

Original

Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad

I. Jáuregui Lobera¹, M. Rivas Fernández², M.^a T. Montaña González³ y M.^a T. Morales Millán³

¹Departamento de Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica. Área de Nutrición y Bromatología. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Virgen de Valme y Hospital Infanta Luisa. Sevilla. ³Departamento de Química Analítica. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. España.

Resumen

Antecedentes y objetivos: El prejuicio sesga los procesos de categorización, lo que implica asignar ciertas características más allá de los datos objetivamente disponibles. El estereotipo llena el contenido categorial poniendo lo que falta a lo que escasamente conocemos. De un mero dato físico (“estar gordo o gorda”) pasamos a categorizar a la persona obesa sobre la base de nuestras creencias, en una íntima fusión entre estereotipo y categorización. **Ámbito, población e intervenciones:** Tomamos 138 estudiantes y 47 pacientes, con anorexia o bulimia, que asignaron calificativos sobre la personalidad de las personas obesas utilizando un listado de adjetivos. El mismo listado fue entregado a 49 pacientes obesos, para que los usaran con el fin de definir su personalidad. **Resultados:** Se analizaron los adjetivos más utilizados y las escalas de personalidad correspondientes, aplicando la prueba de X^2 para determinar las diferencias entre adjetivos y escalas en las muestras. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$ usando la aplicación SPSS v.13. A la hora de definir su personalidad las personas obesas lo hacen de forma muy diferente al grupo control y al de pacientes. Mientras las personas obesas utilizan con mucha más frecuencia adjetivos “positivos”, los otros grupos tienden a utilizar adjetivos de connotaciones más “negativas”. Parece que los estereotipos introducen un sesgo perceptivo en cuanto a las características de personalidad. El miedo al sobrepeso-obesidad o al hecho de “ganar peso” de los pacientes, explicaría algunos hallazgos del trabajo. Los pacientes atribuyen a las personas obesas algunas características de personalidad, en conjunto, más negativas que las que atribuyen los miembros del grupo control. **Conclusiones:** Conocer la influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad es fundamental para el acercamiento, sin prejuicios, al paciente de cara a su tratamiento. Los rasgos de personalidad atribuidos a las personas obesas distan mucho de cómo realmente se perciben dichas personas.

(*Nutr Hosp.* 2008;23:319-325)

Palabras clave: *Obesidad. Sobrepeso.*

Correspondencia: I. Jáuregui Lobera.
Departamento de Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica.
Área de Nutrición y Bromatología.
Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
E-mail: ijl@tcasevilla.com

Recibido: 21-I-2008.
Aceptado: 12-II-2008.

THE INFLUENCE OF STEREOTYPES ON OBESITY PERCEPTION

Abstract

Background and objectives: The prejudice biases the categorization processes, which implies assigning particular characteristics beyond the objective data available. The stereotype occupies the categorical content by adding what is lacking to what we little know. From a mere physical datum (“he/she is fat”) we categorize the obese individual on the basis of our own beliefs, intimately fusing the stereotype and categorization. **Setting, population, and interventions:** We included 138 students and 47 patients with anorexia or bulimia that assigned qualifying adjectives of the personality of obese people by using a list of epithets. This same list was provided to 49 obese patients in order to be used to define their own personality. **Results:** We analyzed the most frequently used epithets and the corresponding scales of personality by applying the X^2 test to determine the differences between the adjectives and the scales in the samples. We considered a p value < 0.05 as being statistically significant, by using the SPSS v.13 software. Obese people define their personality very differently than the control group and the group of patients does. While obese people more frequently use “positive” adjectives, the other groups tend to use adjectives with more “negative” connotations. It seems that the stereotypes introduce a perception bias regarding the personality characteristics. The fear to overweight-obesity or the fact of “weight gaining” of patients would explain some of the findings of this work. Patients attribute obese people some personality characteristics altogether more negative than those attributed by the people in the control group. **Conclusions:** Knowing the influence of the stereotypes on obesity perception is essential to approach the patient with no prejudice regarding his/her treatment. The personality characteristics attributed to obese people are far from how these people really perceive themselves.

(*Nutr Hosp.* 2008;23:319-325)

Key words: *Obesity. Overweight.*

Introducción

En la psicología de los grupos es bien conocido que tendemos a atribuir ciertas características a grupos sociales determinados. A cualquier miembro, por el hecho de pertenecer a un grupo social, podemos percibirlo con unas peculiaridades bastante específicas, fenómeno propio de los estereotipos. Éstos no son sino las expectativas, basadas en una determinada categoría (por ejemplo el sobrepeso y la obesidad), que tenemos en la percepción de personas. Si nos presentan a un vasco, por ejemplo, podemos pensar que es una persona “fuerte” o, en otro caso, que debe ser “alegre” un andaluz. Una sola característica nos lleva a inferir determinados rasgos de personalidad, de capacidad física, de dotación intelectual, etc. El aspecto físico, la imagen, es uno de los determinantes más importantes en la percepción de personas y en la formación de las llamadas teorías implícitas de la personalidad¹. Así, el sobrepeso y la obesidad, como patologías que se expresan también en una determinada imagen, dan lugar a percepciones peculiares de las personas que las sufren, si bien el modelo médico tradicional ha prestado escasa atención a estos aspectos, que podríamos llamar psicosociales². Es bien conocido que, siendo todo lo demás igual, una persona con apariencia física agradable es más atractiva que otra con una menos agraciada apariencia física³. El lenguaje nos da alguna pista por cuanto cuando decimos que alguien es agraciado físicamente todos entienden que hablamos de alguien “atractivo”. Y desde luego el atractivo físico ha ido cambiando históricamente, sujeto a cánones de belleza asimismo cambiantes; pero nadie duda, en la actualidad, de que el sobrepeso y la obesidad no constituyen aspectos físicos agraciados y, por ende, resultan escasamente atractivos.

Los estereotipos recogen las creencias relativas a un grupo objeto de algún prejuicio, constituyendo el aspecto cognitivo de éste. Se considera que es el componente afectivo lo que constituiría el prejuicio en sí, al que se podría unir, finalmente, la parte conductual o discriminación. Es pues el prejuicio una actitud negativa que, en muchas ocasiones, conlleva conductas discriminatorias hacia alguna persona por su pertenencia a cierta categoría grupal. Son bien conocidas las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso por parte de niños, adultos e incluso profesionales de la salud^{4,7}. En el ámbito del sobrepeso y la obesidad existen discrepancias en cuanto a si el prejuicio, la actitud negativa, conlleva conductas de discriminación. Por un lado hay quien lo niega⁸, pero sin embargo es frecuente que a las personas obesas se les atribuya la responsabilidad de su estado sobre la base de su forma de ser; de este modo sí se discrimina o penaliza, socialmente, la pereza, la falta de autocontrol o la glotonería, etiquetando a quien muestra dichas características como “desviado” (cuando lo que socialmente impera es la diligencia, la competitividad, el rígido control, etcétera)^{9,10}.

En la obesidad, el prejuicio sesga los procesos de categorización, pudiendo generar (de hecho suele hacerlo) repercusiones en las relaciones interpersonales. El sesgo estriba en asignar ciertas características a la persona, más allá de los datos de los que objetivamente disponemos. Es como si el estereotipo llenara el contenido categorial poniendo lo que falta a lo que escasamente conocemos. De un mero dato físico (“estar gordo o gorda”) podemos pasar a categorizar a la persona obesa sobre la base de nuestras creencias, en una íntima fusión entre estereotipo y categorización. El resultado de esta fusión es un sesgo o asimetría en las atribuciones¹¹. De este modo las conductas negativas que se atribuyen a las personas obesas (por ejemplo, como ya hemos dicho, la responsabilidad de su estado) tienden a explicarse por causas internas y estables (por ejemplo “es que los obesos no se cuidan, son así, no hacen nada...”), mientras que algo positivo (supongamos que la persona obesa mantiene, en el tiempo, una actividad física moderada) se tiende a atribuir a causas externas e inestables (en este caso valdría decir que la persona obesa “ha encontrado una pareja que le obliga a ir al gimnasio, pero cuando no está ya vuelve a lo mismo”). Algunos autores nos recuerdan que dicho sesgo se plasma, con claridad, en el lenguaje¹²: en nuestro caso lo negativo de las personas obesas se expresaría de forma abstracta (“es así”), pero los aspectos positivos se tenderían a concretar (“va ahora a un gimnasio porque tiene una pareja concreta, que le obliga a ir”). La cuestión no es baladí, por cuanto las conductas codificadas de forma abstracta son mucho más resistentes al cambio y se tienden a percibir como estables.

En una época en la que se impone un lenguaje políticamente correcto se asienta en la sociedad el valor de no manifestar prejuicios; sin embargo, no ha habido, en absoluto, una auténtica reducción de los mismos. Tal vez en la obesidad sea donde mejor se ve la existencia del prejuicio sutil, automático, no expresado. En este punto resulta útil recordar la diferencia que señalan algunos autores entre estereotipo y creencia¹³. El estereotipo existe al margen de la persona concreta que categoriza (por ejemplo a la persona obesa); la creencia prejuiciosa es mucho más individual, personal. Y así, mientras el estereotipo se activa de forma automática, la creencia requiere tiempo y motivación; dicho de otro modo, el estereotipo se activa en todos los miembros de la sociedad, pero individualmente considerados unos tendrán creencias prejuiciosas más asentadas que otros. Lo interesante es que el estereotipo se activa automáticamente en todos los miembros a la hora de categorizar, por ejemplo, a las personas obesas.

Esa creencia prejuiciosa, en muchas ocasiones expresada hacia las personas obesas como prejuicio sutil, es vivida por estas personas en el ámbito interpersonal e institucional, en los que refieren conductas de discriminación^{14,15}. A la hora de categorizar a las personas obesas, en contraposición con las personas delgadas, existe una clara bipolaridad entre perezoso/motivado, estúpido/inteligente y de escaso valor/valioso. Torpeza, des-

motivación y escaso valor serían algunas características propias asignadas a las personas obesas, automáticamente expresadas en función de los estereotipos¹⁶.

En cuanto a la fuerza de los estereotipos sobre la obesidad, es bien conocido que cuando en las familias está muy arraigada la preocupación por la apariencia o cuando está se presenta como algo esencial (por ejemplo entre estudiantes de ciencias de la educación física y el deporte), los estereotipos son mucho más acusados¹⁷. La presencia de actitudes negativas hacia la obesidad se ha constatado en todas las edades y nivel educativo¹⁸⁻²⁰, sin diferencias de género²¹ y con algunos matices transculturales²². Por nuestra parte, en un trabajo previo²³, ya señalábamos la existencia de ciertas diferencias en la percepción de las personas obesas al comparar un grupo control de estudiantes universitarios con un grupo clínico de pacientes con trastornos alimentarios, en situación de normopeso y en tratamiento ambulatorio. La influencia de estos aspectos socioculturales parece ser decisiva en cuanto a la motivación, por ejemplo, del tratamiento de la obesidad, especialmente en el terreno psicoeducativo²⁴.

Los objetivos del presente trabajo, continuación del citado trabajo anterior, se centran en el análisis, en primer lugar, de la percepción que de sí mismas tienen un grupo de personas obesas y, en segundo lugar, en valorar las posibles diferencias que puedan existir con la percepción que de la obesidad tiene una muestra de estudiantes universitarios (sin sobrepeso u obesidad), así como un grupo de pacientes con algún trastorno de la conducta alimentaria en situación de normopeso. Junto al tradicional análisis de hábitos dietéticos y estado nutricional en la infancia²⁵ o en población juvenil²⁶, que pone de manifiesto importantes deficiencias alimentarias y nutricionales, parece necesario conocer las posibles diferencias perceptivas intergrupos, a fin de incluir los estereotipos y las creencias sobre la obesidad en los programas de trabajo psicoeducativo para el tratamiento integral de esta patología.

Material y método

a) Población a estudio

Realizaron la prueba un total de 138 estudiantes de Farmacia de la Universidad de Sevilla (124 mujeres —89,85%— y 14 varones —10,15%—, con una edad media de 19,4 años —rango 19-21—), 47 pacientes en tratamiento ambulatorio por algún trastorno de la conducta alimentaria, según criterios DSM-IV (todos ellos en situación de normopeso, sin comorbilidad asociada, con una distribución de 43 mujeres —91,48%— y 4 varones —8,52%—, y con una edad media de 22,3 años —rango 15-34—) y 49 pacientes con obesidad (IMC > 30), en tratamiento por el Servicio de Endocrinología del Hospital Infanta Luisa de Sevilla, 34 de ellos mujeres —69,38%— y 15 hombres —30,62%—, con una edad media de 33,4 años (rango 29-47).

b) Material

Para los tres grupos utilizamos el listado de adjetivos del inventario para la evaluación de los trastornos de la personalidad de Tous, Pont y Muiños²⁷. Se trata de una prueba destinada a adolescentes y adultos de ambos sexos y que permite recoger, mediante un listado de 146 adjetivos, nueve tipos de personalidad normal en unos 10-15 minutos. Los tipos de personalidad que permite recoger son: Introversa, Inhibida, Cooperativa, Sociable, Confiada, Convincente, Respetuosa, Sensible e Impulsiva.

Estas personalidades normales parecen correlacionar con determinadas alteraciones de la personalidad, que respectivamente serían: esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, obsesivo-compulsivo, negativista o pasivo-agresivo y límite.

c) Método de estudio

A los estudiantes y pacientes de los dos grupos se les entregó el listado de adjetivos del inventario de Tous, Pont y Muiños, con la consigna de señalar aquellos adjetivos que mejor calificaran, según su criterio, a las personas obesas. En el caso del grupo de obesidad la consigna fue que utilizaran los adjetivos de la lista que mejor calificaran su forma de ser. En la muestra de estudiantes y pacientes con trastornos alimentarios fue una psicóloga la que estuvo presente, mientras que en el caso de las personas obesas la encargada fue la enfermera que habitualmente lleva a cabo el control de peso. La duración de la prueba osciló, según lo previsto, unos 10-15 minutos.

d) Análisis estadístico

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y se aplicó la prueba de X^2 tanto para determinar las diferencias entre escalas de personalidad y entre los adjetivos más frecuentemente utilizados por parte de los tres grupos estudiados. Todo ello mediante la aplicación SPSS 13 para Mac OS X.

Discusión

Como es frecuente en trabajos de aplicación colectiva, todos los adjetivos del listado fueron utilizados para calificar a las personas obesas. Fueron elegidos un mínimo de 1 y un máximo de 63 adjetivos, con un promedio de 21,44. El mínimo y máximo número de adjetivos usados corresponde al grupo de pacientes con TCA y al grupo control. En el caso de las personas obesas, utilizaron, para "autocalificarse" un mínimo de 12 adjetivos y un máximo de 56, con un promedio de 29,75.

Tabla I
Adjetivos más utilizados y personalidad de referencia

Adjetivo	N	Tipo de personalidad
Pasivo	117	Introversa
Cariñoso	81	Cooperativa
Sensible	75	Inhibida
Inseguro	72	Cooperativa
Discreto	69	Cooperativa
Reservado	68	Introversa
Rechazado	67	Inhibida
Ansioso	62	Sensible
Trabajador	58	Respetuosa
Hablador	57	Sociable
Tímido	53	Inhibida
Educado	53	Cooperativa
Honrado	53	Respetuosa
Pensativo	53	Impulsiva
Limpio	51	Respetuosa
Feliz	50	Sociable

En la tabla I pueden observarse los adjetivos más utilizados en conjunto, con la mención del tipo de personalidad al que hacen referencia según el instrumento empleado en el estudio. En conjunto parece haber una percepción en la que coexisten adjetivos negativos (pasivo, inseguro, ansioso, rechazado, tímido) con otros de connotaciones mucho más positivas (cariñoso, educado, feliz, limpio o trabajador, por señalar algunos ejemplos). Un hecho interesante es que entre los adjetivos más utilizados no figuran aquellos que definen las personalidades confiada y convincente de la clasificación empleada, lo que contrasta con un hallazgo posterior al considerar las diferencias intergrupos.

Lo que resulta significativo no es qué tipos de adjetivos han utilizado los pacientes con TCA, los del grupo control y el de las personas obesas en la definición de las características de personalidad, sino observar si la percepción de la obesidad por parte de los dos primeros grupos señalados es diferente a la que tienen de sí mismas las personas obesas. En la tabla II podemos observar las diferencias, en los adjetivos utilizados, que resultan significativas. En la figura 1 podemos ver los perfiles resultantes en función de los adjetivos escogidos.

Resulta llamativo que la forma de percibirse, de calificarse, de definirse en cuanto a su personalidad, de las personas obesas, es muy diferente de la forma en que el grupo control y el de pacientes con TCA perciben, califican y, en definitiva, define a las personas obesas. Así, mientras las personas obesas utilizan, con mucha más frecuencia, para describir sus características de personalidad adjetivos como complaciente, tradicional, discreto, serio, discutidor, inquieto, educado, activo, hablador, optimista, impaciente, satisfecho, gruñón, testarudo, honrado, trabajador, limpio, variable, quisquilloso, pensativo, exasperante y nervioso, vemos que en el grupo control y el de pacientes con TCA son más utilizados adjetivos como ansioso, inseguro, pasivo, rechazado, sensible, susceptible, solitario, vago,

Tabla II
Diferencias en los adjetivos utilizados

Adjetivo	TCA	Control	Obesos	SE
Ansioso	40,42	26,08	14,28	p < 0,05
Inseguro	38,29	34,78	12,24	p < 0,01
Pasivo	61,7	61,59	6,12	p < 0,001
Rechazado	42,55	34,05	0	p < 0,001
Sensible	38,29	35,5	1,79	p < 0,05
Susceptible	29,78	23,18	4,08	p < 0,01
Solitario*	40,42	13,04	4,08	p < 0,001
Vago*	31,91	13,04	6,12	p < 0,001
Excluido	29,78	20,28	2,04	p < 0,001
Apagado*	27,65	13,76	2,04	p < 0,001
Auxiliador*	31,91	7,97	20,4	p < 0,001
Complaciente*	31,91	10,14	38,77	p < 0,001
Dependiente*	31,91	7,24	16,32	p < 0,001
Desinteresado*	29,78	12,31	12,24	p < 0,05
Dócil*	29,78	13,04	18,36	p < 0,05
Ignorado	23,4	16,66	4,08	p < 0,05
Solo*	29,78	15,94	4,08	p < 0,01
Impulsivo*	21,27	5,07	22,44	p < 0,001
Infantil*	25,53	5,07	22,44	p < 0,001
Tradicional	21,27	11,59	26,53	p < 0,05
Discreto	17,02	25,36	53,06	p < 0,001
Serio	12,76	5,79	26,53	p < 0,001
Discutidor	4,25	1,44	30,61	p < 0,001
Inquieto	4,25	2,89	46,93	p < 0,001
Educado	14,89	14,49	53,06	p < 0,001
Activo	8,51	2,17	57,14	p < 0,001
Hablador	27,65	16,66	42,85	p < 0,001
Fanfarrón*	12,76	4,34	0	p < 0,05
Optimista	17,02	13,04	28,57	p < 0,05
Impaciente*	8,51	2,17	32,65	p < 0,001
Satisfecho	6,38	2,89	38,77	p < 0,001
Gruñón	10,63	4,34	20,4	p < 0,01
Combativo*	10,63	2,17	2,04	p < 0,05
Testarudo	2,12	4,34	28,57	p < 0,001
Honrado	8,51	13,76	61,22	p < 0,001
Trabajador	12,76	18,11	55,1	p < 0,001
Limpio	12,76	8,69	67,34	p < 0,001
Deprimido	19,14	19,56	0	p < 0,01
Variable	12,76	10,14	36,73	p < 0,001
Quisquilloso*	14,89	3,62	18,36	p < 0,01
Pensativo	17,02	13,04	55,1	p < 0,001
Exasperante	0	0,72	20,4	p < 0,001
Nervioso	0	3,62	53,06	p < 0,001

SE = significación estadística* = diferencias TCA-Control.

excluido, apagado, auxiliador, complaciente, dependiente, desinteresado, dócil, ignorado, solo, fanfarrón o deprimido. Parece quedar claro que la percepción que las personas obesas tienen de sí mismas es mucho más positiva que la que tienen, de dichas personas, quienes no padecen obesidad, sea un grupo control de estudiantes o un grupo de pacientes con TCA sin sobrepeso. Que los estereotipos introducen un indudable sesgo perceptivo en cuanto a las características de personalidad también parece claro.

En cuanto al miedo, el pánico, al sobrepeso, a la obesidad, al simple hecho de "ganar peso", propio de los pacientes con TCA, podría explicar algunos de los

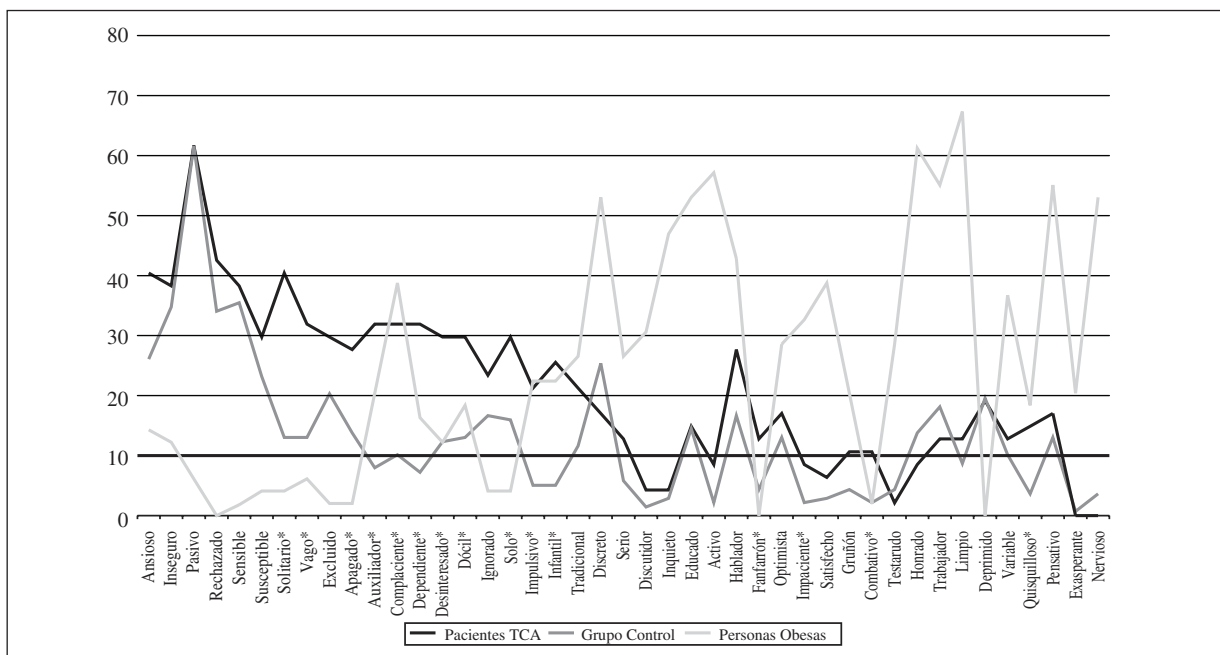


Fig. 1.—Perfil de cada grupo en función de los adjetivos utilizados.

hallazgos de este trabajo. En este caso, los pacientes atribuyen a las personas obesas algunas características de personalidad, en conjunto, más negativas que las que atribuyen los miembros del grupo control. Sin duda “lo peor que le puede pasar” a un paciente con TCA es “convertirse” en una persona obesa. Eso lleva a equiparar el hecho de la obesidad con características de personalidad como ser vago, solitario, apagado, dependiente, solo, impulsivo, infantil fanfarfón, impaciente o quisquilloso. Y a la vez, de forma que parece “compensatoria, perciben a la personas obesas como auxiliadoras, compla-

cientes, desinteresadas, dóciles o combativas. Parece que convive el estigma actual de la obesidad, como un estado negativo y rechazable, con el tradicional mito del “gordo feliz”, bueno, complaciente, generoso, etc.

Y no sólo es destacable el grado de utilización de los adjetivos por parte de cada grupo, sino que aquellos adjetivos que no son utilizados estimamos que también expresan mucho de la realidad subyacente en la categorización de las personas obesas. Así, adjetivos como discreto, serio, discutidor, inquieto, educado, activo, hablador, optimista, impaciente, satisfecho, honrado,

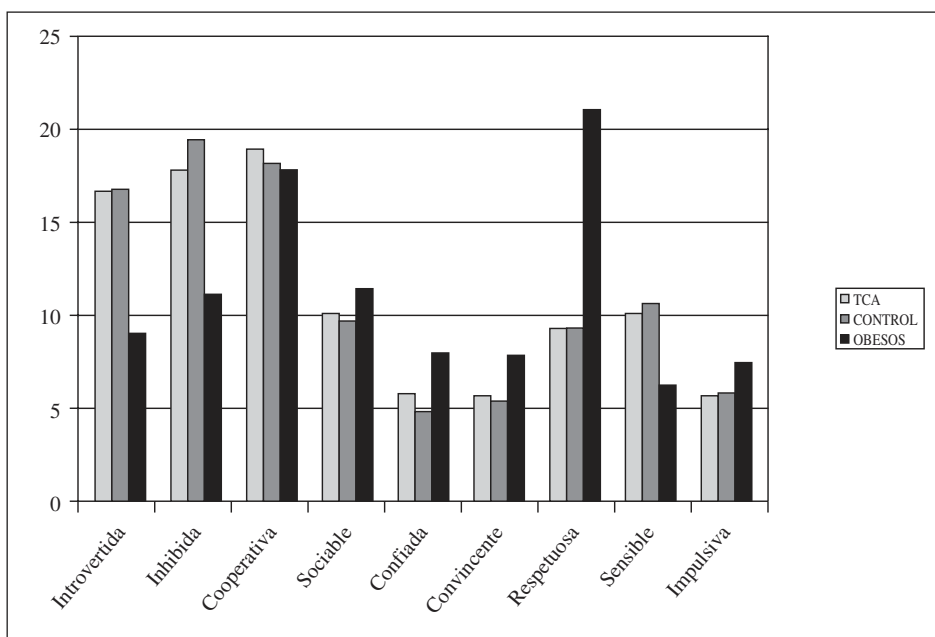


Fig. 2.—Perfil de personalidad para los diferentes grupos.

Tabla III
Tipos de personalidad percibidos por los diferentes grupos

Tipo de personalidad	TCA	Control	Obesos	SE
Introversa	16,66	16,77	9,02	p < 0,001
Inhibida	17,8	19,43	11,12	p < 0,001
Cooperativa	18,93	18,16	17,81	NS
Sociable	10,09	9,68	11,42	NS
Confiada	5,78	4,81	7,96	p < 0,001
Convincente	5,66	5,37	7,84	p < 0,001
Respetuosa	9,29	9,3	21,05	p < 0,001
Sensible	10,09	10,63	6,24	p < 0,001
Impulsiva	5,66	5,81	7,44	NS

SE = significación estadística.

NS = no significativo.

trabajador, limpio, pensativo o nervioso no parecen ser “apropiados” para definir a las personas obesas por parte de los dos grupos de personas sin sobrepeso. Como ocurre, en general, con el mantenimiento de los estereotipos, la información que tiende a no confirmarlos es negada, apartada, en la categorización.

Más allá de los adjetivos, individualmente considerados, en la tabla III podemos ver las diferencias en cuanto a los tipos de personalidad percibidos según conjuntos de adjetivos. En resumen las personas sin sobrepeso de nuestra muestra (estudiantes y pacientes con TCA) perciben a las personas obesas como más introvertidas, inhibidas y sensibles. Por su parte, la percepción que de sí mismas tienen las personas obesas es mucho más confiada, convincente y respetuosa. La figura 2 permite ver el perfil obtenido, mostrando las diferencias señaladas.

Nuestro estudio viene a confirmar cómo un solo dato, el aspecto físico o la imagen, es un determinante importantísimo en la formación de las llamadas teorías implícitas de la personalidad¹. Al igual que otros autores⁴⁻⁷ encontramos actitudes negativas hacia las personas obesas, en nuestro caso, además, entre pacientes con trastornos alimentarios. También podemos afirmar que existe una fusión clara entre estereotipos y categorización, lo que provoca un sesgo importante en las atribuciones¹. Los adjetivos que no vienen a confirmar el estereotipo son mucho menos escogidos en la categorización por parte de las personas sin sobrepeso (pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y grupo control). Ello también confirma que el estereotipo se activa de forma automática¹³, mientras que la creencia prejuiciosa resulta más elaborada. Esto último puede explicar alguna de las diferencias observadas entre los pacientes con trastornos alimentarios y el grupo control. Sobre la base de una patología que tiene que ver con la “imagen corporal” habría una diferente elaboración de las creencias, acerca del sobrepeso y la obesidad, por parte de dichos pacientes. El miedo a convertirse en una persona obesa podría llevar a alguna forma de prejuicio sutil que hace revestir a las personas obesas de características especialmente negativas.

Y como ya hemos señalado, el estigma de la obesidad^{15,17,18}, parece convivir todavía con el mito del “gordo bondadoso y feliz”, a la vista de la mezcla de adjetivos elegidos. Lo que resulta llamativo es que no hay coincidencia entre las personas sin sobrepeso y las personas obesas en la forma de considerar a estas últimas. El campo semántico escogido por unos y otros es bien diferente si observamos los adjetivos utilizados para calificar, en definitiva, categorizar a las personas obesas.

Parece necesario que, tanto en el tratamiento, interdisciplinario, de la obesidad como de los trastornos de la conducta alimentaria, se incluya un trabajo psicoeducativo que contemple las teorías implícitas de la personalidad acerca de las personas obesas, los estereotipos, la estigmatización y la culpabilización mediante la atribución de un estado (gordo o gorda) al solo hecho de “ser de una determinada manera”. Esto ya lo indicábamos en un trabajo anterior²³, cuando veíamos que la categorización que de las personas obesas hacían los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y jóvenes universitarios era bien diferente. Tal vez la reflexión más adecuada, tras este segundo estudio, es que al acercarnos a la persona obesa a fin de proporcionar un tratamiento lo hacemos de una forma determinada. En función del automatismo que implican los estereotipos se suscitan en nosotros determinadas “teorías” acerca de “cómo son las personas obesas”. Incluso cualquier dato a nuestra disposición que pudiera poner en entredicho dicha teoría es desconsiderado en nuestra categorización. Y poco tiene que ver el “como vemos a las personas obesas” con el “como se ven las personas obesas”. Tal vez para mejorar los resultados terapéuticos en el tratamiento integral de la obesidad debemos empezar por hacer un acercamiento al paciente desde posiciones cognitivo-afectivas menos sesgadas.

Referencias

- McArthur LZ y Baron R. Toward an ecological theory of social perception. *Psychol Rev* 1983; 90:215-238.
- Touster LO. Fat opresión: the complicity of psychology. *Disertation abstracts international* 2000; 61(4-B):2225.
- Hatfield E, Sprecher S. Mirror, mirror... The importance of looks in every life. Albany: SUNY Press; 1986.
- Crandall CS y Schiffhauer KL. Anti-fat prejudice: Beliefs, values, and american culture. *Obes Res* 1998; 6:458-460.
- Greenberg BS, Matthew E, Hofshire KL y Kelly DB. Portrayals of overweight and obese individual on commercial television. *Am J Public Health* 2003; 93:1342-1348.
- Brown I. Nurses attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *J Adv Nurs* 2006; 53(2):221-232.
- Maddox GL y Liederman V. overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ* 1969; 44:214-220.
- Eagly A, Chaiken S. The impact of attitudes on behavior. En Eagly A, Chaiken S, Youngblood D. The psychology of attitudes. Harcourt, pp. 155-281. New York, 1993.
- Crandall CS. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66:882-894.
- DeJong W. Obesity as a characterological stigma: the issue of responsibility and judgements of task performance. *Psychol Rep* 1993; 73:963-970.

11. Hamilton DL, Trolier TK. Stereotypes and stereotyping: an overview of the cognitive approach. En: Dovidio JF, Gaertner SL: Prejudice, discrimination and racism. Orlando: Academia; 1986.
12. Maas A, Schaller M. Intergroup bias and the cognitive dynamics of stereotype formation. En: Stroebe W, Hewstone M. *European Review of Social Psychology* 1991; 2:190-209.
13. Devine PG. Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:5-18.
14. Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav* 2005; 46:244-259.
15. Randolph AG, Cook DJ, Gonzales CA, Brun-Buisson C. Tunneling short-term central venous catheters to prevent catheter-related infection: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Crit Care Med* 1998; 26:1452-7.
16. Teachman BA, Gapinsky KD, Brownell KD, Rawlins M, Jeyaram S. Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychol* 2003; 22(1):68-73.
17. Davidson KK, Birch LL. Child and parent characteristics as predictors of change in girls' body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 25:1834-1842.
18. Waite PO. Exploring preadolescent attitudes towards obesity. *Dissertation abstracts international* 1995; 56(6-B):3509.
19. Counts CR, Jones C, Frame CL, Jarvie GJ. The perception of obesity by normal-weight versus obese school-age children. *Child Psychiatry Hum Dev* 1986; 17(2):113-120.
20. Rothblum ED, Miller CT, Garbutt B. Stereotypes of obese female job applicants. *Int J Eat Disord* 1998; 7(2):277-283.
21. Harris MB, Harris RJ, Bochner S. Fat, four-eyed, and female: Stereotypes of obesity, galses and gender. *J Appl Soc Psychol* 1982; 12(6):503-516.
22. Cogan JC, Bhalla SK, Sefa-Dedeh A, Rothblum ED. A comparison study of United States and African students on perceptions of obesity and tiñes. *J Cross Cult Psychol* 1996; 27(1):98-113.
23. Jáuregui I, López Polo IM, Montaña MT, Morales MT. Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp* 2008; 23(3): 214-221.
24. Durá T. Influencia de la educación nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. *Nutr Hosp* 2006; 21(3):307-312.
25. Fernández PM. Dietary habits and nutritional status of school aged children in Spain. *Nutr Hosp* 2006; 21(3):374-378.
26. Oliveras MJ, Nieto P, Agudo E, Martínez F, López H, López MC. Evaluación nutricional de una población universitaria. *Nutr Hosp* 2006; 21(2):179-183.
27. Tous JM, Pont N, Muiños R. IA-TP. Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad. Madrid: TEA Ediciones; 2005.