

REVISIÓN

El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa



David Sánchez-Carracedo

Unidad de Conductas Relacionadas con la Alimentación y el Peso, Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona Campus de la UAB, Bellaterra, Barcelona, España

Recibido el 24 de octubre de 2021; aceptado el 29 de diciembre de 2021

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2022

PALABRAS CLAVE

Estigma de la
obesidad;
Prejuicios
relacionados con el
peso;
Obesidad

Resumen El estigma de la obesidad está generalizado en nuestra sociedad, y se basa en la suposición errónea de que la obesidad se deriva principalmente de una falta de autodisciplina y responsabilidad personal, obviando la evidencia reciente que muestra que la obesidad es una enfermedad crónica prevalente, compleja, progresiva y recidivante, que resulta de la interacción entre factores conductuales, medioambientales, genéticos y metabólicos. Esta revisión narrativa proporciona una visión general de la investigación reciente sobre este problema, situando el énfasis en su impacto negativo en la salud. En general, las evidencias recientes muestran que el estigma de la obesidad puede contribuir a empeorar los problemas asociados a la obesidad y a crear barreras adicionales para un tratamiento y prevención efectivos. Además, se facilita una breve descripción de algunas de las iniciativas internacionales más importantes para abordar el problema del estigma de la obesidad.

© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEEN y SED. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Weight stigma;
Weight bias;
Obesity stigma

Obesity stigma and its impact on health: A narrative review

Abstract Weight stigma and weight bias are pervasive in our society and are based on wrong assumption that obesity derives basically from a lack self-discipline and personal responsibility, obviating recent evidence showing that obesity is a prevalent, complex, progressive, and relapsing chronic disease that results from the interaction between behavioural, environmental, genetic, and metabolic factors. This narrative review provides an overview of recent research on this problem, mainly focused on the negative impact of weigh stigma on health. Overall, recent evidence shows that weight stigma can contribute to worsening obesity-related problems and creating additional barriers to effective obesity care and prevention. In addition, a brief

Correo electrónico: david.sanchez@uab.es

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>

2530-0164/© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEEN y SED. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

description of some of the most important international initiatives to address the weight stigma is provided.

© 2022 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SEEN y SED. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción al estigma de la obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica compleja caracterizada por un exceso anormal de grasa corporal que afecta negativamente a la salud física¹ y mental², y que se ha asociado a una importante carga económica tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo³. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad aumenta globalmente y su prevalencia mundial prácticamente se ha duplicado entre 1980 y 2014. En 2014, el 11% de los varones y el 15% de las mujeres mayores de 18 años tenían obesidad, y más de 42 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso⁴. En España, la prevalencia de obesidad estimada en población de 25-64 años es del 21,6%, y la del sobrepeso del 39,3%, y va en aumento con la edad⁵. En población de entre 3 y 24 años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad supera el 30% con los diferentes criterios utilizados⁶. Su elevada prevalencia y su impacto en la salud han hecho que la obesidad acontezca un problema de salud pública de primer orden, y su prevención y tratamiento, una prioridad de los planes de salud.

El tratamiento de los pacientes y las intervenciones de salud pública dirigidas a este problema se han hecho habitualmente bajo lo que se ha denominado un «enfoque normativo del peso», que sitúa el énfasis en el peso y en la pérdida y control del peso corporal a la hora de definir la salud y el bienestar⁷. Este foco en la pérdida y control del peso, unido a la gran importancia que ha adquirido la apariencia física y el ideal de belleza delgado en las sociedades occidentalizadas⁸, han contribuido a efectos perjudiciales no deseados, como que las personas con obesidad realicen con mayor frecuencia conductas no saludables de control del peso que pueden poner en riesgo su salud⁹. Un estudio realizado en el Reino Unido muestra que entre 1986 y 2015 se ha incrementado de forma importante la prevalencia de conductas no saludables de control del peso entre los adolescentes¹⁰. Además, especialmente en chicas, las que percibían que tenían sobrepeso experimentaban más síntomas depresivos que las que se percibían con un peso normal. Esta diferencia se ha acentuado con el paso del tiempo. Los autores alertan sobre la posible relación de estos resultados con las campañas de salud pública de la obesidad centradas en el control del peso corporal.

Una revisión sobre daños no intencionados causados por intervenciones de salud pública ha encontrado que una tercera parte de los estudios publicados sobre este tema se referían a los posibles efectos nocivos de las intervenciones de salud pública relacionadas con el abordaje de la obesidad¹¹. En el caso específico de los niños y adolescentes, una reciente editorial publicada en una de las revistas

internacionales más importantes de pediatría, alerta sobre los riesgos y la carencia de beneficios de las intervenciones de salud pública para abordar la obesidad centradas en el peso¹². Acciones realizadas en algunos países como los cribados de índice de masa corporal (IMC) realizados en las escuelas, junto a notificaciones a las familias del estatus de peso de sus hijos e hijas, no han reducido las tasas de obesidad, y han contribuido a un incremento del porcentaje de jóvenes que experimentan estigmatización e insatisfacción corporal a causa de su peso¹³.

El objetivo de esta revisión es proporcionar una visión global sobre la problemática del estigma de la obesidad, especialmente centrada en su impacto en la salud.

Es importante diferenciar algunos términos relevantes vinculados a esta problemática. Un importante documento de consenso internacional sobre el tema¹⁴ facilita las siguientes definiciones: el «estigma del peso» (*weight stigma*), que se utiliza como equivalente al «estigma de la obesidad» (*obesity stigma*), se refiere a la devaluación social y denigración de las personas debido a su exceso de peso corporal, que puede conducir a actitudes negativas, estereotipos, prejuicios y discriminación. Los «estereotipos basados en el peso» (*weight-based stereotypes*) incluyen generalizaciones como que las personas con sobrepeso u obesidad son perezosas, glotonas, carecen de fuerza de voluntad y autodisciplina, incompetentes, desmotivadas para mejorar su salud, no cumplen con el tratamiento médico y son culpables de su mayor peso corporal. La «discriminación por el peso» (*weight discrimination*) se refiere a formas explícitas de prejuicio y trato injusto (conductas prejuiciosas) hacia personas con sobrepeso u obesidad. Los «prejuicios relacionados con el peso» (*weight bias*), cuando son explícitos, se refieren a actitudes negativas abiertas hacia la obesidad, mantenidas conscientemente, que pueden medirse mediante autoinforme. Cuando son implícitos, consisten en atribuciones y estereotipos automáticos negativos no conscientes (también pueden ser evaluados por instrumentos como los test de asociación implícita). Finalmente, la interiorización «de los prejuicios relacionados con el peso» (*weight bias internalization*) se produce cuando los individuos se culpan a sí mismos y manifiestan estigma del peso autodirigido, debido a su peso. La interiorización incluye el acuerdo con los estereotipos y la aplicación de estos estereotipos a uno mismo, así como autodevaluación.

Método

Con el objetivo de proporcionar una visión general sobre este tema, se ha realizado una revisión narrativa del estigma de

la obesidad y su impacto en la salud siguiendo las recomendaciones de Green et al.¹⁵, una de las guías más citadas y utilizadas para este tipo de revisiones. Según la clasificación de estos autores, se trata de una revisión narrativa no sistemática (*narrative overview*). Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos ISI Web of Science y PsychINFO, focalizada en artículos publicados desde enero de 2010 a junio de 2021, aunque no se descartaron artículos anteriores a esas fechas si en el proceso de búsqueda se identificó algún artículo de relevancia. Web of Science ha adquirido gran prestigio y una posición muy notable en los últimos años como herramienta de investigación y base de datos en muchos campos científicos¹⁶. La temática del estigma de la obesidad es de carácter multidisciplinar, incluyendo aspectos psicológicos muy relevantes. PsychINFO es la base de datos más importante en el campo de la psicología, y se ha reconocido¹⁷ que su utilización puede añadir referencias únicas a revisiones en las que el tópico de interés guarda relación con el foco de esta base de datos, como es el caso. Las palabras clave utilizadas fueron *weight stigma*, *weight bias*, *obesity stigma*, *health* y *quality of life*, que se cruzaron con las palabras *review*, *and meta-analysis*, en las siguientes combinaciones; 1) para obtener información global sobre la problemática del estigma de la obesidad, ([weight stigma]) OR [weight bias] OR [obesity stigma]) AND ([review] OR [meta-analysis]); 2) para obtener información sobre el impacto en la salud del estigma de la obesidad, ([weight stigma] OR [weight bias] OR [obesity stigma]) AND ([health] OR [quality of life]) AND ([review] OR [meta-analysis]). La búsqueda se realizó en los títulos y en los *abstract*. Se incluyeron los estudios que trataban sobre las temáticas planteadas en los objetivos de este trabajo; es decir, revisiones centradas en el impacto del estigma de la obesidad sobre la salud, así como revisiones generales sobre el estigma de la obesidad. En presencia de varias revisiones y/o artículos sobre un mismo tema, se han priorizado las más recientes y/o más citadas. Se revisaron las secciones de referencias de los artículos seleccionados en búsqueda de posibles estudios adicionales. También se han incluido informes de organizaciones internacionales de prestigio, declaraciones y documentos de consenso relevantes, y estudios empíricos sobre el tema de especial relevancia (p. ej., estudios multinacionales con grandes muestras) que abordan temas como la prevalencia del estigma de la obesidad en diferentes ámbitos, su impacto en la salud y propuestas para abordar este problema. Finalmente, dado que el autor es miembro de un grupo internacional de más de mil investigadores sobre factores socioculturales y de prevención vinculados a los problemas relacionados con la alimentación y el peso, incluyendo el estigma de la obesidad, en el que se comparten publicaciones e iniciativas sobre el tema, también se incluyeron artículos y publicaciones relacionadas compartidas por el grupo que fueran de interés para los objetivos de esta revisión. Se realizó un breve resumen de cada artículo seleccionado, se introdujeron las referencias en el gestor bibliográfico Mendeley, y los principales resultados fueron agrupados en 4 secciones temáticas: 1) Prevalencia del estigma de la obesidad; 2) Ámbitos donde se produce el estigma de la obesidad; 3) Impacto en la salud del estigma de la obesidad y la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso, y 4) Iniciativas internacionales para abordar el problema del estigma de la obesidad. Se ha

incluido además una sección de limitaciones y unas conclusiones finales.

Prevalencia del estigma de la obesidad

El estigma de la obesidad tiene una gran relevancia en nuestra sociedad y se ha convertido en un desafío de salud global¹⁸. A pesar del incremento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años, el estigma asociado parece haber aumentado¹⁹. Una gran parte de los costes atribuidos a la obesidad podrían deberse al estigma de la obesidad²⁰. Un reciente informe de la OMS proporciona datos como que un 63% de los niños/as de edad escolar con obesidad experimentan mayor probabilidad de ser objeto de acoso, el 54% de los adultos con obesidad informan ser objeto de estigma por parte de sus compañeros de trabajo, o que el 69% de los adultos con obesidad informan de experiencias de estigma por parte de profesionales sanitarios²¹. Este problema se ha estudiado fundamentalmente con muestras de EE. UU. y muestras anglosajonas. Un estudio multinacional realizado con muestras de EE. UU., Canadá, Islandia y Australia encontró que la extensión de los prejuicios relacionados con el peso era similar en los 4 países, señalando que es un problema que se da de forma similar en todos los países occidentales²². En Europa hay muy pocos datos sobre la prevalencia de este problema realizado con muestras grandes. Un estudio realizado en Alemania muestra que un 67% de las personas con obesidad han experimentado episodios de discriminación relacionada con su peso, con tasas crecientes en función del grado de obesidad (10,2% en personas con obesidad grado I, 18,7% en grado II y 38% en grado III)²³. Un reciente estudio multinacional realizado en Australia, Canadá, Francia, Alemania, Reino Unido y EE. UU. muestra que entre un 56-61% de adultos con obesidad participantes en programas de pérdida de peso informan haber padecido estigma a causa de su peso²⁴.

Ámbitos donde se produce el estigma de la obesidad

El estigma de la obesidad se da en muchos ámbitos de la vida de las personas, incluyendo el ámbito sanitario, laboral, educativo, familiar, los medios de comunicación, la salud pública y la sociedad en general.

Muchos profesionales sanitarios muestran prejuicios y actitudes negativas hacia las personas con obesidad²⁵. Ya se ha comentado un informe de la OMS que señala que casi el 70% de los adultos con obesidad informan de experiencias de estigma por parte de profesionales sanitarios²¹. El estudio multinacional realizado con 6 países de 3 continentes, muestra que dos terceras partes de los participantes con obesidad en cada país informó haber sufrido experiencias de estigma con profesionales sanitarios²⁴. Estas actitudes negativas pueden reducir la calidad de la atención proporcionada a los pacientes con obesidad, a pesar de las mejores intenciones de los profesionales sanitarios para proporcionar una atención de calidad. En consecuencia, los pacientes con obesidad tienden a experimentar estrés sanitario y a reducir la búsqueda de atención sanitaria, retardando o evitando sus visitas médicas, pierden la confianza en los profesionales y se adhieren menos a los tratamientos, con consecuencias

muy negativas sobre su salud^{14,24}. Estas actitudes negativas por parte de los profesionales sanitarios guardan una estrecha relación con creencias de que la obesidad es un problema básicamente de responsabilidad individual²⁶, contrariamente a la evidencia reciente que muestra que la obesidad es un problema crónico complejo²⁷. Un estudio realizado con profesionales sanitarios españoles muestra cómo las actitudes estigmatizantes hacia la obesidad y la atribución de las causas principales de la obesidad a la responsabilidad personal, también son bastante frecuentes entre nuestros profesionales, pudiendo llevar a un tratamiento inadecuado de las personas con obesidad²⁸.

En el ámbito laboral, las personas con sobrepeso y obesidad se enfrentan a actitudes estereotipadas por parte de los/las empresarios/as, como por ejemplo que son perezosas, menos trabajadoras, con falta de motivación, falta de autocontrol y falta de habilidades interpersonales, lo que las lleva a recibir un trato desigual en el puesto de trabajo, afectando a las decisiones en la contratación, a salarios más bajos y a un menor número de ascensos y promociones en comparación con empleados que no tienen obesidad, a pesar de tener las mismas cualidades²⁹. Las personas con obesidad a menudo son percibidas como menos aptas y exitosas, por lo que es menos probable que consigan una entrevista o sean contratadas³⁰. Los programas de promoción de la salud laboral suelen poner un continuo énfasis en la responsabilidad individual, contribuyendo a la percepción de que el peso es controlable y contribuyendo a la estigmatización de las personas con obesidad y a su discriminación³¹. El informe de la OMS indica que el 54% de los adultos con obesidad informan haber sido objeto de estigmatización por parte de los compañeros de trabajo²¹.

La victimización y el acoso basado en el peso es frecuente en el entorno escolar, fundamentalmente por parte de los compañeros, pero también por parte de entrenadores deportivos y profesores, tanto en formación como en servicio, que pueden tener expectativas más bajas a nivel físico, social y de habilidades académicas con relación a los estudiantes con sobrepeso, impactando negativamente en la salud de estos estudiantes y generando desigualdades^{32–34}. El informe de la OMS destacaba que los niños con obesidad en edad escolar presentan un 63% de mayor riesgo de sufrir acoso que sus compañeros con peso normal²¹.

Este problema se ha manifestado en el seno de las propias familias. Los jóvenes estadounidenses con IMC más elevados reciben menos apoyo económico por parte de sus padres y madres para poder ir a estudiar a la universidad³⁵.

Las personas con sobrepeso y obesidad, especialmente las mujeres, se encuentran en desventaja a la hora de formar relaciones románticas, comparadas con las que tienen un peso normal. Además, son más propensas a sufrir estigmatización basada en el peso por parte de otras personas hacia sus parejas, así como por sus propias parejas. En particular, la estigmatización por parte de la propia pareja se asocia a insatisfacción corporal, insatisfacción sexual y con la misma relación, y a conductas alimentarias alteradas³⁶.

Los medios de comunicación contribuyen a reforzar el estigma de la obesidad³⁷, tanto por la representación que se hace de personas con obesidad, como por mostrar la obesidad como un problema básicamente de responsabilidad individual³⁸. Los análisis de contenido de programas y

películas para niños y adolescentes muestran que los personajes con cuerpos más grandes se suelen representar como agresivos, impopulares, malvados, poco saludables y como objetivo de bromas o ridículo³³. El estigma de la obesidad también está presente en las redes sociales, donde se humilla a las personas con obesidad y sobrepeso, presentando estereotipos tales como que son perezosas, irresponsables y demasiado benévolas, y donde son objeto de burlas por el público general, generando más insatisfacción corporal y un menor bienestar psicológico en estas personas³⁹.

Finalmente, como ya se ha señalado, una tercera parte de los daños no intencionados causados por intervenciones de salud pública están relacionados con el abordaje de la obesidad⁴¹. Recientemente, en EE. UU., se ha cuantificado en un 44% el total de campañas de prevención de la obesidad que contenían mensajes o imágenes estigmatizantes hacia las personas con obesidad⁴⁰. Este tipo de mensajes e imágenes que muestran estereotipos asociados a las personas con obesidad, sitúan el foco del problema en la responsabilidad individual de las personas, se centran en la pérdida y el control del peso, y exacerban los ideales delgados y el deseo de adelgazar, provocando diferentes problemas como efectos adversos en la conducta alimentaria de las personas a las que van dirigidos⁴¹.

Impacto en la salud del estigma de la obesidad y la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso

Los prejuicios relacionados con el peso y la estigmatización de las personas con obesidad se han propagado en la sociedad en base a la creencia que el estigma y la culpa las motivaría a perder peso⁴². Pero la investigación ha mostrado que este enfoque resulta contraproducente, ya que estos prejuicios y estigmatización, especialmente cuando son interiorizados por el individuo, más que motivar al cambio, pueden impactar negativamente en la salud física y psicosocial de las personas que los sufren y deteriorar su calidad de vida, como muestran múltiples revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes sobre este tema realizadas tanto en adultos como con niños y adolescentes^{43–50}. En particular, la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso se ha mostrado como un mediador clave entre las experiencias de estigma y su impacto negativo sobre la salud⁵¹.

La investigación ha identificado que el estigma de la obesidad se asocia a un incremento del malestar psicológico y de problemas de salud mental, incluyendo síntomas de depresión y ansiedad, pobre autoestima y aislamiento social e incremento del consumo de alcohol y otras sustancias^{46,52–54}.

Se ha establecido un claro vínculo entre la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso y las alteraciones de la conducta alimentaria⁵⁵, especialmente con la conducta de atracones, en diferentes tipos de muestras como pacientes adultos con obesidad^{56,57}, adolescentes en programas de pérdida de peso⁵⁸, universitarios varones y mujeres^{59,60}, o mujeres que se perciben con sobrepeso⁶¹. Esta interiorización también se ha asociado en particular a una mayor alimentación descontrolada y emocional^{57,62}.

La insatisfacción corporal es un importante problema de salud pública al que no se le ha prestado bastante atención, que se ha relacionado con un amplio rango de problemas, como deterioro de la salud psicológica (p. ej., depresión), trastornos del comportamiento alimentario y obesidad⁶³. Se ha establecido un vínculo entre las experiencias de discriminación y estigmatización que experimentan las personas con obesidad y la insatisfacción corporal⁶⁴.

También se ha establecido una asociación entre el estigma de la obesidad y los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Las personas con TCA tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de haber sufrido burlas o *bullying* por su aspecto y peso corporal antes de la aparición del trastorno⁶⁵. La prevalencia de obesidad asociada a TCA se ha incrementado en los últimos años, asociación que se vincula a una mayor severidad clínica y a un peor pronóstico. La prevalencia de obesidad en los casos de TCA a lo largo de la vida es próxima al 30% y va desde el 5% en anorexia nerviosa hasta el 87% en el trastorno por atracón⁶⁶. En particular, la asociación entre obesidad y trastorno por atracón está fuertemente establecida^{67,68}.

El estigma de la obesidad y su interiorización también se han asociado a otros problemas que podrían empeorar el pronóstico de los problemas de salud asociados a la obesidad misma. Además del incremento del riesgo de realizar atracones alimentarios e ingesta emocional, ya comentados, la investigación ha encontrado una asociación con un mayor estrés fisiológico, reducción de la práctica de actividad física^{69,70}, creación de barreras adicionales para mantener pérdidas de peso⁷¹ y posponer la búsqueda de atención médica^{24,72}. Paradójicamente, experimentar e interiorizar estigmatización por el peso podría contribuir a empeorar los problemas asociados a la obesidad y a crear barreras adicionales para el cambio de conducta⁴⁹. Un reciente meta-análisis muestra por primera vez que, en el caso de la obesidad pediátrica, la relación con el estigma de la obesidad es bidireccional, de forma que tener obesidad predice sufrir estigmatización y viceversa⁷³.

Quizás uno de los hallazgos más preocupantes sea la asociación del estigma de la obesidad con un mayor riesgo de suicidio y mortalidad^{74,75}. En el caso específico de los/as adolescentes, ser víctima de burlas y discriminación por características personales difícilmente controlables como el peso corporal, hace más probable que se culpen a sí mismos/as por recibir este maltrato, aumentando el malestar y la angustia, y llevando a un mayor riesgo de auto lesionarse y a un incremento de la conducta suicida⁷⁶.

Muchos de estos efectos adversos de la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso, como una peor salud mental y calidad de vida relacionada con la salud, menor autoeficacia para el control de la ingesta y la actividad física, mayor utilización de la ingesta como estrategia de afrontamiento de problemas, mayor evitación de la asistencia al gimnasio, peor imagen corporal y mayor estrés percibido, se han mostrado como un efecto robusto en un reciente estudio multinacional realizado con muestras de seis países occidentales (Australia, Canadá, Francia, Alemania, Reino Unido y EE. UU.)⁷⁷.

Mención particular merecen los estudios llevados a cabo con pacientes que se someten a cirugía bariátrica, que, junto a los niños y adolescentes, son los grupos con mayor vulnerabilidad a experimentar el estigma de la obesidad⁷⁸.

Estos estudios muestran que la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso por parte de estos pacientes se ha asociado a una mayor insatisfacción corporal, mayor restricción alimentaria e ingesta emocional, depresión, ansiedad, y peor calidad de vida previa a la cirugía⁷⁹, una peor adherencia a la dieta⁸⁰, una menor pérdida de peso^{80,81}, pérdida de control sobre la alimentación después de la cirugía⁸² y más síntomas depresivos postcirugía⁸¹.

Los resultados preliminares del único estudio realizado hasta el momento con población adolescente española sobre los efectos de la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso, vienen a replicar lo que se ha encontrado hasta ahora en muestras internacionales, mostrando que una mayor interiorización de estos prejuicios se asocia a más insatisfacción corporal, más deseo de adelgazar, más síntomas bulímicos, más episodios de atracón y un mayor riesgo general de TCA, independientemente de la edad, IMC y nivel socioeconómico, siendo esta asociación más importante en chicas⁸³. También se ha replicado una asociación positiva con un peor estado de salud general y bienestar subjetivo, mayor evitación de la atención sanitaria y estrés relacionado, así como peor bienestar psicológico en medidas de autoestima, depresión, ansiedad y estrés⁸⁴.

Iniciativas internacionales para abordar el problema del estigma de la obesidad

En el ámbito de la salud pública, el estigma asociado a enfermedades como el HIV/sida, varias formas de cáncer, alcoholismo y consumo de drogas, ha sido una importante barrera para su tratamiento y prevención, lo cual ha requerido de importantes esfuerzos por parte de los profesionales sanitarios para reducir esta barrera que afectaba negativamente a la eficacia de las intervenciones⁸⁵.

En cambio, el estigma de la obesidad no ha sido todavía suficiente objeto de atención por parte de los responsables sanitarios y responsables de políticas públicas. Pero, como se ha visto, sus efectos son tan evidentes y dañinos, que recientemente se están produciendo interesantes propuestas e iniciativas internacionales para intentar terminar con este estigma. A continuación, destacamos algunas de las más importantes:

1. En 2016 la OMS hizo una llamada para terminar con la discriminación en el ámbito sanitario⁸⁶, desarrollando un año más tarde un «informe con recomendaciones para afrontar el problema del estigma de la obesidad»²¹.
2. «La llamada a los medios de comunicación para reducir el estigma de la obesidad por parte de diferentes asociaciones profesionales británicas» vinculadas al estudio de la obesidad³⁸.
3. La publicación de guías sobre cómo hacer una comunicación sobre la obesidad para cambiar la narrativa sobre este problema, incluyendo una guía parlamentaria del parlamento británico⁸⁷ y una guía del *East Metropolitan Health Service* del gobierno del estado de Australia Occidental⁸⁸. Las guías incluyen recomendaciones como:
 - La importancia de usar un *person-first language* (poner la persona antes que la característica o la discapacidad) en lugar del habitual *identity-first language*. Como,

por ejemplo, en lugar de decir «a las personas obesas les gusta...», decir «a las personas con obesidad les gusta...».

- Utilizar imágenes respetuosas de personas con obesidad en los medios de comunicación y en las campañas de salud pública (existen catálogos de este tipo de imágenes cuyo acceso se facilita en estas guías). Romper con los estereotipos que muestran a las personas con obesidad como perezosas, incultas y sin fuerza de voluntad.
 - Reconocer la complejidad de las causas y soluciones de la obesidad. Difundir mensajes que reconozcan que la obesidad es una condición compleja influenciada por muchos factores que no están bajo el control individual. Un informe del gobierno británico identificó unos 100 factores que pueden contribuir al desarrollo de la obesidad, señalando que la regulación del peso corporal no está completamente bajo control voluntario, y que las causas de la obesidad están inmersas en un sistema biológico extremadamente complejo, dentro de un marco social igualmente complejo⁸⁹. Una reciente revisión muestra que también la obesidad pediátrica es una enfermedad crónica multifactorial que resulta de la interacción entre factores conductuales, ambientales, genéticos y metabólicos⁵⁰. Sin embargo, es habitual la creencia de que el peso está bajo el control del individuo, atribuyendo incorrectamente el sobrepeso u obesidad a la falta de fuerza de voluntad o a la responsabilidad individual⁹⁰.
 - Cambiar los mensajes de las campañas de prevención de la obesidad, de forma que apoyen que las personas lleven a cabo conductas saludables, en lugar de promocionar la pérdida de peso.
 - También incluye un conjunto de recomendaciones sobre qué hay que evitar, como; hacer uso del humor o el ridículo a la hora de comunicar sobre el peso corporal; estereotipar a las personas en base a su peso corporal; evitar el lenguaje coloquial o combativo y utilizar un lenguaje científico o neutral (en lugar de términos como «gordo/a» o «guerra contra la obesidad», mejor términos como «peso corporal», «índice de masa corporal» o «prioridad sanitaria»); culpabilizar a individuos, grupos o familias.
4. «La declaración política de la Academia Americana de Pediatría», en la que se proporcionan recomendaciones de práctica clínica y de acciones políticas para reducir el estigma de la obesidad³³.
 5. La reciente «guía de Práctica Clínica sobre la Obesidad en Adultos», elaborada conjuntamente por la asociación *Obesity Canada* y la Asociación Canadiense de Médicos y Cirujanos Bariátricos²⁷, que reconoce que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja, progresiva y recidivante, que requiere de una atención basada en los principios del manejo de la enfermedad crónica e ir más allá de enfoques simplistas de «comer menos y moverse más», además de reconocer que las personas con obesidad sufren una estigmatización que puede contribuir al incremento de la morbilidad y la mortalidad, y en la que se reclama un cambio en el abordaje de la obesidad hacia una mejora de la salud centrada en el paciente, más que en la pérdida de peso aislada.
 6. «El posicionamiento de *The Obesity Society*»⁹¹ que aboga por un cambio en la narrativa pública sobre la obesidad, pasando a considerarla como una enfermedad

crónica multicausal, en lugar de una elección de estilo de vida o una cuestión conductual.

7. «La nueva propuesta de definición de la obesidad de la Comisión Europea» como una enfermedad crónica recidivante⁹².
8. «La reciente publicación de una declaración de consenso internacional para acabar con la estigmatización de la obesidad», apoyada por unas 60 organizaciones internacionales de prestigio relacionadas con el estudio y abordaje de la obesidad, revistas internacionales médicas y científicas de primer nivel, instituciones académicas y hospitales de prestigio, e incluso una comisión parlamentaria del gobierno británico¹⁴. En esta declaración se hace una revisión muy exhaustiva sobre este problema y sus efectos, y se sugieren diferentes vías para terminar con el estigma de la obesidad. A continuación, reproducimos la síntesis del compromiso de esta declaración para eliminar los prejuicios relacionados con el peso y el estigma de la obesidad:

Reconocemos que

- Las personas afectadas por el sobrepeso y la obesidad se enfrentan a una forma dominante de estigma social basada en la suposición no probada que su peso corporal se deriva principalmente de una falta de autodisciplina y responsabilidad personal.
- Tal descripción es inconsistente con la evidencia científica actual que ha demostrado que la regulación del peso corporal no está del todo bajo control voluntario, y que los factores biológicos, genéticos y ambientales contribuyen de manera crítica a la obesidad.
- Los prejuicios relacionados con el peso pueden llevar a discriminación, y socavar los derechos humanos, los derechos sociales y la salud de personas afectadas.
- El estigma y la discriminación relacionada con el peso no se pueden tolerar en las sociedades modernas.

Condenamos

- El uso de lenguaje, imágenes, actitudes y políticas estigmatizantes, así como la discriminación basada en el peso, en cualquier lugar donde se produzcan.

Nos comprometemos

- Tratar con dignidad y respecto a las personas con sobrepeso y obesidad.
- Abstenerse de usar un lenguaje, imágenes y narrativas estereotipadas que representen de manera injusta e inexacta a las personas con sobrepeso y obesidad como perezosas, glotonas y con carencia de fuerza de voluntad o autodisciplina.

- Fomentar y apoyar a iniciativas educativas dirigidas a erradicar los prejuicios relacionados con el peso mediante la difusión del conocimiento actualizado sobre la obesidad y la regulación del peso corporal.
- Fomentar y apoyar a iniciativas encaminadas a prevenir la discriminación por el peso en el ámbito laboral, educativo y sanitario.

Nota: Traducido al español de Rubino et al. (2020)¹⁴. Reproducido con permiso y licencia <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Limitaciones

Esta revisión presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, se trata de una revisión narrativa, no de una revisión sistemática, que presenta menos sesgos. No obstante, las revisiones sistemáticas se centran en objetivos y preguntas de investigación mucho más concretos que el objetivo planteado en esta revisión, muy difícil de abordar mediante una revisión sistemática. A pesar de que se han seguido indicaciones y recomendaciones para reducir los sesgos asociados a las revisiones narrativas¹⁵, la inclusión de estudios e informes seleccionados en base al conocimiento del autor de la temática del estudio y por contactos con otros investigadores y equipos internacionales, puede dificultar la total replicabilidad de la revisión. Se ha priorizado la inclusión de revisiones o metaanálisis ya publicados sobre diferentes temas relacionados con el estigma de la obesidad, lo que supone un importante sesgo de selección. La razón de optar por priorizar este tipo de estudios se debe al gran volumen de estudios publicados en los últimos años sobre este tema, incluyendo numerosas revisiones sobre cuestiones diferentes vinculadas al estudio del estigma de la obesidad. No obstante, también se han incluido estudios empíricos de relevancia (muestras grandes, estudios multinacionales) e informes de organizaciones internacionales de prestigio, declaraciones y documentos de consenso de organizaciones internacionales. Por otro lado, hay limitaciones metodológicas importantes en este ámbito de investigación; la gran mayoría de estudios sobre el impacto del estigma de la obesidad sobre la salud son de carácter transversal y son necesarios más estudios longitudinales en este campo; todavía no hay un gran consenso sobre cómo evaluar la presencia de experiencias de estigma o su interiorización; muchos estudios tienen muestras pequeñas y no representativas; se requieren medidas más objetivas para evaluar algunas de las variables importantes estudiadas (p. ej., actividad física, evitación sanitaria, etc.); son necesarios más estudios para esclarecer los mecanismos mediante los cuales experimentar o interiorizar el estigma de la obesidad puede impactar negativamente sobre la salud. Finalmente, muchas de las propuestas internacionales realizadas para combatir el estigma y reducir sus efectos, aunque bien fundamentadas, no han sido todavía llevadas a cabo, por lo que no disponemos de datos sobre su eficacia.

Conclusiones

1. El estigma de la obesidad está generalizado en nuestra sociedad y se produce en diferentes ámbitos como el sanitario, educativo, laboral, familiar, medios de comunicación y salud pública.
2. El estigma de la obesidad tiene un impacto muy negativo en la salud y las conductas relacionadas con la salud de las personas que lo sufren.
3. El estigma de la obesidad puede contribuir a empeorar los problemas asociados a la obesidad y a crear barreras adicionales para un tratamiento y prevención eficaces.
4. El estigma de la obesidad se basa en la suposición generalmente errónea de que la obesidad se deriva principalmente de una falta de autodisciplina y responsabilidad personal, obviando la evidencia reciente que muestra que la obesidad es una enfermedad crónica prevalente, compleja, progresiva y recidivante, resultado de la interacción entre factores conductuales, medioambientales, genéticos y metabólicos.
5. Es necesario reducir el estigma de la obesidad a diferentes niveles, implicando a diferentes agentes que van desde los profesionales sanitarios a los medios de comunicación, las campañas de salud pública y la sociedad en general.

A modo de conclusión, citaremos una de las conclusiones de la declaración de consenso internacional para acabar con la estigmatización de la obesidad:

«La estigmatización de la obesidad representa un gran obstáculo a los esfuerzos para prevenir y tratar de forma efectiva la obesidad y la diabetes tipo 2. Abordar el estigma no es solo una cuestión de derechos humanos y justicia social, sino también una forma de avanzar en la prevención y tratamiento de estos problemas. Las instituciones académicas, las organizaciones profesionales, los medios de comunicación, las autoridades en salud pública y el gobierno tendrían que promover la educación sobre el estigma de la obesidad y facilitar una nueva narrativa sobre la obesidad coherente con el conocimiento científico más moderno»¹⁴.

Financiación

Este trabajo ha contado con el apoyo del Proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades RTI2018-099293-B-I00.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. MacMahon S, Baigent C, Duffy S, Rodgers A, Tominaga S, et al., Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373:1083–96.

2. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, et al. An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Curr Obes Rep.* 2015;4.
3. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic burden of obesity: A systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14.
4. Mendis S, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Lauer J, Mace C, et al. Global status report on noncommunicable diseases. World Health Organisation. 2014:2014.
5. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. *Rev Española Cardiol (English Ed.)*. 2016;69:579–87.
6. Aranceta-Bartrina J, Gianzo-Citores M, Pérez-Rodrigo C. Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in the Spanish population aged 3 to 24 years The ENPE study. *Rev Española Cardiol (English Ed.)*. 2020;73:290–9.
7. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Daniélsdóttir S, Shuman E, Davis C, et al. The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *J Obes.* 2014:2014.
8. López-Guimerà G, Levine MP, Sánchez-Carracedo D, Fauquet J. Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychol.* 2010;13:387–416.
9. López-Guimerà G, Neumark-Sztainer D, Hannan P, Fauquet J, Loth K, Sánchez-Carracedo D. Unhealthy weight-control behaviours, dieting and weight status: A cross-cultural comparison between North American and Spanish adolescents. *Eur Eat Disord Rev.* 2013;21:276–83.
10. Solmi F, Sharpe, PhD H, Gage SH, Maddock J, Lewis G, et al. Changes in the Prevalence and Correlates of Weight-Control Behaviors and Weight Perception in Adolescents in the UK, 1986-2015. *JAMA Pediatr.* 2020:267–75.
11. Allen-Scott LK, Hatfield JM, McIntyre L. A scoping review of unintended harm associated with public health interventions: Towards a typology and an understanding of underlying factors. *Int J Public Health.* 2014:59.
12. Richmond TK, Thurston IB, Sonnevile KR. Weight-Focused Public Health Interventions - No Benefit Some Harm. *JAMA Pediatr.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4777>.
13. Madsen KA, Thompson HR, Linchey J, Ritchie LD, Gupta S, Neumark-Sztainer D, et al. Effect of School-Based Body Mass Index Reporting in California Public Schools: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4768>.
14. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>.
15. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: Secrets of the trade. *J Chiropr Med.* 2006;5:101–17.
16. Li K, Rollins J, Yan E. Web of Science use in published research and review papers 1997-2017: A selective, dynamic, cross-domain, content-based analysis. *Scientometrics.* 2018;115:1–20.
17. Bramer WM, Rethlefsen ML, Kleijnen J, Franco OH. Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. *Syst Rev.* 2017;6:1–12.
18. Brewis AA, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Global Health.* 2018;14, <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-018-0337-x>.
19. Charlesworth TES, Banaji MR. Patterns of Implicit and Explicit Attitudes: I Long-Term Change and Stability From 2007 to 2016. *Psychol Sci.* 2019:30.
20. Singh K, Russell-Mayhew S, von Ranson K, McLaren L. Is there more to the equation? Weight bias and the costs of obesity. *Can J Public Heal.* 2019;110:17–20.
21. World Health Organization Regional Office for Europe. Weight bias and obesity stigma: Considerations for the WHO European Region. 2017.
22. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Daniélsdóttir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: Predictors of anti-fat attitudes across four countries. *Int J Obes.* 2015, <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2015.32>.
23. Sikorski C, Spahlholz J, Hartlev M, Riedel-Heller SG. Weight-based discrimination: An ubiquitous phenomenon? *Int J Obes.* 2016, <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2015.165>.
24. Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One.* 2021;16:e0251566.
25. Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining weight bias among practicing canadian family physicians. *Obes Facts.* 2019;12:632–8.
26. O'Keefe M, Flint SW, Watts K, Rubino F. Knowledge gaps and weight stigma shape attitudes toward obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8:587:3–5.
27. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: A clinical practice guideline. *CMAJ.* 2020;192:E875–91.
28. Sánchez-Carracedo D, Fornieles-Deu A, Fernández-Homar J, Flint SW. Attitudes and beliefs about obesity among healthcare professionals in Spain. *Obes Facts.* 2021;15:102–3.
29. Nowrouzi B. Weight Bias in the Workplace: A Literature Review. *Occup Med Heal Aff.* 2015:03.
30. Flint SW, Cadek M, Codreanu SC, Ivic V, Zomer C, Gomoiu A. Obesity discrimination in the recruitment process: «You're not hired! *Front Psychol.* 2016.
31. Täuber S, Mulder LB, Flint SW. The impact of workplace health promotion programs emphasizing individual responsibility on weight stigma and discrimination. *Front Psychol.* 2018.
32. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Weight-based victimization: Bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. *Pediatrics.* 2013.
33. Pont SJ, Puhl RM, Cook S, Slusser W, SECTION ON OBESITY; OBE-SITY SOCIETY. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics.* 2017;140:e20173034.
34. Nutter S, Ireland A, Alberga AS, Brun I, Lefebvre D, Hayden KA, et al. Weight Bias in Educational Settings: A Systematic Review. *Curr Obes Rep.* 2019;8:185–200.
35. Incollingo Rodriguez AC, White ML, Standen EC, Mann T, Wells CR, Tomiyama AJ. Body mass index and educational inequality: An update of Crandall (1995). *Stigma Health.* 2019;4:357–63.
36. Côté M, Bégin C. Review of the Experience of Weight-Based Stigmatization in Romantic Relationships. *Curr Obes Rep.* 2020;9:280–7.
37. Ata RN, Thompson JK. Weight bias in the media: A review of recent research. *Obes Facts.* 2010.
38. Flint SW, Nobles J, Gately P, Sahota P. Weight stigma and discrimination: a call to the media. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6:169–70.
39. Wanniarachchi VU, Mathrani A, Susnjak T, Scogings C. A systematic literature review: What is the current stance towards weight stigmatization in social media platforms? *Int J Hum Comput Stud.* 2020;135:102371.
40. Turner MM, Ford L, Somerville V, Javellana D, Day KR, Lapinski MK. The Use of Stigmatizing Messaging in Anti-Obesity Communications Campaigns: Quantification of Obesity Stigmatization. *Commun Reports.* 2020;33:1–14.
41. Bristow C, Meurer C, Simmonds J, Snell T. Anti-obesity public health messages and risk factors for disordered eating: A systematic review. *Health Promot Int.* 2020:1–19.

42. Callahan D. Obesity: Chasing an Elusive Epidemic. *Hastings Cent Rep.* 2013.
43. Puhl RM, Suh YJ. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep.* 2015.
44. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Overlooked and Understudied: Health Consequences of Weight Stigma in Men. *Obesity.* 2019.
45. Papadopoulous S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity.* 2015.
46. Puhl RM, Lessard LM. Weight Stigma in Youth: Prevalence Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Curr Obes Rep.* 2020.
47. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: A systematic review. *Obes Rev.* 2018;19:1141–63.
48. Palad CJ, Yarlagadda S, Stanford FC. Weight stigma and its impact on paediatric care HHS Public Access. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2019;26:19–24.
49. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity «epidemic» and harms health. *BMC Med.* 2018;16:1–6.
50. Haqq AM, Frpc C, Kebbe M, Tan Q, Manco M, Salas XR. Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. *Child Obes.* 2021;14:229–40.
51. Bidstrup H, Brennan L, Kaufmann L, de la Piedad Garcia X. Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: A systematic review. *Int J Obes.* 2021:1–9.
52. Alimoradi Z, Golboni F, Griffiths MD, Broström A, Lin CY, Pakpour AH. Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr.* 2020:39.
53. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obes Rev.* 2020;21:1–13.
54. Szwimer E, Mougharbel F, Goldfield GS, Alberga AS. The Association Between Weight-Based Teasing from Peers and Family in Childhood and Depressive Symptoms in Childhood and Adulthood: A Systematic Review. *Curr Obes Rep.* 2020;9:15–29.
55. Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite.* 2016;102:3–14.
56. Durso LE, Latner JD, White MA, Masheb RM, Blomquist KK, Morgan PT, et al. Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: Associations with eating disturbances and psychological functioning. *Int J Eat Disord.* 2012.
57. Remmert JE, Convertino AD, Roberts SR, Godfrey KM, Butryn ML. Stigmatizing weight experiences in health care: Associations with BMI and eating behaviours. *Obes Sci Pract.* 2019;5:555–63.
58. Puhl RM, Himmelstein MS. Weight bias internalization among adolescents seeking weight loss: Implications for eating behaviors and parental communication. *Front Psychol.* 2018;9:1–9.
59. Burnette CB, Mazzeo SE. Examining the contribution of weight-bias internalization to the associations between weight suppression and disordered eating in undergraduates. *Eat Behav.* 2020.
60. Mehak A, Friedman A, Cassin SE. Self-objectification, weight bias internalization, and binge eating in young women: Testing a mediational model. *Body Image.* 2018.
61. Sienko RM, Saules KK, Carr MM. Internalized weight bias mediates the relationship between depressive symptoms and disordered eating behavior among women who think they are overweight. *Eat Behav.* 2016.
62. O'Brien KS, Latner JD, Puhl RM, Vartanian LR, Giles C, Griva K, et al. The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite.* 2016;102:70–6.
63. Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction: An overlooked public health concern. *J Public Ment Health.* 2014.
64. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image.* 2004.
65. Lie SØ, Rø Ø, Bang L. Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2019.
66. Villarejo C, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Peñas-Lledó E, Granero R, Penelo E, et al. Lifetime obesity in patients with eating disorders: Increasing prevalence, clinical and personality correlates. *Eur Eat Disord Rev.* 2012.
67. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatry.* 2020.
68. Razzoli M, Pearson C, Crow S, Bartolomucci A. Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017.
69. Thedinga HK, Zehl R, Thiel A. Weight stigma experiences and self-exclusion from sport and exercise settings among people with obesity. *BMC Public Health.* 2021:21.
70. Pearl RL, Wadden TA, Jakicic JM. Is weight stigma associated with physical activity? A systematic review. *Obesity.* 2021;29:1994–2012.
71. Puhl RM, Quinn DM, Weisz BM, Suh YJ. The Role of Stigma in Weight Loss Maintenance Among U.S Adults. *Ann Behav Med.* 2017:51.
72. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: A scoping review. *Prim Health Care Res Dev.* 2019:20.
73. Ma L, Chu M, Li Y, Wu Y, Yan AF, Johnson B, et al. Bidirectional relationships between weight stigma and pediatric obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2021:1–12.
74. Daly M, Robinson E, Sutin AR. Perceived overweight and suicidality among US adolescents from 1999 to 2017. *Int J Obes.* 2020;44:2075–9.
75. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci.* 2015;26:1803–11.
76. Sutin AR, Robinson E, Daly M, Terracciano A. Perceived Body Discrimination and Intentional Self-Harm and Suicidal Behavior in Adolescence. *Child Obes.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1089/chi.2018.0096>.
77. Pearl RL, Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. Prevalence and Correlates of Weight Bias Internalization in Weight Management: A Multinational Study. *SSM Popul Heal.* 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100755>.
78. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol.* 2020;75:274–89.
79. Wagner AF, Butt M, Rigby A. Internalized weight bias in patients presenting for bariatric surgery. *Eat Behav.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101429>.
80. Feig EH, Amonoo HL, Onyeaka HK, Romero PM, Kim S, Huffman JC. Weight bias internalization and its association with health behaviour adherence after bariatric surgery. *Clin Obes.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/cob.12361>.
81. Lent MR, Napolitano MA, Wood GC, Argyropoulos G, Gerhard GS, Hayes S, et al. Internalized Weight Bias in Weight-Loss Surgery Patients: Psychosocial Correlates and Weight Loss Outcomes. *Obes Surg.* 2014, <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-014-1455-z>.
82. Lawson JL, LeCates A, Ivezaj V, Lydecker J, Grilo CM. Internalized weight bias and loss-of-control eating following bariatric surgery. *Eat Disord.* 2020.
83. Sánchez-Carracedo D, Navarro L, Fornieles-Deu A. Weight bias internalization and disordered eating in Spanish adolescents /Interiorización de prejuicios relacionados con el peso y alteraciones alimentarias en adolescentes españoles. XVI Congr AED Capitulo Hisp. Lat. Am./Int. Conf. Eat. Disord. AED Chapter Events, Online. 2021.

84. Sánchez-Carracedo D, Fornieles Deu A. Prejuicios relacionados con el peso, salud y bienestar en adolescentes: resultados piloto del proyecto «Weight-Bias-Spanish-Adolescents». En: (AEPC) AE de PC, editor. B. Abstr. los trab. aceptados en XIII Congr Int. y XVIII Congr. Nac. Psicol. Clínica, Gradana. 2020, p. 137.
85. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: Important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010.
86. World Health Organization. Agenda for zero discrimination in healthcare. 2016.
87. Flint SW. UK Parliamentary Guidelines?: Positive Communication About Obesity. 2020 [consultado 27 Dic 2021]. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/5975e650be6594496c79e2fb/t/5e5c1176d48f8f22c9faa790/1583092091985/Full+Parliamentary+Guidelines.pdf>
88. Law KK, Pulker CE. Shift. A guide for media and communications professionals. Perth. 2020 [consultado 27 Dic 2021]. Disponible en: <https://ww2.health.wa.gov.au/-/media/Corp/Documents/Health-for/Health-Networks/Healthy-Weight-Action-Plan/Shift-A-guide-for-media-and-communications-professionals.pdf>
89. Butland B, Jebb SA, Kopelman P, McPherson K, Thomas S, Mardell J, et al. Tackling obesity: Future choices - project report. 2007, 2nd ed. [consultado 27 Dic 2021]. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287937/07-1184x-tackling-obesity-future-choices-report.pdf
90. Pearl RL. Weight Bias and Stigma: Public Health Implications and Structural Solutions. *Soc Issues Policy Rev*. 2018;12:146–82.
91. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, Kelly AS, Heymsfield SB. Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement. *Obesity*. 2019;27:7–9.
92. European Commission. Obesity prevention. Health Promotion Disease Prevention Knowledge Gateway. 2021 [consultado 27 Dic 2021]. Disponible en: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/obesity_en