampliando de esta forma las variables que forman parte de la etiología de la obesidad.

Moreno (2012) menciona que la obesidad se caracteriza por un incremento en el contenido de grasa corporal, el cual de acuerdo con su magnitud y ubicación topográfica

determina riesgos en la salud que limitan las expectativas y calidad de vida de quien la padece.

En resumidas palabras la obesidad es considerada un fenómeno multifactorial por lo que diversos autores han propuesto distintas definiciones en las que incluyen diferentes elementos de acuerdo con su etiología. Por lo tanto, se considera de manera general que se trata de una alteración en el aumento de grasa corporal que se deriva de la interacción de diversos factores: biológicos, psicológicos, políticos y sociales, a partir de dicha interacción se produce una condición perjudicial para la salud, en el siguiente apartado se describe con mayor detalle la etiología de este fenómeno.

## **1.2 Etiología de la obesidad**

En lo que respecta a la etiología de la obesidad, han surgido diversas teorías en las que se proponen innumerables factores que determinan dicha enfermedad, llegando a considerarse un padecimiento multifactorial. A continuación, se describen los principales factores con los que se ha vinculado su desarrollo.

### **1.2.1 Factores biológicos**

Uno de los determinantes de la obesidad que ha tenido mayor presencia en las investigaciones es el papel de la herencia. Desde esta perspectiva se sugiere que existe una predisposición genética relacionada tanto con la ingesta como con el gasto energético. Es decir, la información genética de los individuos puede determinar mecanismos centrales implicados en la regulación del peso corporal (Martínez, et al. 2002).

Al respecto, se ha observado que tener familiares con obesidad aumenta el riesgo de desarrollar dicho padecimiento, pese a que los miembros de la familia con obesidad no habitan en un mismo hogar y, por tanto, no comparten los mismos hábitos tanto de alimentación como de activación física. Prueba de ello es el estudio realizado por Lyon y Hirshhorn (2005 citados en Quiroga, 2017) en el que se demostró heredabilidad del 50% de

obesidad entre personas que comparten información genética (familiares), es decir, los genes contribuyen en gran medida al desarrollo de la obesidad; sin embargo, también se destaca que el factor de la herencia por sí solo no desarrolla la obesidad, más bien surge a partir del resultado de la interacción de múltiples factores, tanto genéticos como ambientales.

### **1.2.2 Factores sociales**

El entorno es considerado uno de los principales factores que influyen en el modelado de conductas para el cuidado de la salud de los individuos. De tal modo que, para su estudio, el entorno se divide en niveles que van desde el primer nivel conformado por los integrantes de la familia, hasta la configuración de pueblos y naciones. En lo que respecta a la familia, se sabe que la dieta/alimentación está fuertemente condicionada por el contexto familiar, haciendo énfasis en la etapa infantil debido a que en dicha etapa se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias. De tal forma que los progenitores se convierten en figuras representativas que marcan pautas importantes sobre la prohibición o elección de los tipos de alimentos a consumir, lo que representa un factor que condiciona hasta cierto punto la conducta alimentaria y la obesidad (Rodríguez & Casas, 2018).

En un segundo nivel, los cambios sociales impactan en diversas áreas de la vida del ser humano, incluyendo la alimentación, es decir, a diferencia del primer nivel existen cambios globales que tienen un efecto de manera tanto individual como social. Al respecto, Rodríguez y Casas (2018) hacen hincapié en los efectos que ha traído consigo la globalización en la alimentación, tales como: la pérdida de regionalización e identidad de los alimentos consumidos. Dichos efectos surgen a partir de los nuevos alimentos comercializados por las grandes empresas transnacionales, mismos que se caracterizan principalmente por su “fugaz” adquisición y por considerarse “llenadores”, tal como indican los propios consumidores; sin embargo, detrás del consumo se encuentran otras variables,

como lo es el reducido tiempo que hoy en día se dedica al consumo de alimentos, consecuencia de los acelerados ritmos de vida, propios de la globalización.

Partiendo de lo anterior, se denomina transición nutricional a la actual tendencia de la población por la adopción de estilos de vida similares a los propios de países occidentales, incluida la dieta que se caracteriza por una mayor disponibilidad de alimentos a bajo costo y reducido tiempo de preparación, además de la consecuente alta cantidad de grasa, azúcar y sal.

Aunada a la transición nutricional, existe una enorme brecha que separa a la población de la adopción de hábitos de vida saludables, la brecha de la desigualdad social. La revolución industrial ha favorecido el proceso de acumulación de capital entre los dueños de los medios de producción, afectando de este modo a aquellos sectores que únicamente cuentan con la venta de su fuerza de trabajo. Al respecto, Moreno et al. (2014) señalan que la inseguridad alimentaria es principalmente un problema de acceso a una variedad de alimentos.

Específicamente en México, la transición nutricional ha sido consecuencia de cambios en el sector económico, siendo posible que tenga menor costo consumir una sopa instantánea, que un kilo de frijol. En este sentido, Rodríguez y Casas (2018) afirman que la elección de un tipo de alimentación no depende exclusivamente de la voluntad de los individuos/colectivos pues en esta decisión intervienen otros determinantes que en la mayoría de los casos son reducidos al mínimo cuando se pretende abordar un fenómeno multicausal desde una sola perspectiva, generalmente la médica. En este sentido, valdría la pena preguntarse hasta qué punto la capacidad que tiene el individuo para llevar a cabo una dieta/alimentación de calidad, puede ser influenciada por distintos determinantes contextuales que suelen representar un gran obstáculo para la puesta en práctica, como lo son: a) salarios mínimos

insuficientes, b) elevación en costos de la canasta básica, c) condiciones laborales precarias y d) deficiencias en la respuesta del sistema de salud.

Otro aspecto que se debe tener en consideración es que, como consecuencia de la llamada transición alimentaria, hoy en día existe una ausencia de regulación sanitaria del mercado alimentario, reflejado principalmente a través de los medios de comunicación, los cuales tampoco poseen control federal y generalmente carecen de ética para la publicidad y comercialización de productos. Lo anterior representa una forma de instigación de la cultura alimentaria, que puede tener repercusiones en la modificación de los patrones de alimentación; ejemplo de ello es la actual ingesta excesiva de alimentos y bebidas industrializadas con alta densidad energética (Moreno, et al., 2014).

Dentro de este marco, Rodríguez y Casas (2018) señalan la vulnerabilidad que posee la población respecto al mercado televisivo, que ha condicionado desde las prácticas de consumo hasta las relaciones sociales y culturales por medio de tácticas publicitarias que sobrepasan las regulaciones de la Ley General de Salud.

En conclusión, el proceso de modernización y reestructuración socioeconómica tiene un impacto significativo en la modificación de los modelos tanto nutricionales como de actividad física (Martínez et al., 2002).

Si bien es cierto que la adopción de hábitos saludables es el resultado de decisiones a nivel individual, el factor social, incluyendo los modelos familiares en edades tempranas en conjunto con cambios sociales que impactan en la alimentación, determinan en gran medida dichas decisiones puesto que difícilmente se modifica el ambiente. De ahí la importancia de desarrollar y potencializar habilidades a nivel individual en beneficio de la salud.

### **1.2.3 Adquisición de hábitos alimenticios en relación con la obesidad.**

En la actualidad se sabe que las crecientes tasas de obesidad están asociadas al consumo de dietas con alta densidad energética, también conocidas como dietas ricas en

grasa y al creciente sedentarismo de las sociedades. Para hacer alusión al consumo de alimentos es necesario antes definir la alimentación, misma que se concibe como “el proceso por el cual los grupos humanos obtienen las materias primas de la naturaleza para su comida y bebida”, cabe destacar que mediante este proceso se procura una dieta, entendida como “el conjunto de nutrientes que se ingieren durante el consumo habitual de alimentos (Martínez et al., 2002, p.17)”.

En lo que respecta a la dieta, es necesario subrayar que diversos autores, entre los que destacan García, et al. (2014), consideran que el consumo de una dieta no saludable es considerado el factor que enmarca estilos de vida asociados con la obesidad. Un ejemplo de hábitos inadecuados de alimentación relacionados con la obesidad es la ingesta de un desayuno deficiente, el cual tiene como consecuencia, por un lado, aumento del consumo de alimentos entre comidas y por el otro, un mayor porcentaje de aporte energético en el resto de comidas, lo que puede contribuir al aumento de peso.

En otras palabras, el comportamiento alimentario influye en gran medida sobre la alimentación del individuo y a su vez, contribuye al desarrollo de la obesidad y enfermedades cardiovasculares (Jimeno et al., 2021). Sobre esta misma línea dicho autores señalan que el acto de comer es un comportamiento aprendido que se adquiere a través de la experiencia directa en edades tempranas con modelos próximos y que más tarde desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la obesidad en la etapa adulta. Desde este punto de vista, es apropiado enfatizar la influencia que tienen los factores sociales sobre el comportamiento individual.

#### **1.2.4 Desajuste psicológico y su relación con la obesidad.**

Tomando en cuenta lo descrito anteriormente, es indudable que existe evidencia del desarrollo de la obesidad desde un punto de vista biológico; sin embargo, valdría la pena

incluir el componente que explique cuestiones comportamentales que derivan en el desarrollo de la obesidad (Tamayo & Restrepo, 2014).

Al respecto, Wadden y Stunkard (1987 citados en Vázquez & López, 2001) proponen dos mecanismos que intervienen en el abordaje de la obesidad desde el punto de vista psicológico: 1) la obesidad como un factor de riesgo de otros trastornos y 2) la obesidad como un síntoma de otras condiciones patológicas. Gold (1976) realizó una clasificación de tres mecanismos en los que existe una asociación del patrón alimentario y el ajuste emocional: a) la ingesta de alimentos funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, estrés, tristeza y frustración; b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira, y c) la comida actúa como un estilo de afrontamiento de evitación para hacer frente a la carencia de ajuste social (Vázquez & López, 2001).

De forma similar, el estrés es considerado un factor que interviene en el desarrollo de la obesidad. Al respecto, Cortés et al. (2018) señalan que en condiciones de estrés crónico, la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, la cual tiene como función regular la concentración de cortisol, dará pie al establecimiento de mecanismos que promueven la ingesta de alimento, es decir, el consumo de alimentos en respuesta a una condición estresante podría representar una actividad placentera que daría como resultado una reducción de la condición de estrés experimentada y por tanto un estado de mejoría. En este sentido, la conducta dirigida a la ingesta de alimentos con una elevada densidad calórica es capaz de establecer un efecto reforzador. En resumen, una combinación de estrés crónico y consumo de alimentos con alta densidad energética podría representar una condición clave para la ganancia de peso y el desarrollo de la obesidad.



### **1.2.5 Origen multifactorial de la obesidad**

Tomando en consideración lo descrito previamente, es necesario resaltar que el desarrollo de la obesidad está determinado no sólo por la presencia de un factor, sino más bien por la interacción de diversos factores, entre los que figuran: genéticos, ambientales y psicosociales; que se activan a través de diferentes mecanismos fisiológicos incluyendo el apetito y el metabolismo energético (Martínez, et al., 2002).

En esta misma línea, Barquera et al. (2020) establecen que existen otros determinantes de la obesidad como lo son: la heterogeneidad en el contexto sociocultural y económico, y la disponibilidad de alimentos característicos de las regiones y localidades. En este sentido, factores individuales y sociodemográficos tales como el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, vivir en condiciones de inseguridad alimentaria, tener talla baja, o ser mujer están asociados a una mayor prevalencia de la obesidad.

No obstante, se deben tomar en consideración aquellas variables que condicionan el vivir con obesidad en México y que además forman parte de los factores sociales que tienen un impacto significativo en el desarrollo de la obesidad, entre las que se encuentran: la dieta/alimentación, el salario mínimo, la canasta básica, el ambiente familiar y la precarización laboral (Rodríguez & Casas, 2018).

### **1.3 Clasificación de acuerdo con el IMC**

La clasificación actual de obesidad es constituida por una propuesta la Organización de las Naciones Unidas (OMS) y se basa en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros (Moreno, 2012).

El IMC es un parámetro recomendado para clasificar la obesidad y estimar su riesgo de comorbilidad comparado con población sana. Al respecto, cabe mencionar que el IMC posee una limitante debido a que no se considera un buen indicador de la composición

corporal, puesto que no distingue la contribución de la masa magra y de la masa grasa en el peso. Sin embargo, no se debe perder de vista que el IMC es un indicador aceptado de manera oficial por la OMS para referir a la clasificación de los niveles de sobrepeso.

Tomando en cuenta lo anterior y partiendo de la clasificación propuesta por la OMS, la obesidad se clasifica como se muestra a continuación (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Clasificación de sobrepeso y obesidad de la OMS de acuerdo al IMC y su relación con comorbilidades

Clasificación	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Riesgo asociado a la salud en relación con obesidad.
Peso bajo	<18.5	Bajo
Normal	18.5-24.9	Promedio
Exceso de peso	>25	
Sobrepeso	25-29.9	Aumentado
Obesidad grado I o moderada	30-34.9	Aumento moderado
Obesidad grado II o severa	35-39.9	Aumento severo
Obesidad grado III o mórbida	<40	Aumento muy severo

IMC= Peso (kg) / Altura (m<sup>2</sup>)

Fuente: El gráfico representa la clasificación de la obesidad propuesta por la OMS. Retomado por Obesity and overweight. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Cabe mencionar que a lo largo del presente escrito, únicamente se retomarán las medidas correspondientes a sobrepeso y obesidad.

#### 1.4 Estadísticas de la obesidad

Actualmente la obesidad es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, durante el año 2016 más de 1900 millones de individuos mayores de 18 años tenían obesidad, es decir, alrededor del 13% de la población adulta sufría este padecimiento (Palmeros, et al., 2016).

Es necesario señalar que la prevalencia de obesidad ha aumentado a nivel mundial en las últimas tres décadas llegando a afectar a uno de cada tres adultos. En relación con lo anterior, en el año 2015 el Estudio de Carga Global de la Enfermedad (Global Burden of

Disease Study citado en Barquera, et al., 2020) detectó que el 10.8% de todas las muertes a nivel mundial fue a causa del exceso de peso. Un año más tarde (2016) se replicó el mismo estudio y se obtuvo un incremento hasta el 12.3%. De manera que, de acuerdo con Moreno (2012) el sobrepeso y la obesidad constituyen un considerable factor de riesgo de defunción, con una mortalidad de alrededor de 3 millones de adultos al año.

Por otro lado, en lo que respecta a nuestro país, según los datos emitidos por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en el año 2014, México ocupó a la par de Estados Unidos de América, el primer lugar en obesidad entre los 34 países miembros (Palmeros, et al., 2016). Al respecto, Rodríguez y Casas (2018) señalan que el 70% de los mexicanos padece sobrepeso y una tercera parte sufre obesidad.

Con el propósito de cuantificar la frecuencia y distribución de las condiciones de salud y nutrición de la población mexicana, en el año 2018 y parte del 2019 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018-19). Para la puesta en marcha de dicha encuesta se aplicó un diseño transversal, probabilístico, con representatividad regional (norte, centro, Ciudad de México y sur), y por localidad urbana. La muestra estuvo constituida por 50 654 hogares distribuidos en las 32 entidades federativas del país, de los que se obtuvieron por personal capacitado mediciones de peso, talla y circunferencia de cintura. Los resultados de la encuesta señalan que existe una prevalencia de sobrepeso del 39.1% (36.6% en mujeres y 42.5% en hombres), de obesidad 36.1% (40.2% en mujeres y 30.5% en hombres) y de adiposidad abdominal 81.6% (88.4% en mujeres y 72.1% en hombres). De manera general, se llegó a la conclusión de que las mujeres tenían una mayor probabilidad de tener obesidad (95%) que los hombres. Asimismo, se obtuvieron mayores porcentajes de obesidad en zonas urbanas (95%) que en zonas rurales. Por lo que, los datos de ENSANUT 2018-19 indican que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad sigue aumentando en la población (Martínez, et al., 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, la situación actual de la obesidad es amenazante. Al respecto, Moreno (2012) señala que “pocas enfermedades han avanzado en forma tan alarmante en la mayoría de los países durante las últimas décadas como ha ocurrido con la obesidad (p. 124)”. Dicha situación se ha convertido en motivo de preocupación para las autoridades de salud debido a las nefastas consecuencias físicas, psicológicas y sociales que implica la obesidad. Una de las mayores preocupaciones de las autoridades en torno a la obesidad es el costo económico que genera dicho padecimiento, pues de acuerdo con la OCDE, una persona con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud y a esto se le suma la desventaja que genera ganar 18% menos que el resto de la población sana (Rodríguez & Casas, 2018).

En este sentido, Barquera, et al. (2020) indican que los crecientes niveles de prevalencia de obesidad son consecuencia de la reducción de actividad física y del aumento de conductas sedentarias en diversas poblaciones, así como la disminución del esfuerzo físico destinado al trabajo en las últimas décadas, derivado de la evolución de actividades sociales y el empleo de equipos para su ejecución.

### **1.5 Consecuencias y riesgos de la obesidad**

Tal como se señaló en párrafos anteriores, la obesidad es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades, entre las que destacan la diabetes e hipertensión (Barquera, et al., 2020). Al respecto, Suárez, et al., (2017) sugieren que la cantidad de grasa, particularmente la ubicada dentro de la cavidad abdominal, se ha asociado con una gran cantidad de comorbilidades tales como: diabetes tipo 2, enfermedades del corazón, accidente cerebrovascular, apnea del sueño, hipertensión, dislipidemia, resistencia a la insulina, inflamación, y algunos tipos de cáncer (ver Tabla 2).

En correspondencia, se estima que “tanto el sobrepeso como la obesidad son responsables del 44% de la carga de diabetes, del 23% de la carga de cardiopatías isquémicas

y entre el 7 y el 41% de la carga de algunos cánceres (Moreno, 2012, p. 124)”. En relación con ello, Barquera et al. (2020) destacan que tanto la diabetes como la hipertensión contribuyen en gran medida al aumento del porcentaje de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población.

**Tabla 2.** Problemas de salud asociados a la obesidad

Categoría de problemas de salud	Enfermedades asociadas a la obesidad
Cardiovasculares	Enfermedad cardiovascular aterosclerótica Dislipemia Hipertensión Insuficiencia cardíaca congestiva Trombosis Venas varicosas Embolia pulmonar
Pulmonares	Síndrome de apnea del sueño Síndrome de hipoventilación
Psicológicas	Depresión Baja autoestima Pobre calidad de vida
Gastrointestinales	Enfermedades de la vesícula biliar Enfermedad por reflujo gastroesofágico Hepatopatía grasa no alcohólica
Dermatológicas	Acantosis nigricans Hirsutismo Estasis venosa Celulitis
Ortopédicas	Artrosis degenerativa Movilidad restringida
Reproductivas	Síndrome de ovario poliquístico Anomalías menstruales Infertilidad
Metabólicas	Diabetes tipo 2 Intolerancia a la glucosa Gota Resistencia a la insulina Síndrome metabólico
Cáncer	Mama Colón Próstata

Fuente: Intervención psicológica en obesidad (Bayle & González, 2013)

Tal como se observa en la tabla anterior, la obesidad es considerada un factor de riesgo que se asocia con un gran número de enfermedades, al respecto, cabe señalar que recientemente también se ha asociado con la aparición de nuevas enfermedades que representan una amenaza para la salud de los individuos. Tal es el caso de la reciente pandemia causada por COVID-19. Petrova et. al (2020) sostienen que durante los últimos

meses diversos estudios han demostrado que la obesidad se considera un factor de riesgo para desarrollar de forma más grave la enfermedad causada por el coronavirus llegando a ocasionar incluso, la muerte debido a las complicaciones derivadas, tales como:

- a) Inflamación crónica derivada del exceso de tejido adiposo. La cual con la presencia de COVID-19 se exacerba dando como resultado la producción de niveles más altos de moléculas inflamatorias circulantes.
- b) Deficiencia de vitamina D. La deficiencia de esta vitamina aumenta el riesgo de infecciones sistémicas y perjudica la respuesta del sistema inmune. De manera contraria, la administración de vitamina D puede prevenir infecciones respiratorias.
- c) Disbiosis intestinal. Dicho mecanismo se asocia con una composición debilitada del microbioma intestinal, la cual es considerada primordial para la regulación del sistema inmune y para la protección contra infecciones.

Se sabe además que la obesidad desencadena importantes costes económicos directos e indirectos, así como, significativos incrementos en la utilización de servicios sociales y sanitarios (visitas médicas, absentismo, pérdida de autonomía, necesidades especiales, etc.) (Serra & Bautista, 2013). De tal forma que, de acuerdo con Barquera, et al. (2020), la obesidad representa una condición que requiere de infraestructura y capacidades específicas para su atención. Sin embargo, en el caso de nuestro país, México no cuenta de forma generalizada con dichas condiciones.

Aunado a las consecuencias a nivel biológico, la obesidad y más en específico, el aumento de volumen corporal se asocia con la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal, la autoestima y las interacciones sociales (Serra & Bautista, 2013). En esta misma línea, una de las consecuencias de la obesidad desde la perspectiva social es el estigma que experimentan las personas con obesidad, el cual puede derivar en un sufrimiento

adicional debido a que mediante el estigma las personas sienten una especial responsabilidad y culpabilidad ante la sociedad por el desarrollo de su propio padecimiento (Domingo & López, 2014).



## **2. Estigmatización por el exceso de peso y la obesidad**

En el presente capítulo se desarrolla grosso modo el origen de la estigmatización, fenómeno que surge como consecuencia de poseer un mayor tamaño corporal compuesto por un aumento en el tejido adiposo, condición que es considerada por la sociedad una deformación.

### **2.1 Orígenes del concepto “estigmatización”**

Uno de los principales autores que se han encargado del estudio de la estigmatización a gran escala, es el sociólogo Erving Goffman, quién ha realizado diversos aportes en torno al fenómeno del estigma. En su principal propuesta teórica Goffman (2006), sugiere que fueron los griegos quienes crearon el término *stigma* para hacer referencia a signos corporales, los cuales consistían principalmente en cortes o quemaduras en el cuerpo, que tenían como propósito intentar exhibir algo malo y poco habitual en quien los presentaba. En la mayoría de los casos estos signos advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor.

Años más tarde durante la época del cristianismo, se agregaron dos nuevos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos corporales que la gracia divina otorgaba como castigo y que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; por su parte, el segundo significado era visto desde una perspectiva médica y hacía referencia a signos corporales de perturbación física (Goffman, 2006). Un aspecto en común de ambos significados es que el medio social es el encargado de establecer las categorías en las que puedan ser ubicadas las personas de acuerdo con el atributo o también llamado defecto que poseen.

Por lo tanto, es común que, a partir de la primera impresión de una persona, la sociedad prevea en qué categoría se halla cada individuo. Derivado de lo anterior, el individuo estigmatizado puede sentir inseguridad acerca del modo en que será identificado y percibido en los diferentes contextos en los que se desenvuelve.

De tal modo que, “la incertidumbre del estigmatizado surge no sólo porque ignora en qué categoría será ubicado, sino también si la ubicación lo favorece” (Goffman, 2006, p.25). Esta desagradable sensación de sentirse expuesto puede agravarse al grado de que el propio individuo estigmatizado tienda a sostener las mismas creencias de desacreditación sobre su atributo, que mantienen los demás. En consecuencia, el proceso de estigmatización puede llevar al individuo a intentar corregir su condición dedicando un enorme esfuerzo personal para su adaptación.

Al respecto, Marichal y Nieves (2000) advierten que la estigmatización es un producto social que se ha ido construyendo a lo largo de la historia puesto que en cada sociedad y período histórico se encuentran problemas que simbolizan dicho fenómeno. Ejemplo de ello es la lepra, la cual en la época del cristianismo fue considerada un castigo de Dios. Algo similar ocurrió con la peste negra, la sífilis, la tuberculosis, el cáncer, y recientemente el SIDA. Sobre esta misma línea, Benítez et al., (2021) señalan que, en siglos pasados, las personas que padecían enfermedades infecciosas eran las más propensas a sufrir un proceso de estigmatización debido a las actitudes y creencias negativas que se tenían sobre dichas enfermedades.

En la actualidad, a pesar de contar con evidencia científica sobre las causas, la aparición y las consecuencias de patologías tanto transmisibles como no transmisibles, la estigmatización sigue estando presente, ocasionando efectos adversos en la salud tanto física como el bienestar psicológico de los individuos que son víctimas de dicho fenómeno (Benítez et al., 2021).

## **2.2 Definición del término estigma**

El término estigma proviene del latín medieval *stigmatizare* y del griego *στριγματίζειν* y es definido por la Real Academia Española como la acción de marcar a alguien con hierro candente (Real Academia Española, 2021).

Debido a su alto impacto en la sociedad, en la actualidad existen diversos autores que definen el fenómeno del estigma. Uno de los primeros autores en definirlo fue Goffman (2001) quien señala que el término estigma es empleado para hacer referencia a un atributo desacreditador que establece una diferencia respecto al resto de los individuos.

Sobre esta misma línea, Muñoz et al., (2009) sugiere que el estigma surge como resultado de la presencia de una característica en las personas que es contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia sobre la forma determinada de comportarse en un momento preciso. De forma particular, estigmatizar consiste en atribuir a alguien una característica que le devalúa o le degrada.

Por su parte, Sánchez (2016 citado en Brescia et al., 2021) considera que la palabra estigma sigue siendo utilizada con un sentido semejante al original, puesto que surge a partir de la brecha entre las características que debería tener la persona de acuerdo con las normas culturales y las características que posee en realidad.

Mientras que Salih y Landers (2019) señalan que al emplear el término estigmatización se hace referencia al proceso por el que una persona o conjunto de personas que poseen características consideradas socialmente indeseables son víctimas de actitudes discriminatorias, como lo es la exclusión social (Benítez et al., 2021).

Queda claro que un elemento en común incluido en las distintas definiciones desarrolladas en este escrito es el tipo de respuestas que surgen a partir de la desacreditación de los atributos considerados fuera de la norma. Estas respuestas en su mayoría tienen un impacto negativo en el individuo.

Otro de los elementos incluido en las definiciones de la estigmatización es el origen social de dicho fenómeno. En correspondencia, Pereira et al., (2021) consideran que la estigmatización implica un proceso social, el cual inicia cuando una etiqueta es señalada en grupos sociales con el fin de destacar características presumiblemente negativas, que parten

de nociones culturalmente rechazadas. Estos mismos autores sugieren además que, la estigmatización se configura a partir de creencias y expectativas que son aprendidas y a su vez compartidas en grupos de convivencia, los cuales reproducen prejuicios, dando como resultado una reafirmación de estos.

De manera general, es evidente que, a pesar de la diferencia de perspectiva entre las definiciones, existen elementos en común que configuran la estigmatización, tales como: los grupos están configurados por víctimas de la desacreditación a razón de un atributo considerado fuera de la norma; así como el origen social del fenómeno que favorece procesos individuales como la autodescalificación, la cual se desarrollará en los siguientes apartados.

### **2.3 Tipos de estigmatización**

Se sabe que la categorización social constituye uno de los procesos indispensables para organizar y dar sentido a las experiencias del ser humano y al medio que lo rodea, tanto físico como social. Cabe destacar que, incluso, la categorización es reconocida a nivel científico debido a que se trata de un proceso que implica en sí mismo una elaboración y reconstrucción de la información mediante el cual es posible obtener una representación más significativa de la realidad. Como parte de la reconstrucción de información, la categorización deja en evidencia las influencias que representan tanto las creencias como las ideologías de un contexto determinado, por lo que, cada categoría puede tener “diferentes implicaciones y significados en distintos contextos y situaciones” (Bless & Schwarz, 1998 citado en Marichal & Nieves, 2000, p.459). De lo anterior deriva la aparición y desaparición de estigmas a lo largo de la historia de la humanidad.

Inicialmente, Goffman (2006) realizó una clasificación que incluía tres tipos de estigmas. En primer lugar, se encontraban las abominaciones del cuerpo que comprendía las distintas deformidades físicas; en segundo lugar, se ubicaban los defectos de carácter del individuo tales como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas o

falsas y deshonestidad; por último, se hallaban los estigmas tribales de raza, nación y religión.

Años más tarde, Marichal y Nieves (2000) realizaron una actualización que incluyó la definición de las categorías pertenecientes a la clasificación de estigmas elaborada por Goffman (2006):

- a) Estigmas físicos: conformados por el conjunto de estigmas consecuencia de alteraciones orgánicas o corporales, tales como: deficientes físicos, enfermedades en la piel, minusválidos, jorobados, ciegos, personas con sobrepeso, etc.
- b) Estigmas psicológicos: definidos como marcas o señales derivadas de algún tipo de alteración mental o psíquica, como la esquizofrenia o la depresión.
- c) Estigmas socioculturales: configurados a partir de estigmas cuya característica fundamental hace alusión a aspectos sociales, culturales y étnicos, como lo son las prostitutas, los analfabetos o los negros.

A partir de la elaboración de la clasificación de estigmas, estos mismos autores sugieren que existe probabilidad de que las respuestas negativas y/o efectos indeseados en las personas que son víctimas de la estigmatización sean diferentes para cada subgrupo (Marichal & Nieves, 2000). Es decir, las reacciones hacia las personas estigmatizadas dependen en gran medida de su inclusión en alguna de las categorías establecidas mediante el proceso de interacción social.

De manera similar, Pereira, et al. (2021) advierten que las conductas de discriminación y marginación hacia los individuos estigmatizados no son debidas a la marca en sí misma, sino más bien a la naturaleza de esa marca y sus implicaciones de acuerdo con lo establecido por la sociedad. Ejemplo de lo anterior son los estigmas desarrollados durante la pandemia por COVID-19, los cuales dejaron en evidencia una serie de estereotipos y

prejuicios contra determinados grupos sociales, dirigidos principalmente hacía la población encargada del manejo de la pandemia, como lo fue el personal de salud. Dicho grupo social fue víctima de actitudes violentas por parte de algunos sectores de la población, tales como: la exclusión social en medios de transporte público, el hostigamiento e incluso violencia física.

De tal manera que resulta evidente que en la actualidad las personas asignadas a cada uno de los tipos de estigma propuestos por Goffman (2006) experimentan tratos y actitudes que impactan de forma negativa en su vida diaria. En este punto, cabe destacar que a pesar de que en la actualidad el estigma ha evolucionado en términos de su origen, la estigmatización por alteraciones físicas, tales como obesidad, sigue latente debido a que es visible y, por tanto, facilita la creación de prejuicios desde una primera impresión.

#### **2.4.¿En qué consiste la estigmatización por el exceso de peso?**

En relación con lo anterior, en los últimos años, además de las categorías antes mencionadas existe otro tipo de estigma de carácter tanto conductual como biológico (Benítez et al., 2021). Este tipo de estigmatización se ubica dentro de los estigmas de origen físico y se relaciona con el peso corporal.

La estigmatización por el peso corporal se configura a través de actitudes y creencias negativas acerca del exceso de peso y se caracteriza por la opinión que se tiene de las personas con obesidad acerca del poco o nulo control de sus hábitos de alimentación y actividad física, acompañados en la mayoría de los casos por una atribución de responsabilidad unipersonal por su condición, la cual deja de lado los múltiples factores que la ocasionan, como lo son: factores genéticos, endocrinos, neurológicos, psicológicos, políticos, económicos y culturales (Bautista et al., 2019; Benítez, 2021). Al respecto, Gómez et al. (2017) señalan que el estigma por exceso de peso consiste en la devaluación que se hace de un individuo por poseer un mayor tamaño corporal, característica que es visible e

imposible de ocultar, siendo, además, uno de los primeros aspectos que se observa en una persona.

En relación con este tipo de estigma, Domingo y López (2014) advierten que en la actualidad la sociedad ha impuesto una serie de estereotipos negativos sobre este grupo de individuos, aludiendo que las personas poseen exceso de peso como consecuencia de su indisciplina, ociosidad y carencia de compromiso. Sobre esta misma línea, Benítez et al. (2021) destacan que los individuos con sobrepeso u obesidad suelen ser considerados a nivel social, aún sin contar con argumentos basados en la evidencia científica, como personas vagas, insaciables y sin fuerza de voluntad.

Desde una perspectiva cultural, la obesidad puede ser alabada o estigmatizada, dependiendo del grupo social en el que se encuentre. Tal es el caso de los adolescentes, quienes consideran que el aspecto físico del cuerpo con exceso de peso puede valorarse como algo desagradable, incómodo, feo o inclusive propenso a causar miedo o lástima (Bermúdez & Hernández, 2012),

Lo anterior deja en evidencia que existen grupos que aceptan, además de propagar, estereotipos causantes de las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso y obesidad (Castillo & Jaúregui, 2017). Ejemplo de ello, es la difusión del prototipo estético fundamentado en la delgadez, el cual es aprobado culturalmente y promueve preocupaciones e inconvenientes entre los individuos que no forman parte de los límites socialmente aceptados (Domingo & López, 2014). Como consecuencia del paradigma imperante en la sociedad actual “la obsesión generalizada por el culto al cuerpo, la estética y la delgadez”, para las personas con obesidad e incluso para aquellas que se encuentran en su peso normal, el temor de engordar radica en el hecho de dejar de tener un cuerpo aceptado socialmente.

A manera de resumen, poseer un cuerpo que no es aceptado socialmente deriva en un flujo constante de discriminación generalizada en diversos contextos y esferas en las que se desenvuelven las personas con exceso de peso u obesidad.

#### **2.4.1 Fuentes interpersonales de estigmatización**

Sin duda alguna, el hecho de ser una persona con exceso de peso u obesidad no sólo tiene implicaciones para la salud, sino que también puede afectar otras áreas en la vida cotidiana de dichos individuos (Magallares, 2014).

Actualmente, la estigmatización por el exceso de peso y la obesidad posee muchas fuentes de propagación: la familia, la pareja, las amistades, la comunidad, los medios de comunicación e incluso los profesionales de la salud (Brescia, et al., 2021). Particularmente, a nivel interpersonal, la familia desempeña un papel muy importante debido a que constituye el contexto social primario, el cual, representa una fuente de aprendizaje y moldeamiento de la percepción y comportamiento de sus miembros, a la vez que promueve y refuerza la adopción de actitudes y valoraciones referentes a la imagen corporal y el exceso de peso (Bautista et al., 2019).

Al respecto, Bermúdez y Hernández (2012) realizaron una investigación que tuvo por objetivo identificar la percepción que tiene un grupo de adolescentes en relación con el exceso de peso y las personas que exhiben esta condición. Como parte de los resultados, se encontró que las madres ocupan el primer lugar en ejercer presión sobre las mujeres para bajar de peso, seguido de las amistades; cabe destacar que dicha presión se deriva de la creencia que se tiene sobre la posible relación existente entre la disminución de peso y la elección de pareja. Aunado a ello, los resultados demuestran un temprano aprendizaje de actitudes de rechazo hacia las personas con obesidad, lo cual supone que desde la infancia el bienestar psicológico puede estar condicionado por el volumen corporal.



Adicional a la familia, otra de las principales fuentes de propagación del estigma por exceso de peso u obesidad es la pareja. Retomando la preocupación que genera la posible asociación entre el ser un individuo con obesidad y el rechazo dentro del proceso de elección de pareja, es común que la mayoría de las mujeres consideren que están obligadas a bajar de peso para cubrir las expectativas de los hombres. Al respecto, Turner (1989 citado en Bermúdez & Hernández, 2012) señala que en la mayoría de los casos, las mujeres aceptan dichas pautas debido a que a nivel social se tiene la noción de que la delgadez es valiosa y respetable, en otras palabras, “el cuerpo delgado es el camino de una mujer hacia los brazos, el corazón y el hogar de un hombre” (p. 23).

No se debe perder de vista que, dentro de las relaciones interpersonales en conjunto con la familia y la pareja, los grupos de pares desempeñan un papel fundamental en la propagación del estigma por el exceso de peso u obesidad; paradójicamente, dentro de dichos grupos es frecuente encontrar una promoción de conductas asociadas al aumento del peso corporal tales como una alimentación poco saludable y la exclusión prácticas recreativas de carácter físico.

Aunado a las relaciones interpersonales, la estigmatización por el exceso de peso se extiende en diferentes ámbitos de la vida diaria, dentro de los que se incluyen entornos de educación, trabajo, salud, etc. (Gómez et al., 2017). Sobre esta línea, Jáuregui et al. (2008 citados en Castillo & Jáuregui, 2017), agregan que la publicidad y los programas televisivos forman parte de las fuentes de propagación del estigma por el exceso de peso debido a que mediante sus programas difunden una actitud negativa hacia la imagen de las personas de este grupo de individuos.

En lo que respecta a la estigmatización en los ambientes educativos, Bermúdez y Hernández (2012) señalan que dentro de las instituciones escolares es frecuente que los compañeros de clase realicen atribuciones y acciones negativas hacia las personas con

obesidad, tales como el juzgar a este grupo de individuos como personas menos competentes, practicar conductas de acoso y hostigamiento, así como burlas o rechazo; e incluso, existe evidencia de actitudes estigmatizantes provenientes no solo de compañeros de clase sino también por parte de los profesores. Al respecto, Buttitta y colegas (2003 citados en Lippevelde et al., 2014) realizaron una revisión de la literatura acerca de la calidad de vida en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad. Dentro de los resultados se hallaron limitaciones en el trabajo escolar, menores percepciones sobre la capacidad de aprendizaje y concentración; con respecto a la dimensión social, se identificaron también dificultades en el funcionamiento interpersonal de las relaciones entre pares y en la capacidad del desarrollo de amistades.

Por otro lado, como parte la estigmatización en el ambiente laboral, Puhl y Heuer, (2009 citados en Gómez et al., 2017) señalan que las personas que tienen exceso de peso u obesidad se enfrentan a inequidades sociales importantes tales como la obtención de salarios inferiores por el mismo trabajo en comparación a sujetos con un peso normal, menores oportunidades de ascenso e incluso suelen ser víctimas de despidos injustificados. De tal manera que, en el ámbito laboral, la imagen se ha convertido en un requisito indispensable y altamente valorado que forma parte del currículum vitae; tal es el caso de las cadenas de tiendas de ropa en las que no resulta extraño escuchar declaraciones sobre el éxito ligado a la delgadez.

Ahora bien, en lo que refiere al entorno sanitario y/o de salud, es indudable el papel que desempeñan los profesionales de la salud debido a que contribuyen de manera significativa en la identificación, diagnóstico y tratamiento de las personas con afecciones, incluido el exceso de peso, empero, este sector también forma parte de las áreas más comunes de ejercicio de la estigmatización por el exceso de peso. Al respecto, en un estudio realizado por Carr y Friedman (2005 citados en Bautista et al., 2019) con una población conformada

por individuos con obesidad tipo II y tipo III, se documentó que el 34% de las mujeres y el 16% de los varones percibieron haber sido objeto de estigmatización debido a su condición, en el momento de asistir a consulta médica. Además de que, a mayor grado de exceso de peso, mayor era la probabilidad de que se les negara una atención médica apropiada.

De acuerdo con Gómez et al. (2017) la estigmatización por parte de los profesionales de la salud se ve reflejada en la atribución de características negativas como voluntad débil e incompetencia, hacia pacientes con obesidad. Aunado a ello, se ha reportado que las intervenciones para la prevención y cuidado de la obesidad y el exceso de peso por parte de los profesionales de la salud han tenido poco alcance debido a que tienden a ofrecer poca o ninguna orientación para el control del peso.

Sin duda alguna, la estigmatización impregna cada una de las áreas en las que se desenvuelve el ser humano, no obstante, en el caso de la estigmatización por el exceso de peso, el panorama parece ser aún más complicado para las personas con exceso de peso y obesidad debido a que son víctimas de este fenómeno desde el núcleo conformado por los miembros de su familia hasta los profesionales de la salud; ámbitos en los que paradójicamente buscan alternativas y apoyo para el control de su afección, sin embargo lo que consiguen es rechazo social, tratos inequitativos y reforzamiento de la sobrevaloración del ideal de delgadez como requisito fundamental para el éxito en todos los ámbitos de desarrollo del paciente.

#### **2.4.2 Prevalencia de estigmatización por exceso de peso**

En lo que refiere al impacto de la estigmatización por el exceso de peso y la obesidad, existe evidencia de la alta prevalencia de estigma hacia los individuos que se encuentran en dicho rango de peso. Al respecto, Latner y Stunkard (2003) replicaron un estudio (Richardson et al., 1960) con el objetivo de comparar la incidencia del estigma por el exceso de peso y obesidad en los participantes de ambos estudios. Los resultados obtenidos indican que existe

un mayor enfoque atlético de los niños y mayor enfoque estético de las niñas durante este período de desarrollo. Al respecto, los niños de 6 a 7 años expresan preocupaciones sobre la dieta y el peso al igual que desean ser más delgados. Además, observaron que el número de respuestas negativas de niños con obesidad aumenta con la edad, lo que sugiere un "aumento constante de la estigmatización de la obesidad a lo largo del desarrollo" (Latner & Stunkard, 2003, p. 453).

Un estudio que sirve para confirmar el aumento constante de estigmatización de la obesidad a lo largo del desarrollo, es la investigación llevada a cabo en la National Survey of Midlife Development in the United States (MIDUS), la cual analizó una muestra de más de 2000 estadounidenses mayores de edad durante dos periodos diferentes (1995-1996 y 2004-2006), para ello se hizo una evaluación de las cifras relativas a la discriminación asociadas con un alto valor en el Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados de la investigación indican que, en tan sólo una década, la discriminación vinculada con el exceso de peso había aumentado hasta en un 66% (Domingo & López, 2014).

Por su parte, en lo que respecta a las investigaciones en la etapa adulta, existen datos que indican que el 51% de adultos con obesidad y el 97,9 % de pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica han sufrido alguna forma de estigmatización por parte del entorno social, incluidos sus familiares (Castillo & Jáuregui, 2017).

A partir de lo descrito anteriormente, es indudable que la estigmatización por exceso de peso y obesidad representa un fenómeno de gran magnitud debido al creciente aumento de personas con dicho padecimiento y a su vez, a la propagación del ideal de delgadez presente en diversos medios, incluyendo las redes sociales; las cuales mantienen actualmente gran influencia en la opinión pública.

Es tal la magnitud de dicho fenómeno que, de acuerdo con una investigación de Torres (2019), la cual consistió en determinar la frecuencia de estigmatización de algunas

enfermedades tales como: VIH/Sida, cáncer, esquizofrenia, obesidad, retardo mental, tuberculosis, alcoholismo, drogadicción y epilepsia. Los resultados pusieron de manifiesto que la obesidad (64.69%) y el alcoholismo (62.63%) obtuvieron los mayores niveles de estigmatización.

En lo que respecta a las diferencias entre los niveles de estigmatización relacionada con el exceso de peso y la obesidad respecto al género, el fenómeno del estigma por dicha afección es especialmente más común en mujeres que en hombres (Latner et al., 2014).

Sin embargo, no se debe perder de vista la creciente prevalencia de la obesidad y el exceso de peso como un problema de salud pública que ha afectado a un considerable porcentaje de la población mexicana. Hasta este punto, cabe mencionar que resulta alarmante que los niveles de estigmatización por razones de obesidad o exceso de peso aumenten; debido a las innumerables consecuencias negativas que experimentan las personas que se encuentran por encima de la norma respecto a su peso corporal.

#### **2.4.3 Consecuencias de la estigmatización**

Como resultado del proceso que conlleva poseer un cuerpo que no es aceptado socialmente, la estigmatización relacionada con el sobrepeso u obesidad puede derivar en consecuencias sociales, tales como discriminación, exclusión, y rechazo que daña a las personas que viven en esta situación (Benítez et al., 2021). De manera similar, Domingo y López (2014) consideran que la estigmatización de una determinada enfermedad puede facilitar el deterioro de la salud física y bienestar psicológico del sujeto afectado.

Al tratarse de un fenómeno con diversas causas e implicaciones, la estigmatización por hiperpeso afecta ampliamente la vida social de las personas que la padecen puesto que suscita cambios significativos en su bienestar (Bermúdez & Hernández, 2012).

En lo que respecta a las consecuencias derivadas de la estigmatización por el exceso de peso a nivel físico, Ahlborg et al. (2002 citados en Villaseñor et al., 2006) observaron

correlación positiva entre los niveles de cortisol derivados del estrés que genera ser víctima del fenómeno de la estigmatización y la obesidad abdominal, lo que sugiere que la exposición prolongada a niveles de estrés estimula la ingestión de alimentos y como resultado, aumenta la grasa abdominal. Sin embargo, en este punto cabe mencionar que las respuestas al estrés del tipo consumo de alcohol, tabaquismo y atracón; pueden variar según la persona, por lo que dicha premisa se abordará con más detalle en los siguientes apartados.

Sobre esta misma línea, Gómez et al. (2017) sostienen que el impacto que genera la estigmatización por el exceso de peso en las víctimas tiene repercusiones en conductas de salud, tales como: mayor ingesta de alimentos, rechazo a la dieta y menor actividad física. De igual forma, Domingo y López (2014) sostienen que el estigma puede tener repercusiones negativas en las conductas alimentarias, al interferir con los intentos de pérdida de peso y al llevar a los individuos a ingerir más alimentos como respuesta a los eventos discriminatorios.

Otra forma en la que se ve afectada la salud de las personas con obesidad como consecuencia de la estigmatización se deriva de la aplicación de tratamientos deficientes por parte de los profesionales médicos y los instructores de educación sanitaria, quienes muestran un fuerte prejuicio sobre el peso (Latner et al., 2014).

Así mismo, a nivel social, el grupo en el que se reúnen quienes tienen una característica estigmatizante en común, como lo es el exceso de peso y la obesidad; pueden llegar a experimentar actitudes de distinto tipo provenientes de su entorno, tales como: respuestas verbales (burlas, insultos, nombres despectivos, lenguaje peyorativo, etc.), ataques físicos (incluso con manifestaciones de violencia) y otro tipo de barreras u obstáculos (Domingo & López, 2014).

Es decir, el estigma que padecen los individuos con exceso de peso y obesidad genera un impacto en la calidad de vida de los sujetos. Al respecto, la investigación científica ha avalado que los individuos que sufren discriminación vinculada con un alto IMC presentan

mayores tasas de depresión, ansiedad y aislamiento social (Domingo & López, 2014). Asimismo, dicho fenómeno también se ha asociado con desajuste psicológico en la víctima, vinculándose principalmente con insatisfacción corporal y baja autoestima. Sobre esta misma línea Gómez et al. (2017) mencionan que quienes son blanco de tal estigmatización presentan un deterioro en el bienestar individual, bajo rendimiento académico y dificultades en el acceso a bienes de capital, educación y oportunidades laborales; tal como se describió en el apartado de fuentes interpersonales de estigma.

Sin embargo, existe otra explicación a los problemas psicopatológicos y trastornos psiquiátricos que acompañan a la obesidad. De acuerdo con Villaseñor et al. (2006) los desajustes psicológicos y psiquiátricos se pueden considerar factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes que contribuyen al desarrollo de la obesidad. En este punto, cabe mencionar que existe una alta prevalencia de psicopatología y padecimientos psiquiátricos en los pacientes con exceso de peso en comparación con la población general. Al respecto, se realizaron un estudio en el que se analizó la presencia de psicopatología en pacientes susceptibles a someterse a cirugía bariátrica (cirugía de resección gástrica). Los hallazgos revelan que en las personas con exceso de peso existen antecedentes de enfermedades psiquiátricas en al menos el 36% del total de participantes, dentro de las que se incluyen niveles elevados de ansiedad en un 46% de los casos, lo cual indica, que las personas candidatas a someterse a cirugía bariátrica presentan una tasa más alta de psicopatología, principalmente ansiedad en comparación con los individuos de peso normal. Además de la ansiedad, también se ha observado un aumento de la prevalencia de la depresión. Onyike et al. (2003 citados en Villaseñor et al., 2006) sugieren que, a mayor grado de obesidad, sobre todo en las pacientes con obesidad severa (IMC = 40) mayores niveles de depresión.

Sin duda alguna, tener exceso de peso u obesidad se asocia con una peor calidad de vida derivada de los procesos que implica el ser sometido a estigmatización en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve el ser humano. Es por lo que, que en la mayoría de los casos dicho fenómeno puede conducir al individuo a desarrollar conductas extremas a cualquier costo, en búsqueda de la delgadez, aunque de ello se deriven consecuencias nefastas para su salud. Sin embargo, en el proceso de medicalización para el control de peso, no se debe perder de vista que solo se trata de una estrategia que resuelve su problema de forma parcial o temporal (Domingo & López, 2014).

A lo largo del presente escrito se ha detallado el fenómeno de la estigmatización por el peso, que se caracteriza por la reproducción de creencias sesgadas sobre otros individuos con respecto su peso corporal. De igual forma se ha hecho énfasis en las consecuencias que atraviesan quienes son víctimas de la estigmatización; un ejemplo de ello es la exclusión social en las diferentes esferas de la vida cotidiana de los individuos con hiperpeso; dichas consecuencias pueden producir a su vez, un desajuste de tipo biológico, psicológico y social. Sin embargo, a pesar de contar con una amplia gama de investigaciones desarrolladas en torno a la estigmatización por el exceso de peso, aún no queda definido si el individuo que posee creencias sesgadas sobre las personas con exceso de peso considera que dichas atribuciones son aplicables para él mismo. Es por lo que, en las siguientes líneas se abordarán las principales implicaciones de la estigmatización por el exceso de peso en la propia valoración del individuo.

## **2.5 ¿Qué es la autoestigmatización?**

En contraste con el fenómeno de la estigmatización, la autoestigmatización por el exceso de peso es el conjunto de atribuciones negativas que poseen los individuos sobre ellos mismos respecto al peso y la forma de su cuerpo, las cuales están relacionadas directamente con los estereotipos en torno a la belleza, establecidos por la sociedad (Latner et al., 2014).



En otras palabras, sin duda alguna, tener exceso de peso u obesidad se asocia con una peor calidad de vida derivada de los procesos que implica ser sometido a estigmatización en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve el ser humano.

Tal como se menciona en líneas anteriores, a pesar de contar con una amplia gama de investigaciones en torno a la estigmatización por el exceso de peso (Domingo & López; Gómez et al., 2017; Bautista et al., 2019), en la mayoría de ellas se ha asumido que medir las actitudes por las que atraviesan las víctimas de la estigmatización por el exceso de peso es sinónimo de medir el autoestigma. Es decir, se asume que cuando una persona con hiperpeso obtiene una alta puntuación en las medidas tradicionales de actitudes contra el exceso de peso, dicha puntuación refleja una actitud sobre sí mismo (Durso & Latner, 2008). Sin embargo, la aprobación de un ítem en las evaluaciones sobre las medidas tradicionales de estigmatización por el exceso de peso puede simplemente indicar creencias sesgadas sobre otros individuos con exceso de peso, ya que dichas medidas no evalúan si dicho individuo cree que las atribuciones negativas sobre el peso fuera del rango establecido socialmente como “normal” son aplicables para él mismo.

De tal forma que tanto los individuos con un peso normal como los que poseen exceso de peso, no cuestionan la creencia que tienen en torno al desarrollo de la obesidad, en la que consideran que la obesidad surge como el resultado exclusivamente del descuido individual, de ahí que consideren que las respuestas de estigma son justas y justificadas para aplicárselas. Y como resultado se produce la internalización (como la bibliografía lo refiere) de creencias como verdades absolutas (Latner et al., 2008). Cabe destacar que las respuestas de afrontamiento al estigma que se arraigaron pueden mantenerse incluso cuando las personas alcanzaron un peso normal.

Es por lo que, que en el siguiente apartado se analizarán las respuestas que las personas con exceso de peso manifiestan como consecuencia de la autoestigmatización.

### **2.5.1 Efectos de la autoestigmatización en el autoconcepto**

En relación con la autoestigmatización se sabe que a partir de la opinión de los otros acerca del individuo con exceso de peso, se forma en él una noción sobre su propia condición y las implicaciones que se derivan de ella (Bermúdez & Hernández, 2012). Es por lo que, como consecuencia de las creencias sesgadas que poseen de ellos mismos en relación con el exceso de peso y el estrés generado por no pertenecer a los estándares de peso ideal, las personas con hiperpeso a menudo manifiestan desajustes a nivel conductual.

Ejemplo de lo anterior es el aumento de los comportamientos alimentarios poco saludables y la reducción de la motivación para perder peso (Puhl et al., 2007). Al respecto, Schvey y White (2015) sugieren que la autoestigmatización se asocia comúnmente con atracones y purgas debido a que las personas con exceso de peso poseen una relación no saludable con los alimentos, misma que les provee bienestar emocional durante la ingesta y de manera posterior a ella desencadena culpa (Villaseñor et al., 2006). De manera similar Gómez et al. (2017) a partir de su investigación sobre los efectos de la estigmatización por el peso señalan que es probable que las personas notifiquen una mayor ingesta de alimentos, rechazo a la dieta y menor actividad física como respuesta al estigma.

De igual forma, la internalización (como la bibliografía la refiere) de la estigmatización por el exceso de peso puede obstaculizar los esfuerzos por bajar de peso en aquellos que son sometidos a programas de pérdida de peso (Schvey & White, 2015). Incluso, como resultado de la autoestigmatización, es más probable que las personas con hiperpeso eviten la atención médica (Amy et al., 2005) y actividad física (Faith et al., 2002).

En definitiva, la autoestigmatización asociada al peso es una experiencia desafiante que arruina la calidad de vida, desencadena angustia psicológica y requiere esfuerzos sustanciales para afrontar efectivamente la situación. Sin embargo, no todas las personas experimentan el mismo grado de afectación debido a que la manera en que el individuo se

relaciona con el entorno depende de aspectos como las características de su propia historia con relación al desarrollo de recursos personales para hacer frente al autoestigma.

### **2.5.2 Evaluación de la autoestigmatización por el exceso de peso**

Derivado del impacto de la obesidad en la salud de las personas se han realizado diversas investigaciones en torno a la obesidad y sus consecuencias a nivel biológico, psicológico y social. Una de las consecuencias de la obesidad es la autoestigmatización, la cual es producto a su vez de la estigmatización social del exceso de peso, tal como se mencionó en capítulos anteriores. La autoestigmatización es un factor de gran importancia debido a que puede afectar la calidad de vida de quien la padece, de ahí que resulte fundamental poseer métodos de evaluación de dicho constructo. Sin embargo, al hacer una revisión de las investigaciones en torno a la autoestigmatización es difícil encontrar instrumentos que evalúen la autoestigmatización específicamente en personas con exceso de peso puesto que se utilizan escalas enfocadas en la evaluación de la estigmatización en situaciones generales. Es por lo que en el presente escrito se eligió *La escala de Internalización del prejuicio de peso*, diseñada por Durso y Latner (2008), con el propósito de medir el grado en que un encuestado cree que los estereotipos y las autodeclaraciones negativos sobre las personas con sobrepeso y obesidad se aplican a ellos mismos. La escala está compuesta por ítems que permiten abordar varias áreas de contenido: aceptación o rechazo del estado de peso, deseo de cambio, efecto del estado de peso percibido en el estado de ánimo, valor personal percibido, facilidad de vida, apariencia pública e interacción social, y reconocimiento de la existencia e injusticia del estigma del peso.

Resulta evidente que la utilización de la *La escala de Internalización del prejuicio de peso*, diseñada por Durso y Latner (2008) es fundamental para el desarrollo de la presente investigación debido a sus características, tales como la población específica a la que se

dirige y la evaluación de un fenómeno como lo es la autoestigmatización frecuentemente interpretado como estigmatización.

### **3. Afrontamiento de la estigmatización por el exceso de peso**

En el presente capítulo se describe la relación que existe entre la estigmatización por el exceso de peso y las respuestas de afrontamiento. Las personas con obesidad enfrentan una serie de situaciones en las que son víctimas del estigma debido a su condición, ante dichas situaciones responden de acuerdo con las habilidades que poseen para afrontar el problema, sin embargo, las respuestas pueden facilitar una adaptación al medio o en caso contrario aumentar el malestar del individuo.

#### **3.1 Antecedentes del constructo afrontamiento**

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991; 2000 citados en Ruiz et al., 2014) se considera que el principal elemento para necesitar afrontar es estar en una situación de estrés. La cual deriva de la relación que existe entre el individuo y su entorno que en ocasiones es percibido como amenazante debido a que excede los recursos del individuo y de esta forma, pone en peligro su bienestar. Al respecto, se sabe que existen innumerables situaciones que son evaluadas por los individuos como estresantes, de ahí la importancia de comprender la dinámica que atraviesa el ser humano cuando se ve inmerso en situaciones que le generan estrés y los intentos por manejarlo a través de ciertas estrategias, fenómeno al que se le conoce como afrontamiento (Macías et al., 2013).

En la actualidad, diferentes modelos han intentado explicar las respuestas del sujeto frente a eventos críticos con el fin de potencializar estrategias que le sean funcionales dentro de su entorno. De ahí que el afrontamiento haya sido objeto de análisis desde el modelo médico, el psicoanálisis y la psicología cognitiva. (Macías et al., 2013). En lo que respecta a las investigaciones desarrolladas desde el modelo médico, se planteaba a nivel fisiológico que, de acuerdo con la biología evolutiva, la supervivencia dependía en gran medida de la habilidad de predecir y controlar el ambiente en el que se desenvolvía el sujeto con el fin de dominar a los agentes nocivos. Por su parte, el psicoanálisis en 1937 definió el afrontamiento

como el conjunto de pensamientos y actos reflexivos encaminados a solucionar los problemas del individuo y a reducir el estrés derivado de ellos (Macías et al., 2013). Desde esta perspectiva, el afrontamiento es considerado un proceso organizado y maduro del *yo* debido a los recursos reguladores que intervienen.

A pesar de los avances en las investigaciones sobre el afrontamiento, las propuestas desarrolladas por el modelo médico y el psicoanálisis mantenían una visión poco diferenciada del concepto de afrontamiento debido a que ambas propuestas se centran únicamente en ciertos rasgos del proceso, lo cual deriva en una comprensión parcial del fenómeno, dado que se ignora la complejidad de formas en las que una persona puede afrontar una situación (Quintanilla et al., 2005).

Posteriormente, derivado de las investigaciones desarrolladas en el Berkeley Stress and Coping Project en los años setenta, Lazarus y Folkman (1986 citados en Di-Colloredo et al., 2007), a quienes se les considera grandes representantes del modelo cognitivo, propusieron uno de los mayores desarrollos teóricos del afrontamiento.

El modelo desarrollado por Lazarus y Folkman (1986 citados en Universidad de Barcelona, 2022) se centra básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante, la cual surge como resultado de la interacción entre la persona y el entorno. De tal forma que, el impacto de la situación estresante está mediado tanto por las evaluaciones que hace la persona del estresor como por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a dicha situación de estrés.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) cuando un individuo se enfrenta a una situación potencialmente estresante, en primer lugar, realiza una evaluación primaria, es decir, una valoración acerca de la situación para calificarla como estresante, positiva, controlable, cambiante o irrelevante. Como resultado de la evaluación primaria, al considerarse una situación como estresante se realiza una segunda evaluación, denominada

evaluación secundaria, la cual determinará los posibles recursos y opciones que dispone la persona para hacer frente a la situación.

Al respecto, la Universidad de Barcelona (2022) considera que los resultados de la evaluación secundaria predisponen al desarrollo de estrategias de afrontamiento. De acuerdo con estos autores, Lazarus y Folkman (1986) realizaron una clasificación de dichas estrategias que apuntan básicamente en dos direcciones: estrategias orientadas al problema, es decir, comportamientos dirigidos a gestionar la fuente de estrés y estrategias dirigidas a la regulación emocional, las cuales están orientadas a la regulación de las reacciones emocionales negativas que derivan de la situación considerada estresante.

A partir de la teoría sobre el afrontamiento desarrollada por Lazarus y Folkman (1986 citados en Castaño & León, 2010) se ha ampliado un fructífero campo de investigación que en la actualidad pone en manifiesto distintas estrategias de afrontamiento con diferente utilidad y eficacia que a su vez son utilizadas por diferentes grupos de población.

### **3.2 Definición del concepto afrontamiento**

El concepto afrontar proviene del latín *\*affrontāre*, der. de *frons, frontis* 'frente' y es definido por la Real Academia Española (2021) como el acto de hacer frente a un peligro, problema o situación comprometida.

Ciertamente, el afrontamiento es un concepto que ha sido definido desde tiempos remotos por diversos autores, quienes a su vez han contribuido a ampliar su definición. Es por lo que, en el presente apartado se describen algunas de las definiciones que han surgido a partir de investigaciones desarrolladas a lo largo del tiempo.

Los primeros autores en definir el afrontamiento fueron Lazarus y Folkman (1984), en aquella época dichos autores consideraron que el término afrontamiento tenía su explicación desde el modelo animal y se conformaba a partir de los actos mediante los que el individuo intentaba controlar las condiciones adversas del entorno con el objetivo de disminuir el grado

de perturbación psicofisiológica producida por estas condiciones. Dos años más tarde, en 1986, estos mismos autores ampliaron su definición agregando algunos componentes como como lo son los esfuerzos cognitivos y conductuales. De tal manera que, el afrontamiento fue definido como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141).

Posteriormente, Skinner y Zimmer (2007) pusieron de manifiesto que el proceso de afrontamiento constituía el "cómo las personas movilizan, guían, manejan, energizan y dirigen el comportamiento, la emoción y la orientación, o cómo no lo hacen” (p. 113) en condiciones estresantes. Años más tarde, a las investigaciones sobre el afrontamiento se agregó una nueva variable: la regulación del estrés. A propósito, los primeros autores en incluir esta nueva variable fueron Eisenberg et al. (1997), quienes definieron el afrontamiento como un fenómeno que involucra procesos regulatorios del estrés aplicado a un subconjunto de contextos. De manera similar, Skinner (1999) incluyó la regulación como parte del afrontamiento, es decir, dicho fenómeno consideraba una regulación de la acción bajo situaciones estresantes.

A inicios del año 2000, Compas et al. (2001) conceptualizan el afrontamiento como aquellos esfuerzos conscientes que tienen por objetivo regular la emoción, la cognición, el comportamiento, la fisiología y el entorno, en respuesta a eventos estresantes. Sobre esta misma línea, Di-Colloredo et al. (2007) agregaron una nueva definición resaltando que cada una de las situaciones trae a su vez una respuesta de afrontamiento que permite que las personas se adapten o actúen ante la nueva situación, es decir, el conjunto de estas respuestas conforma las estrategias de afrontamiento.



Asimismo, Skinner y Zimmer (2007) refieren que el afrontamiento constituye sólo “un subconjunto de procesos de autorregulación, los que tienen lugar en circunstancias estresantes” (p. 122). A diferencia de otras definiciones, dichos autores consideran que el afrontamiento incluye más que la regulación de la emoción, es decir, cuando los individuos se enfrentan al estrés, intentan no solo lidiar con la experiencia emocional, la expresión y las reacciones fisiológicas, sino también coordinar el comportamiento motor, la atención, la cognición y las reacciones de los entornos social y físico; es por lo que a lo largo del siguiente escrito se tomará como punto de partida dicha definición.

### **3.3 Importancia del desarrollo de estrategias de afrontamiento**

Las exposiciones prolongadas a experiencias de estigmatización traen consigo diversas consecuencias, la mayoría de ellas negativas debido al deterioro en la calidad de vida de las personas, en la medida en que violentan sus derechos, limitan sus aspiraciones y restringen su desarrollo social y psicológico. Sin embargo, la investigación empírica (Smith et al., 2010) ha puesto en evidencia que las personas no son víctimas pasivas de la estigmatización debido a que desarrollan estrategias para afrontarla.

Existe una amplia variedad de experiencias de estigmatización por diversas razones como lo son la nacionalidad, el género, la etnia, la edad e incluso la composición corporal. Sin embargo, a pesar de abordar razones distintas de estigmatización, en los estudios previamente descritos existe un patrón general: la exposición a procesos complejos de estigmatización social tiene efectos negativos directos en su calidad de vida, sus aspiraciones y sus derechos. Asimismo, los datos arrojados de estas investigaciones ponen en manifiesto que las personas expuestas de manera crónica a la estigmatización no son víctimas pasivas del estigma puesto que desarrollan estrategias para afrontarlo.

A su vez, se deja en evidencia que pertenecer a grupos históricamente estigmatizados expone a sus miembros a eventos estresantes y que la respuesta ante este tipo de experiencias depende de la forma en que los sujetos identifican o reconocen la estigmatización como un

evento estresante. Al respecto, Di-Colloredo et al. (2007) consideran que el grado de amenaza que reconoce el individuo juega un papel importante en la respuesta de afrontamiento. Es decir, el grado en que una persona se siente amenazada depende de dos componentes, el primero es la evaluación de los recursos con los que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada; mientras que el segundo refiere a las condiciones que limitan su aplicación tal como el apoyo social.

Es por lo que una buena adaptación al medio se considera un factor básico de salud psicológica. De tal manera que, los estilos y estrategias de afrontamiento de los que dispone la persona y que utiliza de forma habitual, pueden suponer un facilitador, o un obstáculo en la interacción efectiva con los demás (Castaño & León, 2010). Sobre esta misma línea la estigmatización se ha vinculado con salud física y mental deteriorada, con baja satisfacción personal, un pobre rendimiento académico, mortalidad infantil, pobreza, y acceso limitado a vivienda, educación y trabajo (Smith et al., 2010).

A propósito, en relación con la estigmatización por el exceso de peso, se han estudiado múltiples formas de afrontamiento, que van desde los intentos de cambiar la condición estigmatizante (perder peso) hasta enorgullecerse de la condición y movilizar la acción social para prevenir la discriminación (Sánchez, 2022; Bautista et al., 2019; Puhl & Brownell, 2006).

Sin embargo, por varias razones es importante comprender el fenómeno de la estigmatización por el exceso de peso y las formas en que las personas afrontan la estigmatización.

La primera de ellas es que las personas con exceso de peso se consideran blanco de estigmatización, lo que hace indispensable la prevención del deterioro psicológico asociado con el estigma.

En segundo lugar, podemos aludir a la epidemiología del problema, en tanto que existe un gran número de personas eventualmente perjudicadas por el estigma, dado que los enfoques de pérdida de peso en la actualidad aún tienen un éxito limitado.

En tercer lugar y muy relacionado con el anterior, se tienen pocos datos acerca de las reacciones a la estigmatización entre las personas con exceso de peso, es decir, hace falta información acerca de los tipos de estrategias de afrontamiento más útiles para reducir el estigma y mejorar el bienestar.

Por tanto, se requiere información para desarrollar intervenciones dirigidas a la reducción de la estigmatización percibida y las consecuencias que de ella derivan.

### **3.4 Tipos de estrategias de afrontamiento**

Los tipos de afrontamiento son unidades descriptivas básicas diseñadas para captar cómo las personas responden al estrés cuando se enfrentan a problemas de la vida real. De ahí la importancia de la consideración de una taxonomía de respuestas de afrontamiento que distinga el estudio del afrontamiento y sus categorías individuales (Skinner & Zimmer, 2007).

Como ya se ha mencionado, inicialmente Lazarus y Folkman (1984) dividieron estas estrategias de afrontamiento en dos grandes grupos: el primero centrado en el problema y el segundo centrado en las emociones (Di-Collredo et al., 2007). El afrontamiento centrado en el problema tiene como función el manejo de las demandas individuales o ambientales que suponen una amenaza en la relación entre la persona y su entorno. Dicho manejo generalmente se realiza ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales. Por su parte, el segundo grupo de estrategias de afrontamiento se centra principalmente en la regulación emocional que conlleva esfuerzos para modificar el malestar y manejar a su vez, los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. Cabe destacar que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más

probabilidad de aparecer en aquellas situaciones o contextos en donde no se pueden modificar las condiciones, amenazantes o desafiantes del entorno. Por su parte, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más eficaces cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Cabe recalcar que a partir de la clasificación elaborada por Lazarus y Folkman (1984) existen innumerables estrategias de afrontamiento y su uso suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce (Di-Collredo et al., 2007). Es por lo que las respuestas de afrontamiento, debido a que se adaptan a demandas específicas y son moldeadas por los recursos y contextos en los que se desarrollan, son infinitas en su variedad (Skinner & Zimmer, 2007).

Debido a diferencias en los enfoques y dimensiones teóricas se han desarrollado una docena de formas de afrontamiento (Skinner & Zimmer, 2007). Esta docena incluye la resolución de problemas, búsqueda de apoyo, escape, distracción, reestructuración cognitiva, cavilación, impotencia, aislamiento social, regulación emocional, búsqueda de información, negociación, oposición y delegación. Las cuales cumplen con el mismo conjunto de funciones (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** Clasificación de los estilos de afrontamiento por Skinner y Zimmer (2007).

Familia de afrontamiento	Función en proceso adaptativo	Proceso adaptativo	Implica
<i>Resolución de problemas</i> Estrategias Acción instrumental Planificar	Ajustar las acciones para que sean efectivas		Mira y aprende Maestría Eficacia
<i>Buscando información</i> Lectura Observar Interrogar	Encuentra contingencias adicionales	Coordinar acciones y contingencias en el ambiente	Curiosidad Interesar
<i>Impotencia</i> Confusión Interferencia cognitiva Agotamiento cognitivo	Encuentra límites de acciones		Culpa Impotencia
<i>Escapar</i> Evitar Abstener Negar Ilusionar	Escapar de un entorno no contingente		Caer y Rodar Vuelo Temor
<i>Autosuficiencia</i> Regular emoción Regular comportamiento Expresar emociones Enfocar la emoción	Proteger los recursos sociales disponibles	Coordinar acciones y contingencias en el ambiente	Atender y hacerse amigo Orgullo
<i>Búsqueda de apoyo</i> Buscar contactos Buscar comodidad Ayuda instrumental Referencias sociales	Utilizar los recursos sociales disponibles		Búsqueda de proximidad Anhelo Otra alianza
<i>Delegación</i> Buscar de ayuda Quejar Autocompasión	Encuentra límites de recursos		Autocompasión Lástima
<i>Aislamiento social</i> Retiro social Ocultar Evitar a los demás	Retirarse de un contexto poco favorable	Coordinar acciones y contingencias en el ambiente	Agachate y cubrete Congelar Tristeza
<i>Alojamiento</i> Distraer Minimizar Aceptar	Ajuste de forma flexible las preferencias a las opciones		Escoge y elige Distracción Control secundario
<i>Negociación</i> Negociar Persuadir Establecer prioridades	Encuentra nuevas opciones		Compromiso
<i>Sumisión</i> Rumia Perseveración rígida Pensamientos intrusivos	Renunciar a las preferencias	Coordinar preferencias y opciones disponibles	Asco Perseverancia rígida
<i>Oposición</i> Proyectar Agredir	Eliminar restricciones		Ponte de pie y pelea Ira Desafío

Nota. Adaptado del artículo "The development of coping" por Skinner y Zimmer (2007).

### **3.5 Afrontamiento de la autoestigmatización por el exceso de peso**

En el capítulo anterior se hizo hincapié en la estigmatización derivada del exceso de peso corporal. Al tratarse de una característica visible e imposible de ocultar, un mayor tamaño corporal es blanco de devaluación y actitudes estigmatizantes (Gómez et al., 2017). Asimismo, se puso en evidencia que la estigmatización por el exceso de peso es un fenómeno que en la actualidad afecta las principales áreas en las que se desenvuelve el ser humano que lo ostenta: vida laboral, atención médica y educación (Puhl & Brownell, 2003).

Al verse permeada la estigmatización en la vida de los individuos con exceso de peso, estos adquieren un conjunto de atribuciones negativas sobre ellos mismos respecto al peso y la forma del cuerpo (Latner et al., 2014). De manera que derivado de la autoestigmatización, el exceso de peso se asocia comúnmente con una calidad de vida deteriorada. Incluso, en la mayoría de los casos dicho fenómeno puede conducir al individuo a desarrollar conductas extremas en búsqueda de la delgadez, aunque estas impliquen consecuencias nefastas para su salud.

Al respecto, Crocker et al. (1998 citado en Puhl & Brownell, 2003) consideran que la capacidad de control percibido de la situación de estigmatización es un determinante importante para que las víctimas del estigma enfrenten dicho fenómeno (Crocker et al., 1998). Sobre esta misma línea, Puhl y Brownell (2006) señalan que los esfuerzos de afrontamiento influyen en el bienestar psicológico y son de ayuda para atenuar el impacto de las experiencias estigmatizantes.

Es por lo que se han realizado diversas investigaciones con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan quienes son víctimas de la estigmatización y su impacto en su bienestar psicológico.

Una de las investigaciones en torno a este fenómeno es el estudio realizado por Myers y Rosen (1999) en el que examinaron de qué manera el estigma y el afrontamiento se

relacionan con la angustia psicológica en una población de pacientes con obesidad. Como parte del estudio se solicitó a los participantes que mencionaran situaciones estigmatizantes que habían experimentado y sus formas de afrontarlas. Asimismo, se encuestó sobre la frecuencia con la que se encontraron con cada forma de estigmatización y emplearon cada forma de afrontamiento. Como parte de los resultados se identificó que las principales fuentes de estigmatización estaban conformadas por los miembros de la familia, las personas extrañas y los contextos laborales. Mientras que las respuestas de afrontamiento empleadas con mayor frecuencia fueron: uso de autoafirmaciones positivas, evitación y apoyo en la religión.

Siguiendo esta misma línea, Puhl y Brownell (2006) realizaron una investigación acerca de la estigmatización basada en el peso, las fuentes del estigma y las estrategias de afrontamiento con el objetivo de abordar el fenómeno de estigmatización basada en el peso, las fuentes del estigma por el exceso de peso, las estrategias de afrontamiento para lidiar con el estigma, el funcionamiento psicológico y las conductas alimentarias. Los resultados indican que las situaciones de estigmatización más comunes reportadas por los participantes fueron: recibir comentarios desagradables de los niños, encontrar barreras y obstáculos físicos y recibir comentarios negativos de los miembros de la familia. En cuanto a las respuestas de afrontamiento más frecuentes para lidiar con el estigma se encontraron: evitar los comentarios negativos, utilizar el diálogo interno positivo, mayor ingesta de alimentos y búsqueda de apoyo social de los demás, la fe, la religión o la oración. Asimismo, como parte de las fuentes de estigma más comunes y frecuentes se encontraron los miembros de la familia, seguidos de los médicos, compañeros de clase, vendedores en tiendas, amigos y compañeros de trabajo.

Finalmente, Fettich y Chen (2012) realizaron un estudio acerca de la estigmatización por el exceso de peso, en candidatos afroamericanos y blancos seleccionados para cirugía bariátrica. Dichos autores pretendían comprender la relación entre el afrontamiento y el

estado de ánimo deprimido, para ello aplicaron una evaluación mediante el Inventario de Situaciones Estigmatizadoras (Catanzaro et al., 2000). Por su parte, el estado de ánimo depresivo se midió utilizando la puntuación total del Inventario de Depresión de Beck-II. Los resultados concluyeron que la frecuencia de uso de ciertas estrategias para hacer frente a experiencias estigmatizantes se asoció significativamente con el estado de ánimo deprimido en afroamericanos y blancos, más allá de los factores demográficos y la frecuencia del estigma relacionado con el peso.

A pesar de contar con investigaciones en torno al afrontamiento de la autoestigmatización por el exceso de peso, existe escasez de información sobre cómo las personas con obesidad pueden combatir la estigmatización de la que son objeto, de manera funcional (Myers & Rosen, 1999).

De ahí que generalmente, la gente cree que la mejor manera de eliminar las experiencias no deseadas de estigmatización es perder peso. Sin embargo, debido a que la reducción de peso no es una solución inmediata ni eficaz para la mayoría de las personas con exceso de peso, deben basarse en estrategias psicológicas para hacer frente a la estigmatización (Myers & Rosen, 1999).

### **3.6 Evaluación de las estrategias de afrontamiento en relación con el exceso de peso**

En la actualidad la estigmatización por el exceso de peso es motivo de preocupación debido a la alta prevalencia de personas con exceso de peso y obesidad. El aumento de esta condición mantiene preocupados a los gobiernos debido a los altos costes económicos y sociales que derivan en las personas que la padecen. Es por lo que se han desarrollado diversas investigaciones en torno a la estigmatización por exceso de peso y más recientemente, se han estudiado las respuestas de afrontamiento al estrés derivado de la estigmatización social, como las que fueron descritas en párrafos anteriores. Sin embargo, resulta fundamental evaluar las respuestas de afrontamiento a la estigmatización debido a que



a partir de estos datos se pueden generar intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de quien es víctima de este fenómeno. Es por lo que a continuación se hará una descripción de los instrumentos más utilizados para evaluar las estrategias de afrontamiento principalmente en pacientes con IMC >25 (ver Tabla 6).

**Tabla 6**

Instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizados en individuos con hiperpeso.

Nombre del instrumento	Autor(a)	Factores que evalúa
<i>Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)</i>	Sandín y Chorot (2003)	Afrontamiento emocional: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión emocional abierta</li> <li>- Evitación</li> <li>- Autofocalización negativa</li> </ul> Afrontamiento racional <ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda de apoyo social</li> <li>- Religión</li> <li>- Solución de problemas</li> <li>- Reevaluación positiva</li> </ul>
<i>Escala de modos de afrontamiento de problemas (EMEP)</i>	Gimenes y Queiroz (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afrontamiento centrado en el problema</li> <li>- Afrontamiento enfocado en la emoción</li> <li>- Afrontamiento religioso/espiritual</li> <li>- Búsqueda de apoyo social.</li> </ul>
<i>Cuestionario de emociones, estrés y afrontamiento (ceea)</i>	Vega et al. (2012)	27 preguntas que indagan estrategias de afrontamiento, emociones positivas y negativas
<i>Estimación del Afrontamiento (COPE).</i>		Compuesto por 60 preguntas por sub escalas que hacen referencia a las diferentes estrategias de afrontamiento del estrés: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda de apoyo social</li> <li>- Religión</li> <li>- Humor</li> <li>- Consumo de alcohol</li> <li>- Drogas</li> <li>- Afrontamiento activo</li> </ul>
<i>Respuestas de afrontamiento al estigma de peso</i>	Myers y Rosen (1999)	Evalúa 4 factores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compensación</li> <li>- Confrontación negativa</li> <li>- Autoprotección</li> <li>- Evitación</li> </ul>

Nota: Recopilación de instrumentos de evaluación en relación con las respuestas de afrontamiento ante la estigmatización por exceso de peso.

Tal como se muestra en la Tabla 6 existe una amplia diversidad de instrumentos que evalúan las estrategias de afrontamiento o también llamadas respuestas de afrontamiento. Los instrumentos mostrados en dicha tabla fueron aplicados en distintas investigaciones dirigidas principalmente a personas con exceso de peso. En la mayoría de estas investigaciones se tuvo por objetivo analizar las respuestas de afrontamiento de las personas con exceso de peso y su relación con diversas variables como el IMC, el estrés, la depresión y la ansiedad.

Sin embargo, a pesar de la gran variedad de instrumentos que existen, la mayoría de ellos mide sólo una reducida lista de estilos de afrontamiento, tal es el caso de la Escala de Estimación de Afrontamiento (Myers & Rosen, 1999) que únicamente considera seis estrategias de afrontamiento. Por otra parte, existen instrumentos de evaluación que agrupan la enorme lista de estilos de afrontamiento en factores generales, tal es caso de la Escala de Modos de Afrontamiento de Problemas elaborada por Gimenes y Queiroz (1997). Por su parte, Sandín y Chorot (2003) en el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés realizan una clasificación de dos estilos de afrontamiento generales: afrontamiento emocional y afrontamiento racional.

Sin embargo, cabe destacar que a pesar de la existencia de distintas escalas y cuestionarios para evaluar las estrategias de afrontamiento ninguna de las escalas antes mencionadas ajusta sus ítems de acuerdo con la población con la que será aplicado como lo realiza la Escala de respuestas de afrontamiento (Myers & Rosen, 1999) la cual ha sido desarrollada con el objetivo de evaluar las estrategias de afrontamiento en una población específica como lo son las personas con exceso de peso.

## **4. Método**

En este apartado se describen de manera específica los pasos y criterios a seguir para el desarrollo de la presente investigación. Para ello se especifica el objetivo del trabajo, las características de la muestra y los instrumentos y finalmente los pasos a seguir para el análisis que dará pie a los resultados.

### **4.1 Objetivo general**

Por consiguiente, la presente investigación tiene como objetivo identificar las respuestas de afrontamiento que utilizan jóvenes mexicanos con autoestigmatización por el exceso de peso.

#### **4.1.1 Objetivos particulares**

1. Describir los niveles de autoestigmatización presentes en jóvenes mexicanos con exceso de peso.
2. Identificar las respuestas de afrontamiento que utilizan los jóvenes mexicanos con exceso de peso para hacer frente a la autoestigmatización.
3. Evaluar si existe relación entre los niveles de autoestigmatización y los estilos de afrontamiento en jóvenes mexicanos con exceso de peso.

### **4.2 Características de la muestra**

El grupo de estudio fue una muestra no aleatoria intencional voluntaria de 331 jóvenes, 214 mujeres (65%) y 117 hombres (35%) con un rango de edad 15-35 años ( $M = 21$  años). Cabe destacar que los participantes son estudiantes de instituciones de educación superior (públicas y privadas) o de apoyo social de la Ciudad de México y área Metropolitana. Como parte de la investigación y de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) se distinguieron dos grupos: Sobrepeso ( $25 \text{ kg/m}^2$  a  $29.9 \text{ kg/m}^2$ ) 220 alumnos (66.5%); y Obesidad ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) 111 estudiantes (35.5%). (National Heart, Lung and Blood Institute, 2015).

### **4.3 Instrumentos de evaluación**

Para la medición antropométrica se usó báscula y cinta métrica, con lo que se obtuvo estatura (m) y peso (kg), datos que permitieron calcular el IMC.

En ausencia de instrumentos desarrollados en México para medir las variables de interés, se hizo una investigación bibliográfica hasta identificar las escalas construidas para población con exceso de peso y que midieran internalización del estigma de peso, así como respuestas de afrontamiento (Rodríguez, 2015).

#### **4.3.1 Escala de Autoestigmatización del Estigma de Peso (EAEP)**

La escala evalúa el grado de IEP a través de la aceptación de estereotipos sociales relacionados con rechazo de la obesidad y auto devaluación debida al propio peso, se adaptó a partir de la Escala de Internalización del Prejuicio de Peso de Durso y Latner (2008). Después de la adaptación y estudio piloto realizados para este trabajo (Rodríguez 2015), quedaron ocho reactivos concentrados en un solo factor, con diez opciones de respuesta en una escala de intervalo (1 = "Menor Acuerdo" a 10 = "Mayor Acuerdo"). Un ejemplo de reactivo de esta escala es: *"Debido a mi peso no merezco tener una vida social satisfactoria"*.

Tomando en consideración la adaptación de la escala de Rodríguez (2015) se propone modificar el nombre del instrumento por "Escala de Autoestigmatización por el Estigma de peso". Dicho cambio es validado por la misma autora a partir del planteamiento del origen del concepto, dado que la internalización de acuerdo con Álvarez y Sebastián (2018) la relación entre la actividad externa e interna, representa uno de los problemas más antiguos y persistentes en la psicología puesto que el origen de dicho termino alude a la relación mente/cuerpo planteado en el marco de la filosofía dualista (Castorina, 2002; Castorina & Baquero, 2005 citados en Álvarez & Sebastián, 2018). Este marco epistémico reconoce la idea fundamental de que los fenómenos físicos y los fenómenos psíquicos son de esencias

radicalmente diferentes. Incluso bajo este argumento diversos autores han retomado el término, entre los que destacan: P. Janet, M. Baldwin, G.H. Mead, J. Piaget, S. Freud, entre otros. De acuerdo con Blasco (1994) el problema de este tipo las palabras empleadas en el estudio de la psicología es que la existencia de palabras no significa en modo alguno, la existencia de eventos, es decir, lo fundamental no es estudiar las palabras, sino más bien estudiar los eventos que refieren. Es por lo que en la presente investigación se vuelve imprescindible modificar el termino internalización por autoestigmatización.

#### **4.3.2 Escala de Respuestas de Afrontamiento al Sobrepeso (ERAS)**

La adaptación de este instrumento que evalúa las respuestas de afrontamiento reportadas por personas con obesidad en Situaciones de Estigmatización por Peso se basó en el Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento de Myers y Rosen (1999). Afrontamiento es el resultado de un proceso durante el que se determina la naturaleza del riesgo de tener Sobrepeso, se valoran los recursos para actuar y se prepara una acción para reducir el estrés que representa el riesgo percibido (Lazarus & Folkman, 1984; Myers & Rosen, 1999; Puhl & Brownell, 2003).

Después de la adaptación en estudio previo (Rodríguez, 2015), la versión quedó con 19 reactivos organizados en cuatro factores: Auto-verbalización positiva, Confrontación asertiva, Evasión y Agresión; con diez opciones de respuesta en una escala de intervalo (1= “Menor Acuerdo” a 10 = “Mayor Acuerdo”). Un ejemplo de reactivo de esta escala es: “*Me comporto amable con todas las personas incluso si ellos fueron groseros conmigo*”.

#### **4.4 Procedimiento**

Se estableció relación con instituciones públicas y privadas de la Ciudad de México y área Metropolitana, para solicitar autorización de presentar el proyecto a los jóvenes adscritos. La medición de peso y estatura se realizó presencialmente en las instalaciones de la

institución a la que pertenecían quienes aceptaron participar. La versión impresa de las dos escalas se contestó el mismo día que se realizó la medición.

Hubo un total de 331 escalas respondidas en versión impresa, el orden de presentación de los instrumentos fue en primer lugar, la EIEP y en segundo lugar, la ERAS. Los participantes manifestaron su consentimiento informado al proporcionar datos personales y fueron enterados que tenían la opción de recibir acompañamiento psicológico de parte del grupo de investigación, si lo solicitaban.

El tratamiento estadístico de todos los datos se hizo utilizando el programa SPSS-20.

## 5. Resultados

Para la descripción de los resultados en primer lugar se especifican las características del grupo estudiado en términos de edad, género e IMC. En segundo lugar, se exponen los datos derivados del análisis de confiabilidad y validez de las escalas Autoestigmatización del Estigma de Peso (EAEP, Rodríguez 2015) y Respuestas de Afrontamiento al Sobrepeso (ERAS, Rodríguez 2015). A partir de dichos datos se muestran las calificaciones obtenidas de la aplicación de ambos instrumentos y finalmente se presentan los valores producto de las correlaciones entre los factores que componen las escalas.

### 5.1 Descripción de la muestra

Tomando en consideración la descripción de la muestra mencionada en el apartado de método en términos de edad, sexo y antropometría (ver Tabla 7), se pone énfasis en que las respuestas de los 331 participantes fueron analizadas con el programa estadístico SPSS en su versión 2.0 para Windows.

**Tabla 7**

Descripción de género, edad e IMC de los participantes

Género	Total	Edad	Total	IMC	Total
Mujeres	65%	Mínimo	15	Sobrepeso	67%
Hombres	35%	Máximo	35	Obesidad	33%
		Media	21		

Nota: Porcentajes de la muestra en relación con datos antropométricos.

Tal como se muestra en la Tabla 7, existe una mayor prevalencia de mujeres que conforman la muestra de la presente investigación, lo cual puede ser resultado de la visibilidad del fenómeno de la estigmatización por exceso de peso principalmente en este grupo de personas. Así mismo y como lo indica el título de esta tesis los participantes se encuentran en un rango de edad entre los 15 y 35 años, es decir, son jóvenes. Por último, pero



no menos importante más de la mitad de los jóvenes que conforman la muestra poseen exceso de peso, es decir, se encuentran por encima de su peso normal.

## **5.2 Confiabilidad y validez de los instrumentos**

Se sabe que, para satisfacer el objetivo de la investigación, es necesario contar con instrumentos válidos y confiables que midan cada una de las variables. Es por lo que a continuación, se describe el proceso de validez y confiabilidad de cada una de las dos escalas.

### **5.2.1 Escala de Autoestigmatización del Estigma de Peso (EAEP)**

Con el objeto de corroborar la validez de la EAEP (Rodríguez, 2015) originalmente conformada por 8 reactivos, se realizó un análisis factorial exploratorio, diseñado con base en el método de extracción de Componentes Principales y con la aplicación de la rotación ortogonal Varimax. El análisis redujo el número de reactivos a 6, divididos en dos factores.

El factor uno agrupó cuatro reactivos relacionados con la autoevaluación derivada del exceso de peso, se le denominó Devaluación Individual y obtuvo una varianza explicada de 61%. El Factor dos agrupó únicamente dos reactivos caracterizados por descalificación social del exceso de peso, a dicho factor se le nombró Devaluación Social y explicó el 13% de varianza (ver Tabla 8). A partir de los resultados se concluye que la EAEP se conformó de dos factores que en conjunto explicaron el 74% de la varianza, lo cual indica que dicha escala tiene una consistencia interna satisfactoria.

**Tabla 8**

Definición de los 2 factores que conforman la EAEP

Factores	Definición
Devaluación personal	Predisposición y acción de la persona mediante las cuales demerita su valor en consecuencia de su exceso de peso.
Devaluación social	Interpretación de verbalizaciones y acciones provenientes del medio social, que menoscaban el valor de una persona como consecuencia del exceso de peso.

Nota: Factores definidos a partir de la reducción factores del instrumento en su versión original.

El análisis de confiabilidad de la escala se hizo calculando el alfa de Cronbach, la confiabilidad total del instrumento fue de  $\alpha = 0.871$ , mientras que los valores resultantes por factor fueron: “Efectos de la interpretación de situaciones por poseer exceso de peso”  $\alpha = 0.863$ , y “Interpretación de situaciones de carácter social sobre el propio exceso de peso”  $\alpha = 0.669$ . Lo cual indica que los ítems que conforman dicho componente componen el mismo constructo (ver Tabla 9).

**Tabla 9**

Distribución de reactivos y cargas factoriales para los 2 factores que conforman la Escala de Autoestigmatización del Estigma de Peso.

Factores	Reactivos	Carga factorial
Efectos de la interpretación de situaciones por poseer exceso de peso	Cuando pienso mucho en mi sobrepeso me deprimó.	0.81
	Desearía poder disminuir drásticamente mi peso.	0.86
	Me causa ansiedad la opinión que la gente tenga de mí por el sobrepeso	0.71
	Mi sobrepeso me hace sentir que no soy yo mismo(a)	0.79
Interpretación de situaciones de carácter social sobre el propio exceso de peso	Debido a mi peso no merezco tener una vida social satisfactoria	0.86
	Mi valor como persona depende de mí peso	0.75

### 5.2.2 Escala de Respuestas de afrontamiento al sobrepeso (ERAS)

Con el objeto de corroborar la validez de la ERAS (Rodríguez, 2015), conformada originalmente por 19 reactivos, se realizó un análisis factorial exploratorio, diseñado con base en el método de extracción de Componentes Principales y con la aplicación de la rotación ortogonal Varimax. El análisis redujo el número de reactivos a 12, divididos en cuatro factores que a continuación se describen (ver Tabla 10).

**Tabla 10**

Definición de los 4 factores que conforman la ERAS

Factores	Definición
Confrontación agresiva	Violencia física o verbal dirigida a quien originó la estigmatización
Compensación	Ostentar habilidades independientes del tamaño del cuerpo mediante las cuales se obtiene atención positiva.
Autoprotección	Suprimir el efecto negativo de la estigmatización con verbalizaciones positivas
Evitación	Evadir situaciones de carácter físico o social ante el riesgo previsto de ser estigmatizado

Nota: Factores definidos a partir de la traducción del instrumento en su versión original.

El factor uno agrupó tres reactivos relacionados con una violencia dirigida a quien originó la estigmatización, se le denominó Confrontación agresiva y obtuvo una varianza explicada de 28%. Del mismo modo, el Factor dos agrupó tres reactivos caracterizados por compensación de habilidades, a dicho factor se le nombró Compensación y explicó el 48% de varianza. El tercer factor concierne a la supresión del efecto negativo de la estigmatización, por lo que se le nombró Autoprotección y obtuvo una varianza del 11%. El último factor se relacionó con la evasión de riesgos derivados de la estigmatización y denominado Evitación y explicó una varianza del 8%. A partir de los resultados se concluye que la Escala de Respuestas de Afrontamiento al Sobrepeso basada en Myers y Rosen (1999), se conformó por cuatro factores que en conjunto explicaron el 67% de la varianza, lo cual indica que dicha escala tiene una consistencia interna satisfactoria (ver Tabla 11).

El análisis de confiabilidad de la escala se hizo calculando el alfa de Cronbach, la confiabilidad total del instrumento fue de  $\alpha = 0.878$ , mientras que los valores resultantes por factor fueron: Confrontación agresiva  $\alpha = 0.878$ ; Compensación  $\alpha = 0.759$ ; Autoprotección  $\alpha = 0.603$  y Evitación  $\alpha = 0.592$ . Lo cual indica que los ítems que conforman dicho componente son parte del mismo constructo.

**Tabla 11**

Distribución de reactivos y cargas factoriales para los 4 factores que conforman la ERAS

Factores	Reactivos	Carga factorial
Confrontación agresiva	Humillo a la gente que intenta maltratarme por mi peso	0.87
	Insulto o amenaza a la gente que me hace sentir mal	0.87
	Intento avergonzar a los que me molestan	0.88
Compensación	Busco ropa nueva que se me vea bien	0.81
	Hago cosas para demostrar que tengo tanto valor y capacidad como todos	0.76
	Hago cosas que me hacen sentir mejor	0.75
Autoprotección	Me comporto amable con todas las personas, incluso si ellos son groseros conmigo	0.68
	Me río o bromeo	0.75
	Pienso: "No debe importarme la opinión que tengan de mí los otros"	0.67
Evitación	Evado lugares públicos porque temo que la gente haga comentarios negativos de mí	0.72
	Evado reflejarme en cristales o espejos	0.75
	Me pongo a llorar para tranquilizarme	0.66

Nota: Reactivos pertenecientes a los factores que componen la ERAS de acuerdo con los resultados del método extracción de componentes principales.

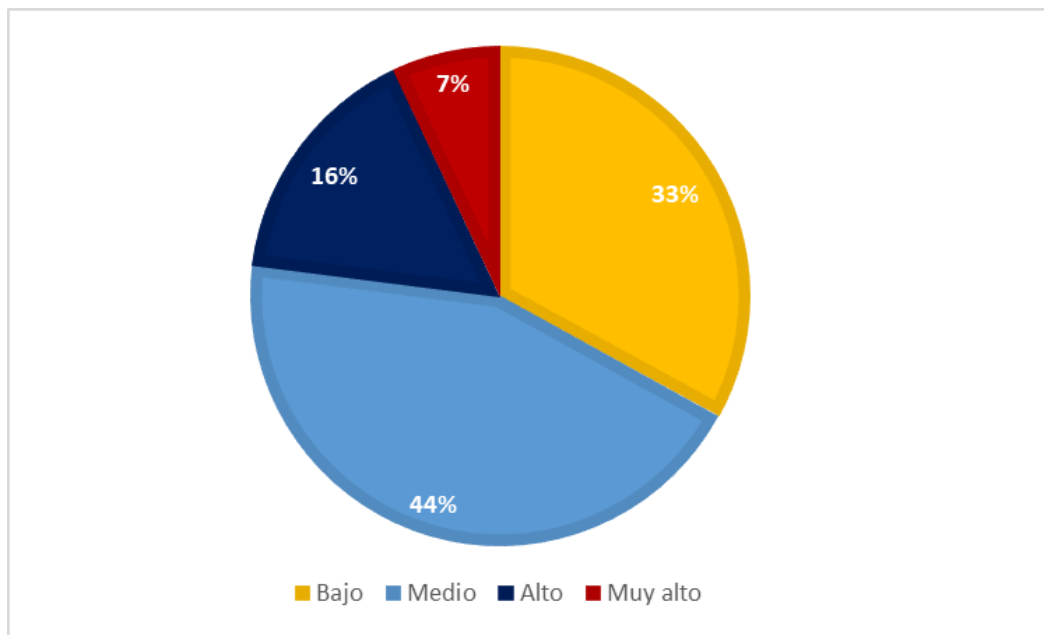
### 5.3 Estadística descriptiva e inferencial de la EAEP y ERAS

A partir de la aplicación de la EAEP (Rodríguez, 2015) se realizó un análisis estadístico descriptivo, mediante el cual se obtuvo la calificación de los participantes, entre las calificaciones mínima (6) y máxima (60) de las respuestas al instrumento, así como el promedio de las calificaciones obtenidas del total de participantes ( $M = 21.55$ ); dicho dato sugiere que existe presencia de internalización del estigma en los participantes; ahora bien, al comparar la media de internalización del estigma de mujeres ( $M = 22.98$ ); en contraste con la de los hombres ( $M = 18.95$ ) se halló que la diferencia es estadísticamente significativa ( $p = .006$ ) utilizando la prueba estadística U de Mann Whitney..

Para obtener mayor precisión de los datos se realizó una clasificación de los puntajes dividiéndolos en cuartiles de acuerdo con el nivel en el que se encontraba cada participante: nivel bajo, nivel medio, nivel alto y nivel muy alto. Los resultados indican que el 33% de participantes se ubicó en un nivel bajo, 44% poseen un nivel medio de autoestigmatización, mientras que el resto de los estudiantes obtuvo niveles de autoestigmatización alto 16% y muy alto 7% (ver Figura 2). Lo cual indica que los participantes poseen niveles de internalización del estigma en todos los cuartiles.

## Figura 2

Porcentaje de participantes y niveles de autoestigmatización por el exceso de peso



Nota. La gráfica muestra que los participantes con exceso de peso poseen niveles de estigmatización por exceso de peso.

Por otro lado, como parte del análisis de los datos obtenidos a partir de la aplicación de la ERAS (Rodríguez, 2015) se realizó de igual forma un análisis estadístico descriptivo, obteniendo la calificación mínima (12) y máxima (120) de las respuestas de los participantes, así como el promedio de las calificaciones obtenidas  $M = 46.80$ , dicho dato sugiere que los participantes manifiestan respuestas de afrontamiento ante el estigma asociado al sobrepeso.

Posteriormente, se obtuvieron los puntajes totales de las subescalas que componen el instrumento: Confrontación agresiva, Compensación, Autoprotección y Evitación (ver Tabla 12).

**Tabla 12**

Resultados de las estrategias de afrontamiento que compone ERAS.

Subescalas	Mínimo	Máximo	Media	Porcentaje
Confrontación agresiva	3	30	5.71	12%
Compensación	3	30	16.55	36%
Autoprotección	3	30	17.93	38%
Evitación	3	29	6.55	14%

Nota. Los datos de la tabla son valores obtenidos mediante estadística descriptiva

Los datos mostrados en la Tabla 12 señalan que una de las estrategias utilizada en mayor medida es la autoprotección (38%), seguida de la compensación (36%). Es decir, los participantes utilizan mayormente estrategias que los dotan de habilidades para hacer frente al estigma por el exceso de peso, sin confrontar.

Los resultados mostrados previamente satisfacen los objetivos particulares uno y dos; en la medida que se presentan las calificaciones de los niveles de autoestigmatización que experimentan las personas con exceso de peso y además, se describen las respuestas de afrontamiento utilizadas para hacer frente al estigma.

Con respecto al objetivo particular número tres, se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para correlacionar las puntuaciones de estrategias de afrontamiento y autoestigmatización en participantes con exceso de peso y obesidad; con base en los resultados se identificó que existe una correlación estadísticamente significativa  $r = 0.33$ ,  $p > .01$  entre el nivel de autoestigmatización del estigma por el exceso de peso (EAEP) y las estrategias de afrontamiento que conforman la ERAS utilizadas por los participantes. Retomando los dos grupos que conforman la presente investigación: exceso de peso y obesidad, se identificó la correlación entre las variables autoestigmatización y respuestas de afrontamiento de cada grupo por separado, para ello se aplicó nuevamente la prueba no paramétrica Rho de Spearman. En lo que respecta al grupo con exceso de peso, los resultados

confirman que existe correlación estadísticamente significativa  $r = 0.31, p > .01$  entre las dos variables; lo cual se describe con mayor detalle más adelante. Por otro lado, en lo que refiere a los participantes ubicados en la clasificación obesidad se halló que de igual forma existe correlación estadísticamente significativa  $r = 0.39, p > .01$  entre la autoestigmatización y el exceso de peso.

Como parte de la investigación con personas con exceso de peso y obesidad se realizó una correlación entre los niveles de autoestigmatización y cada uno de los factores que componen el instrumento de respuestas de afrontamiento al estigma empleando la *prueba no paramétrica Rho de Spearman* (ver Tabla 13). Tomando en consideración los resultados de cada factor, se encontró que existe correlación estadísticamente significativa únicamente en el factor evitación  $r = 0.53, p < 0.01$ , lo cual deja en evidencia que la evitación es la respuesta relacionada significativamente con la internalización del estigma entre los jóvenes, sin importar el género.

**Tabla 13**

Correlaciones entre EAEP y ERAS en personas con exceso de peso y obesidad.

Subescalas	Coefficiente de correlación	<i>P</i>
Confrontación agresiva	0.21	.01
Compensación	0.21	.01
Autoprotección	0.047	.01
Evitación	0.53	.01

Nota. Los datos de la tabla son valores obtenidos mediante estadística inferencial

Partiendo del análisis descrito previamente se obtuvieron los valores correspondientes de la correlación entre los niveles de autoestigmatización y cada uno de los factores que componen el instrumento de respuestas de afrontamiento al estigma por género. Los



resultados indican que tanto para hombres como mujeres existe mayor correlación en el factor evitación (ver Tabla 14).

**Tabla 14**

Correlaciones entre EAEP y ERAS en mujeres y hombres

Subescalas	Coefficiente de correlación mujeres	Coefficiente de correlación hombres	<i>p</i>
Confrontación agresiva	0.20	0.32	.01
Compensación	0.17	0.23	.01
Autoprotección	0.055	0.008	.01
Evitación	0.54	0.49	.01

Nota. Los datos de la tabla son valores obtenidos mediante estadística inferencial

De manera más detallada, se calculó la correlación entre los niveles de autoestigmatización y cada uno de los factores que componen el instrumento de respuestas de afrontamiento al estigma partiendo de la clasificación del IMC: sobrepeso y obesidad, para lo cual se empleó la *prueba no paramétrica Rho de Spearman*. De acuerdo con los resultados obtenidos por factor, se encontró que existe mayor correlación para ambos grupos en el factor Evitación (ver Tabla 15).

**Tabla 15**

Correlaciones entre EAEP y ERAS de acuerdo con la clasificación del IMC

Subescalas	Participantes exceso de peso N= 222	Coefficiente de correlación obesidad N= 111	<i>p</i>
Confrontación agresiva	0.21	0.21	.01
Compensación	0.21	0.18	.01
Autoprotección	-0.011	0.18	.01
Evitación	0.53	0.52	.01

Nota. Los datos de la tabla son valores obtenidos mediante estadística inferencial

A partir de los resultados se puede concluir que existe presencia de estigmatización por el exceso de peso en el total de participantes que conforman la muestra, lo cual deja en

evidencia que el fenómeno de la estigmatización forma parte de la vida cotidiana de la mayoría de los jóvenes mexicanos que participaron en el estudio. En este punto cabe destacar que al existir una alta prevalencia de este fenómeno sería fundamental analizar posibles vías de intervención para una menor afectación psicológica de las personas. De ahí la importancia de analizar las respuestas de afrontamiento que utilizan los jóvenes para enfrentar el estigma. Al respecto, los resultados señalan que en lo que respecta a las respuestas de afrontamiento, los participantes optan por evitar situaciones/personas en las son blanco de estigmatización para eludir las consecuencias que genera la exposición a las mismas.

## 6. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar las respuestas de afrontamiento que utilizan jóvenes mexicanos con autoestigmatización por el exceso de peso. Tomando en consideración los resultados presentados anteriormente se concluye que dicho objetivo se cumplió puesto que se obtuvieron, en primer lugar, los niveles de autoestigmatización por el exceso de peso; posterior a ello, se analizaron las respuestas de afrontamiento que los participantes suelen utilizar para hacer frente al estigma; finalmente y de manera adicional se realizó la correlación entre los niveles de autoestigmatización y las respuestas de afrontamiento con el propósito de validar los resultados obtenidos en el análisis descriptivo.

Tal como se menciona en el método, previo a la aplicación de la EAEP (Rodríguez, 2015) 2008) y la ERAS (Rodríguez, 2015) se calculó la confiabilidad y validez de ambos instrumentos. Para calcular la validez se realizó un análisis factorial exploratorio, con base en el método de extracción de Componentes Principales y con la aplicación de la rotación ortogonal Varimax. En este punto cabe destacar que como resultado de dicho análisis se redujo el número de reactivos de ambos instrumentos.

Como se mencionó en el apartado de resultados, existe una alta prevalencia de estigmatización por exceso de peso en los jóvenes mexicanos participantes, lo cual demuestra que existen grupos que aceptan, además de propagar, estereotipos causantes de las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso y obesidad (Castillo & Jaúregui, 2017).

En lo que respecta a las diferencias por género entre los niveles de estigmatización por exceso de peso, existe una mayor prevalencia en mujeres que se manifiesta con el 65% de ellas entre los participantes. Así mismo se hallaron diferencias significativas ( $p = .006$ ) entre mujeres y hombres ( $M = 22.98$ ;  $M = 18.95$ ), en relación con la calificación de autoestigmatización lo cual concuerda con lo expuesto por Puhl et al. (2008 citados en Latner

et al., 2014) quienes consideran que el fenómeno del estigma por dicha afección es especialmente más común en mujeres que en hombres.

Por otro lado, los datos obtenidos a partir de la ERAS dejan en evidencia que las estrategias que más utilizan los jóvenes para hacer frente al estigma son la Autoprotección seguida de la Compensación, lo cual podría sugerir que dichos jóvenes poseen estrategias que los dotan de habilidades para hacer frente al estigma por el exceso de peso. Sin embargo, al calcular la correlación entre los niveles de autoestigmatización y cada uno de los tipos de respuestas de afrontamiento que compone la ERAS (Myers y Rosen, 1999), únicamente se encontró correlación con la respuesta Evitación. Probablemente dicho resultado tenga su origen en las implicaciones del término autoestigmatización. La autoestigmatización por el exceso de peso es el conjunto de atribuciones negativas que poseen los individuos sobre ellos mismos respecto al peso y la forma de su cuerpo, las cuales están relacionadas directamente con los estereotipos en torno a la belleza, establecidos por la sociedad (Durso & Latner, 2008; Durso et al., 2012 citados en Latner et al., 2014). Es decir, al estar expuestos los jóvenes al estigma por exceso de peso tienden a aceptar que debido a su condición deben ser víctimas de actitudes estigmatizantes, lo cual puede reducir indudablemente la capacidad de control percibido de la situación de estigmatización. Misma que es un determinante importante para enfrentar dicho fenómeno (Crocker et al., 1998).

Al tratarse de un fenómeno de origen social, la estigmatización por exceso de peso se convierte en una manifestación que difícilmente podrá ser contrarrestada o aminorada, a pesar de los esfuerzos e intentos por reducir la propagación de la estigmatización, la sociedad sigue fortaleciendo actitudes de desacreditación y rechazo hacia este grupo de individuos. Por lo que, el enfoque de las intervenciones con carácter psicológico debe centrarse de manera individual, es decir, modificar las respuestas del individuo víctima de estigmatización. Al respecto Puhl y Brownell (2006) señalan que los esfuerzos de afrontamiento influyen en el

bienestar psicológico y son de ayuda para atenuar el impacto de las experiencias estigmatizantes.

De ahí la importancia de desarrollar programas enfocados en el desarrollo de competencias de afrontamiento efectivo para que las personas pongan en práctica respuestas de afrontamiento adaptativas que regulen las consecuencias que genera ser víctimas de estigmatización por exceso de peso. Con ayuda de estas estrategias los resultados pueden cambiar considerablemente el impacto de la estigmatización.

A pesar de que se lograron obtener valores estadísticamente significativos de los factores que componen los instrumentos, el número reducido de estos puede considerarse un punto de partida para futuras investigaciones que evalúen la posibilidad de añadir un mayor número de reactivos con el objetivo de aumentar la consistencia de ambas escalas. En este punto cabe destacar que la presente investigación es apenas un primer acercamiento a la investigación de las variables en cuestión.

## Referencias

- Amy, N., Aalborg, A., Lyons, P y Keranen, L. (2005). Barriers to routine gynecological cancer screening of White and African–American obese women. *International Journal of Obesity*, 30(1), 147-55. <https://www.nature.com/articles/0803105>
- Álvarez, A y Sebastián, C. (2018). *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 8(1), 5-35. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262018000100004](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262018000100004)
- Baile, J., González, M., Palomo, R y Rabito, M. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*, 1(11), 1-14. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2020a1>
- Barquera, S., Hernández L., Trejo, B., Shamah, T., Campos, I y Rivera, J. (2020). Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. Ensanut 2018-19. *Salud Pública México*, 62(6), 682-692. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11630/11970>
- Bautista, M., Márquez, A., Ortega, N., García, R y Alvarez, G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 121-133. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232019000100121](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100121)
- Blasco, T. (1994). La teoría interconductual: una alternativa conceptual para la psicología. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 20(69), 57-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7075363>
- Benítez, N., Pérez, A., Camacho, S., Fernández, T., Petermann, F., Valera, D., Almendra, R., Martínez, J., Gamero, A., Nava, E., Baladía, E y Navarrete, E. (2021). Estigmatización de la obesidad: un problema a erradicar. *Revista Española de*

*Nutrición Humana y Dietética*, 25(1), 5-7.

<https://www.renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/1271/757>

Brescia, M., Mattos, S., Porto, V., Lía, M y Wschebor, M. (2021). Estigma y enfermedad mental: intervención en estudiantes de Medicina. *Revista Médica de Uruguay*, 37(1), 1-9. <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/672>

Bermúdez, B y Hernández, F. La estigmatización del cuerpo obeso: percepción de un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 21-27. <https://www.redalyc.org/pdf/507/50730962004.pdf>

Catanzaro, S., Wasch, H., Kirsch, I. y Mearns, J. (2000). Expectativas y disposiciones relacionadas con el afrontamiento como predictores prospectivos de respuestas y síntomas de afrontamiento. *Revista de personalidad*, 68 (4), 757-788. <https://psycnet.apa.org/record/2000-08970-004>

Castaño, E y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245- 257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>

Castillo, A y Jáuregui, I. (2017). Experiencias de rechazo social relacionado con el peso. *Conducta Alimentaria*, 25, 2637-2682. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/476451>

Compas, B., Connor, J., Saltzman, H y Harding, A. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. [https://www.researchgate.net/publication/12060861\\_Coping\\_with\\_stress\\_during\\_childhood\\_and\\_adolescence\\_Problems\\_progress\\_and\\_potential\\_in\\_theory\\_and\\_research](https://www.researchgate.net/publication/12060861_Coping_with_stress_during_childhood_and_adolescence_Problems_progress_and_potential_in_theory_and_research)

Cortés, C., Escobar, A., Cebada, J., Soto, G., Bilbao, T y Vélez, M. (2018). Estrés y cortisol: implicaciones en la ingesta de alimento. *Revista Cubana de Investigaciones Bioédicas*, 37(3), 1-15.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002018000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000300013)

Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Estigma social. En Gilbert, D., Fiske, S y Lindzey, G. (Eds.), *El manual de psicología social*. McGraw-Hill.

Di-Colloredo, C., Aparicio, D y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psicología. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996002>

Domingo, M y López, J. (2014). La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de Bioética*, 25(84), 273-284.

<https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/4866929>

Durán, P. (2005). Transición epidemiológica nutricional o el “efecto mariposa”. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(3), 195-197.

<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n3/v103n3a02.pdf>

Durso, L y Latner, J. (2008). Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity Journal*, 16(2), 80-86.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2008.448>

Durso, L., Latner, J., White, M., Masheb, R., Blomquist, K., Morgan, P y Grilo, C. (2012). Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: Associations with eating disturbances and psychological functioning. *Eating Disorders*, 45(3), 423-427. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.20933>

Eisenberg, M., Guthrie, I., Fabes, R., Reiser, M., Murphy, B., Holgren, R., Maszk, P y Losoya, S. (1997). The Relations of Regulation and Emotionality to Resiliency and Competent Social Functioning in Elementary School Children. *Child Development*, 68(2), 295-311. <https://www.jstor.org/stable/1131851>

Faith, M., Leone, M., Ayers, T., Heo, M y Pietrobelli, A. (2002). Weight Criticism During



- Physical Activity, Coping Skills, and Reported Physical Activity in Children. *Pediatrics*, 110(2), 1-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12165622/>
- Chen, E y Fettich, K. (2012). Correlates of suicidal ideation and/or behavior in bariatric-surgery-seeking individuals with severe obesity. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(3), 137–143. <https://psycnet.apa.org/record/2012-13269-003>
- García, X., Allué, N., Pérez, A., Ariza, C., Sánchez, F., López, M y Nebot, M. (2014). Hábitos alimentarios, conductas sedentarias y sobrepeso y obesidad en adolescentes de Barcelona. *Anales de pediatría*, 83(1), 3-10. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403314003877>
- García, L. J., Piqueras, J. A., Rivero, R., Ramos, V y Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *Revista CES Psicología*, 1(1),70-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539527008>
- Gimenes, M y Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. En Gimenes, M y Fávero, M. (Eds.). *A mulher e o câncer*. Editorial Psy.
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu editores.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Madrid, España: Amorrortu editores.
- Gómez, D., Ortiz, M y Saiz, J. (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. *Rev Med Chile*, 145, 1160-1164. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n9/0034-9887-rmc-145-09-1160.pdf>
- Jimeno, A., Rupérez, A y Moreno, L. (2021). Factores determinantes del comportamiento alimentario y su impacto sobre la ingesta y la obesidad en niños. *Journal of Behavior and Feeding*, 1(1), 60-71. <http://www.jbf.cusur.udg.mx/index.php/JBF/issue/view/2>
- Latner, J y Stunkard, A. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity*

- Research*, 11(3), 452-456. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.61>
- Latner, J., Barile, J., Durso, L y O'Brien, K. (2014). Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. *Eating Behaviors*, 15, 586–590. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25215477/>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company. (Traducción española *Estrés y procesos cognitivos*, 1986, Barcelona: Martínez Roca).
- Lippevelde W., Maesa, L y Braetb, C. (2015). Escuela y obesidad. In Frelut, M (Ed.), *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity (1-19)*. Retrieved from ebook. ecog-obesity. <https://ebook.ecog-obesity.eu/wp-content/uploads/2018/07/ECOG-Obesity-eBook-Escuela-y-obesidad.pdf>
- Macías, M., Orozco, C., Amarís, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123–145. <https://psycnet.apa.org/record/2014-04443-006>
- Magallares, A. (2014). Prejuicios, discriminación y calidad de vida en obesidad mórbida. En Rubio, M., Ballesteros, M., Sánchez, A y Torres, A (Eds.), *Manual de obesidad mórbida* (pp. 79-84).Panamericana.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenges to academic, scientific, and professional Psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14. <https://www.researchgate.net/publication/16116851>
- Marichal, F y Nieves, M. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458-465. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=357>
- Martínez, J., Moreno, M., Marques, I y Martí, A. (2002). Causas de la obesidad.

*Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(1), 17-27.

<https://dadun.unav.edu/handle/10171/18784>

Moreno, D. y Rodríguez, M. (s.f). Psicología de la Salud y las aproximaciones conductual, cognitivo conductual, cognitivo social e interconductual. *La psicología y sus ámbitos de intervención*, 2, 2-49.

Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista médica clínica Condes*, 23(2), 124-128. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707633?lang=es>

Moreno, L., García, J., Soto, G., Caprano, S y Limón, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista médica del hospital general de México*, 77(3), 114-123.

<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=103591>

Mullan, H & McDade, T. (2018). The Biosocial Approach to Human Development, Behavior, and Health Across the Life Course. *The Russell Sage Foundation Journal of the Social Sciences*, 4(4), 2–26.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6434524/>

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009). *El estigma de la enfermedad mental*. Ed. Complutense.

Myers, A y Rosen, J. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23, 221–230. <https://www.nature.com/articles/0800765>

Oldenburg, B., Sallis, J., Ffrench, L & Owen, N. (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health education research*, 14(1), 121-130. <https://psycnet.apa.org/record/1999-10401-011>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Obesidad y sobrepeso.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Orozco, A y Castiblanco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203- 217. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80438019013>
- Palmeros, C., Hurtado, J y Torres, B. (2016). La obesidad en México. Programas en marcha. *Real Academia Nacional de Farmacia*, 82, 55-63. [https://analesranf.com/wp-content/uploads/2016/82\\_ex2/82ex2\\_05.pdf](https://analesranf.com/wp-content/uploads/2016/82_ex2/82ex2_05.pdf)
- Petrova, D., Salamanca, E., Rodríguez, M., Navarro, P., Jimenez, J y Sánchez, M. (2020). La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Atención primaria*, 52(7), 496-500. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247450/>
- Pereira, C., Boy, M., Rosales, R., Marmolejo, J y Muñoz, C. (2021). *La pandemia social de COVID-19 en América Latina*. Teseo
- Puhl, R y Brownell, K. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful add pervasive bias. *Obesity reviews*, 4(4), 214-227. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x>
- Puhl, R y Brownell, K. (2006). Enfrentar y afrontar el estigma del peso: una investigación de adultos con sobrepeso y obesidad. *Obesidad*, 14(10), 1802–1815. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17062811/>
- Puhl, R., Moss, C y Schwartz, M. (2007). Internalization of weight bias: implications for binge bating and emotional well-being. *Obesity*, 15(1), 19-23. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2007.521>
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S y González, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 7(2), 112-116. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14270206>
- Quiroga, M. (2017). Obesidad y genética. *Anales Facultad de Medicina*, 78(2),

192-195. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n2/a14v78n2.pdf>

Real Academia Española. (2021). *Estigma*.

<https://www.rae.es/noticia/publicado-el-cuaderno-cccxxiii-del-brae>

Real Academia Española. (2021). *Afrontar*. <https://dle.rae.es/afrontar>

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Rodríguez, M. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia*

*Social*, 5(1), 11-19. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31411284002.pdf>

Rodríguez, A y Casas, D. (2018). Determinantes sociales de la obesidad.

*Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(4), 281-90.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184h.pdf>

Ruiz, E., Maldonado, S., Vega, C., Rodríguez, A y Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y

afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista*

*intercontinental de psicología y educación*, 16(1), 37-57.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80230114003>

Sandín, B y Charcot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y

validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-54.

<https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3941>

Sánchez, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud : una revisión

narrativa. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 3(4), 1-10.

[https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2022/257951/enddianut\\_a2021m12a002.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2022/257951/enddianut_a2021m12a002.pdf)

Schvey, N y White, M. (2015). The internalization of weight bias is associated with severe

eating pathology among lean individuals. *Eating Behaviors*, 17, 1-5.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147101531400172X>

Serra, L y Bautista, I. (2013). Etiology of obesity: two “key issues” and other emerging

- factors. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 32-43.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s5/04articulo04.pdf>
- Smith, V., Moreno, M., Román, N., Kirschman, D., Acuña, M y Viquez, S. (2010). Discriminación social, consecuencias psicológicas y estrategias de afrontamiento en miembros de grupos sociales estigmatizados. In Dobles, I y Baltodano, S (Eds.), *Dominación, compromiso y transformación social*. Editorial de la Universidad de Costa Rica
- Skinner, E. (1999). Action regulation, coping, and development. In Brandtstädter, J y Lerner, R. (1999) *Action & self-development: Theory and research through the life span* (465–503). <https://psycnet.apa.org/record/1999-04290-016>
- Skinner, E y Zimmer, M. (2007). The development of Coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.  
<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Suárez, W., Sánchez, A. y González, J (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(3), 226-233.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182017000300226](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000300226)
- Tamayo, D y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de psicología universidad de antioquia*, 6(1), 91-112.  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/21619/17807>
- The Economist Intelligence Unit. (2021). *Combatiendo la obesidad adolescente en América Latina El costo de la inacción en Brasil, Chile y Colombia*. EIU
- Torres, M. (2019). *Prevalencia y factores asociados a la estigmatización por enfermedad, en estudiantes universitarios*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa).

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10869/UPantome.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Universidad de Barcelona. (2022). *Elementos básicos de psicología ambiental*. Psicología ambiental. [http://www.ub.edu/psicologia\\_ambiental/psicologia\\_ambiental](http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/psicologia_ambiental)

Urzúa, A y Jarne, A. (2008). Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(1), 151-160.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a16.pdf>

Vázquez, V y López, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 91-96. [https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8040)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8040](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8040)

Villaseñor, S., Ontiveros, C., Cárdenas, K. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 8(2), 86-90. [https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13875)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13875](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13875)

### Anexo 1

ESCALA DE INTERNALIZACIÓN DEL ESTIGMA DE PESO (EIEP)							
	Definición	Factores	Definición por factor	Reactivos	Índice	Cal. Mínima	Cal. Máxima
Internalización del prejuicio de peso (Durso y Latner, 2008)	Aceptación de estereotipos sociales relacionados con el rechazo de la obesidad y en consecuencia autoevaluación negativa debido a su propio peso (Durso y Latner, 2008).	Un solo factor	Aceptación de estereotipos sociales relacionados con el rechazo de la obesidad y en consecuencia autoevaluación negativa debido a su propio peso (Durso y Latner, 2008).	Cuando pienso mucho en mi peso me deprimó.	Escala nominal de 1-10	6	60
				Debido a mi peso no merezco tener una vida social satisfactoria			
				Desearía poder disminuir drásticamente mi peso			
				Me causa ansiedad la opinión que la gente tenga de mí por el peso			
				Mi peso me hace sentir que no soy yo mismo(a)			
Mi valor como persona depende de mi peso.							
Total						6	60

ESCALA DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO AL SOBREPESO (ERAS)							
	Definición	Factores	Definición por factor	Reactivos	Índice	Cal. Mínima	Cal. Máxima
Respuestas de afrontamiento al estigma de peso (Myers y Rosen, 1999)	Acciones para reducir el estrés que representa el riesgo percibido (Lazarus y Folkman, 1984; Myers y Rosen, 1999; Phul y Brownell, 2003).	Compensación	Ostentar habilidades independientes del tamaño del cuerpo mediante las cuales se obtiene atención positiva	Busco ropa nueva que se vea bien.	Escala nominal de 1-10	3	30
				Hago cosas para demostrar que tengo tanto valor y capacidad como todos			
				Hago cosas que me hacen sentir mejor			
		Confrontación agresiva	Violencia física o verbal a quien originó la estigmatización	Humillo a la gente que intenta maltratarme por mi peso			
				Insulto o amenzo a la gente que me hace sentir mal			
				Intento avergonzar a los que molestan			
		Autoprotección	Suprimir el efecto negativo de la estigmatización con verbalizaciones positivas	Me comporto amable con todas las personas, incluso si ellos son groseros conmigo			
				Me río o bromeo			
				Pienso "no debe importarme la opinión que tengan de mí los otros"			
		Evitación	Evadir espacios físicos o sociales ante el riesgo previsto de ser estigmatizado	Evito lugares públicos porque temo que la gente haga comentarios negativos de mí			
				Evito reflejarme en cristales o espejos			
				Me pongo a llorar para tranquilizarme			
Total						12	120