

El problema del Estigma de la Obesidad

De lo abstracto al problema clinico



$$2+2=4$$

Dr. Elvio Dario Bueno Colman
Medico Endocrinólogo
Jefe Interino de la 2ª Catedra de Clinica Medica
Hospital de Clinicas
UNA



Desde 1975

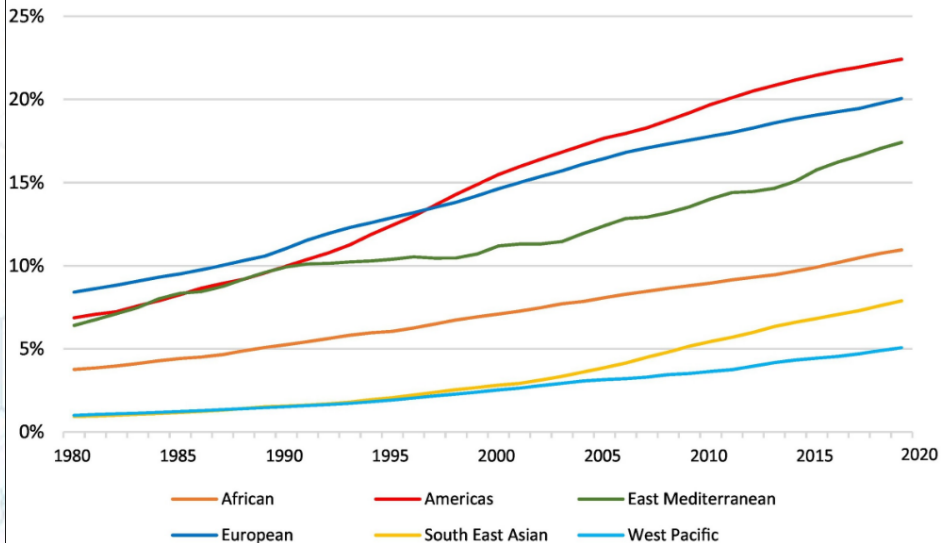
Table 1.1: Global overweight and obesity 2020–2035

Numbers of people (aged over 5 years) and percentage of the population with overweight or obesity*

	2020	2025	2030	2035
Number with overweight or obesity (BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$) (millions)	2,603	3,041	3,507	4,005
Number with obesity (BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$) (millions)	988	1,249	1,556	1,914
Proportion of the population with overweight or obesity (BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$)	38%	42%	46%	51%
Proportion of the population with obesity (BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$)	14%	17%	20%	24%

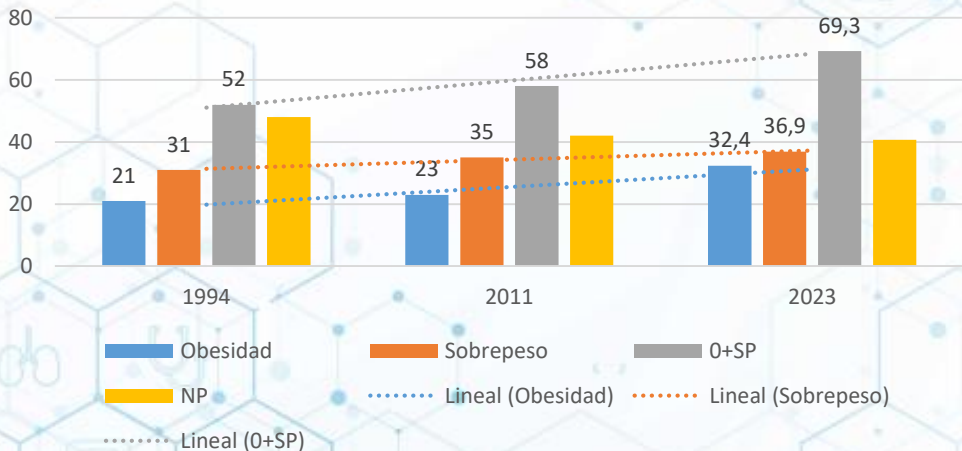
* For children and adolescents, overweight and obesity are defined using the WHO classification of +1SD and +2SD above median growth reference.

Regional trends in obesity



[Datos del Global Burden of Disease Study (Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, WA)] [\[17\]](#).

Frecuencia del Sobrepeso , la Obesidad y ambos fenomenos sumados en las encuestas del Paraguay 1994, 2011, 2023







DESCONOCIMIENTO!!

Perezoso

De voluntad débil

Inmoral

Incompetente

Impuro

Defectuoso



CINE



Ejemplo 5: ATENCIÓN FAT B*****S: ¡Deja de usar pantalones ajustados y leggings, esa es desagradable! Use jeans holgados o monos ... [Twitter]

Ejemplo 6: Odio cuando una chica FAT no puede cocinar ... mmm ok b***** simplemente engordas sin ninguna razón en absoluto [Twitter]

Ejemplo 1: Ewwwwww gente gorda me da asco!! [Twitter]

Ejemplo 2: Odio cuando estás en el autobús o tren y una persona gorda trata de apretarse en un asiento en el que no tiene por qué apretujarse. Las personas gordas solo deben obtener un asiento como todos los demás. [Facebook]

Ejemplo 3: Persona gorda: "El problema es que la obesidad corre en nuestra familia". Doctor: "No, el problema es que nadie corre en su familia". [Twitter]



Se conoce como **estigma** a la **marca o señal en el cuerpo**. El estigma tiene su origen en Grecia, ya que así era llamado a las marcas en el cuerpo, realizada con hierro candente, en esclavos que intentaban huir

Por otro lado, la definición de estigmas en psicología sostiene que es “la actitud social negativa asociada a una característica de un individuo”, la cual se podría considerar como **una deficiencia** mental, física o social.

En la sociología, **estigma** es visto como el comportamiento, rasgo, o condición que posee un individuo, y genera su inclusión en un **grupo social** cuyos miembros son visto como inferiores, o inaceptables. Las razones del **menosprecio o discriminación** son de orígenes raciales, religiosos, etnias, entre otros.

En este punto, Goffman, establece 3 categorías que causan el estigma social: tribales (etnia, religión), deformaciones físicas (obesidad, enfermedad mental, entre otras), y estigmas asociadas al comportamiento o a la personalidad (delincuencia, homosexualidad, etcétera).

Goffman, Erving - Estigma La identidad deteriorada (1963)

Definiciones

Joint international consensus statement for ending stigma of obesity

Estigma del peso: se refiere a la devaluación social y la denigración de individuos debido a su exceso de peso corporal, y puede conducir a actitudes negativas, estereotipos, prejuicios y discriminación.

Estereotipos basados en el peso: incluye generalizaciones como que las personas con sobrepeso u obesidad son perezosas, glotonas, carentes en fuerza de voluntad y autodisciplina, incompetente, desmotivado para mejorar su salud, no conforme con el tratamiento médico, y son personalmente culpables de su mayor peso corporal

La discriminación de peso se refiere a formas abiertas de prejuicio basado en el peso y trato injusto (comportamientos sesgados) hacia personas con sobrepeso u obesidad.

Internalización del sesgo de peso: ocurre cuando los individuos se involucran en el estigma de la auto-culpa y dirigido a su peso. La internalización incluye la concordancia con la aplicación de estos estereotipos a uno mismo y autodevaluación.

- Niños en edad escolar con obesidad experimentan un 63% más de probabilidades de ser intimidados,
- El 54% de los adultos con obesidad informaron haber sido estigmatizados por sus compañeros de trabajo y
- En el Reino Unido y los Estados Unidos revelaron que entre el 56% y el 61% de los adultos con obesidad que participaban en programas de pérdida de peso informaron haber experimentado el estigma del peso

World Health Organization Regional Office for Europe. Weight bias and obesity stigma: Considerations for the WHO European Region. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353613>, 2017.

Sikorski C, Spahlholz J, Hartlev M, Riedel-Heller SG. Weight-based discrimination: An ubiquitous phenomenon? *Int J Obes*. 2016;40(2):333-7. <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2015.165>



- El 69% de los adultos con obesidad informaron haber experimentado estigmatización por parte de los profesionales de la salud.

World Health Organization Regional Office for Europe. Weight bias and obesity stigma: Considerations for the WHO European Region. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353613>, 2017.



DISCRIMINACION

Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis

Implicit cognitive processes in binge-eating disorder and obesity[☆]

Anne Brauhardt*, Almut Rudolph, Anja Hilbert

Leipzig University Medical Center, Integrated Research and Treatment Center AdiposityDiseases, Medical Psychology and Medical Sociology, Philipp-Rosenthal-Strasse 27, 04103 Leipzig, Germany

288

A. Brauhardt et al. / J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 45 (2014) 285–290

Table 1
Sample characteristics and group differences in psychopathology, explicit, and implicit measures in all groups.

	BED	OB	CG	F	Sig. (p)	ES (η^2)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Age (years)	34.77 (10.29)	35.19 (11.08)	34.65 (10.70)	0.67	0.48	0.03
Education (years)	11.19 (1.06)	11.31 (1.09)	11.65 (0.85)	2.78	0.08	0.10
BMI (kg/m ²)	40.19 (6.18) ^a	40.27 (6.08) ^a	22.59 (1.73) ^b	188.83	<0.001	0.88
EDE-Q						
Restraint	1.92 (1.23) ^a	1.48 (1.47) ^{a,c}	1.04 (1.30) ^{b,c}	3.08	0.06	0.11
Eating concern	2.75 (1.14) ^a	0.84 (0.76) ^b	0.25 (0.45) ^c	59.49	<0.001	0.70
Weight concern	3.45 (1.19) ^a	2.32 (1.15) ^b	0.95 (1.25) ^c	32.69	<0.001	0.57
Shape concern	3.93 (1.18) ^a	2.74 (1.30) ^b	1.14 (1.29) ^c	42.35	<0.001	0.63
Global score	2.01 (1.06) ^a	1.84 (1.01) ^b	0.84 (0.96) ^c	25.44	<0.001	0.59
BSI	67.23 (11.68) ^a	54.96 (8.24) ^b	52.38 (11.29) ^b	18.73	<0.001	0.43
RSES	27.00 (7.08) ^a	32.54 (45.07) ^b	34.31 (5.24) ^b	14.81	<0.001	0.37
SSI	1.56 (0.69) ^a	1.16 (0.78) ^b	0.27 (0.31) ^c	48.29	<0.001	0.66
SE-IAT	0.29 (0.40) ^a	0.50 (0.26) ^{a,c}	0.52 (0.27) ^{b,c}	4.05	0.03	0.14
WB-IAT	0.22 (0.55) ^a	0.02 (0.50) ^{a,b}	0.45 (0.48) ^{a,c}	4.09	0.03	0.14

Note. N = 26 per group. Sig. = significance; p = probability; F = F-statistic; ES = effect size; BMI = body mass index in kg/m²; EDE-Q = Eating disorder examination-questionnaire; BSI = Brief symptom inventory; RSES = Rosenberg self-esteem scale; SSI = Stigmatizing situations inventory; SE-IAT = Self-esteem implicit association test; WB-IAT = Weight bias implicit association test. ^{a,b,c} Different superscripts indicate significant group differences.

Weight Discrimination and Risk of Mortality



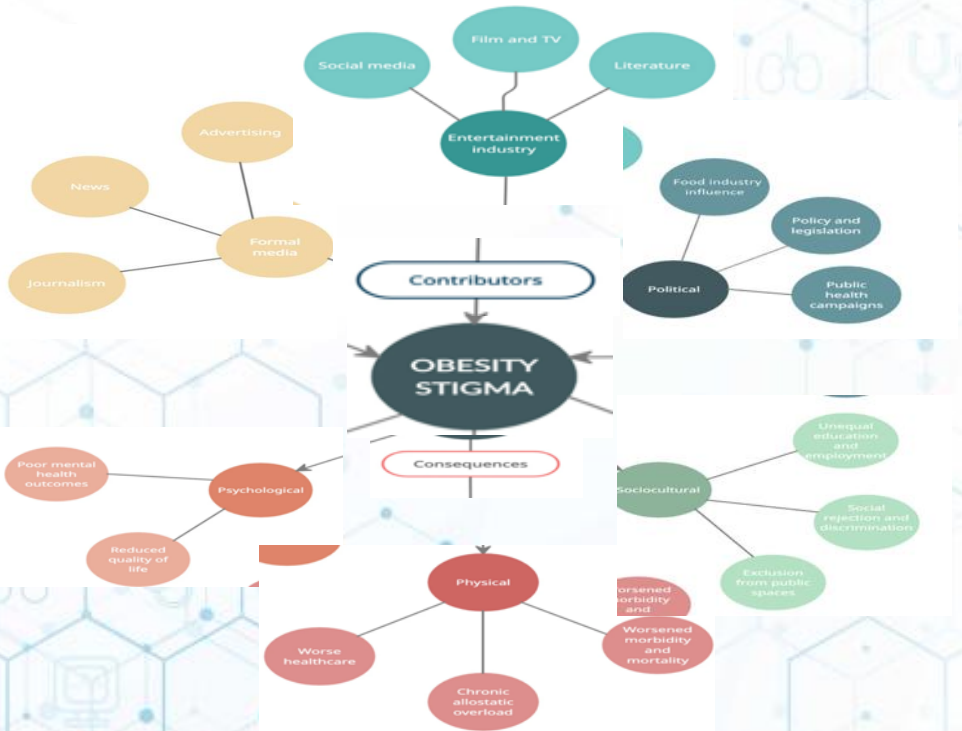
Angelina R. Sutin¹, Yannick Stephan¹, and Antonio Terracciano³

Table 3. Results of the Proportional Hazards Regression Analysis of the Association Between Mortality Risk and Perceived Discrimination in the Midlife in the United States (MIDUS) Study Sample

Predictor	Model 1 (<i>n</i> = 5,079)	Model 2 (<i>n</i> = 4,883)	Model 3 (<i>n</i> = 4,846)
Age	2.26 [2.08, 2.46]*	2.34 [2.14, 2.55]*	2.24 [2.04, 2.45]*
Gender (female)	0.75 [0.63, 0.90]*	0.68 [0.56, 0.83]*	0.75 [0.61, 0.91]*
Race			
Black	1.74 [1.19, 2.54]*	1.74 [1.18, 2.58]*	1.70 [1.15, 2.54]*
Other or unknown	1.58 [1.08, 2.32]*	1.65 [1.11, 2.46]*	1.30 [0.87, 1.95]
Education (years)	0.91 [0.88, 0.95]*	0.92 [0.88, 0.95]*	0.98 [0.95, 1.02]
Body mass index category			
Underweight	—	2.64 [1.55, 4.50]*	2.36 [1.38, 4.04]*
Overweight	—	0.79 [0.63, 0.98]*	0.77 [0.62, 0.96]*
Obese	—	0.86 [0.67, 1.12]	0.70 [0.53, 0.91]*
Morbidly obese	—	1.53 [0.86, 2.70]	0.92 [0.52, 1.64]
Poor subjective health	—	—	1.63 [1.46, 1.81]*
Disease burden	—	—	1.02 [0.98, 1.06]
Depressive symptoms	—	—	1.01 [0.96, 1.07]
Positive smoking history	—	—	1.85 [1.50, 2.30]*
Moderate physical activity	—	—	0.97 [0.95, 0.99]*
Attribution of perceived discrimination			
Weight and height	1.59 [1.09, 2.31]*	1.46 [0.97, 2.20] [†]	1.35 [0.90, 2.04]
Ethnicity or nationality	0.61 [0.31, 1.20]	0.68 [0.35, 1.33]	0.64 [0.33, 1.27]
Race	1.15 [0.79, 1.67]	1.11 [0.74, 1.62]	1.03 [0.70, 1.52]
Sex	0.92 [0.64, 1.31]	0.86 [0.60, 1.25]	0.81 [0.56, 1.18]
Age	1.18 [0.88, 1.58]	1.11 [0.82, 1.51]	1.03 [0.76, 1.41]
Physical disability	3.51 [2.16, 5.72]*	3.49 [2.14, 5.70]*	2.10 [1.25, 3.53]*
Appearance	0.86 [0.48, 1.53]	0.83 [0.45, 1.51]	0.70 [0.38, 1.29]
Sexual orientation	1.15 [0.43, 3.09]	1.13 [0.42, 3.05]	0.96 [0.35, 2.62]

Note: The table presents hazard ratios, with 95% confidence intervals in brackets. Ns differ across the models because data were missing for some covariates.

[†]*p* = .07. **p* < .05.



El estigma de la obesidad
perpetúa la obesidad a
través de efectos
fisiológicos, psicológicos y
sociales, actuando como
un círculo vicioso

Weight Bias Internalization Scale: Psychometric properties using alternative weight status classification approaches

Morgan S. Lee*, Robert F. Dedrick

University of South Florida, Tampa, FL, United States

Escala de internalización del sesgo de peso

Como persona con sobrepeso, siento que soy tan competente como cualquiera

Soy menos atractivo que la mayoría de las otras personas debido a mi peso.

Me siento ansioso por tener sobrepeso debido a lo que la gente podría pensar de mí

Ojalá pudiera cambiar drásticamente mi peso.

Cada vez que pienso mucho en tener sobrepeso, me siento deprimido.

Me odio por tener sobrepeso

Mi peso es una forma importante de juzgar mi valor como persona..

No siento que merezca tener una vida social realmente satisfactoria, siempre y cuando tenga sobrepeso..

aEstoy bien siendo el peso que soy.

Debido a que tengo sobrepeso, no me siento como mi verdadero yo.

Debido a mi peso, no entiendo cómo alguien atractivo querría salir conmigo.

Box 1

Associations or organizations that have declared obesity is a disease

- National Institutes of Health
- US Food and Drug Administration
- Federal Trade Commission
- American Medical Association
- World Health Organization
- American College of Physicians
- American Association of Clinical Endocrinologists
- American College of Cardiology
- The Endocrine Society
- American Academy of Family Physicians
- Institute of Medicine
- The Obesity Society
- World Obesity Federation
- American Heart Association
- American Diabetes Association
- American Academy of Family Physicians
- American Society for Reproductive Medicine
- American Urologic Association
- American College of Surgeons

Data from Kahan S, Zvenyach T. Obesity as a disease: current policies and implications for the future. Curr Obes Rep 2016;5(2):291-7; and Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. Obes Rev 2017;18(7):715-23.

Enfe
cualc
estad
norm
gene

La c

de ur
para
de la
siem
dema
y [salu](#)

Ciencia
la

dad

ene
sticos
bilidad.

Why Is It So Hard to Manage Weight?

WEIGHT LOSS -



↓ Calories

↑ Activity

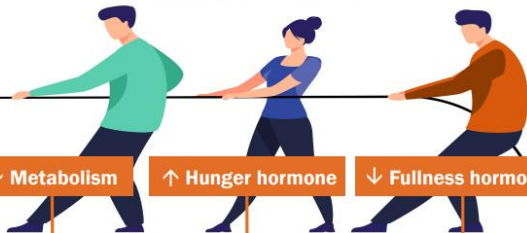
Decreased energy intake

Decreased caloric intake (dietary change, reduce portion size, etc.)

Increased activity

Physical activity modestly increases energy expenditure

WEIGHT GAIN +



↓ Metabolism

↑ Hunger hormone

↓ Fullness hormones

Slowed metabolism

Metabolism slows and gets more efficient, requiring less energy

Increased hunger hormones

Hunger hormones (notably ghrelin) triggers increased energy intake

Decreased satiety hormones

Reduction in hormones influencing cessation of eating

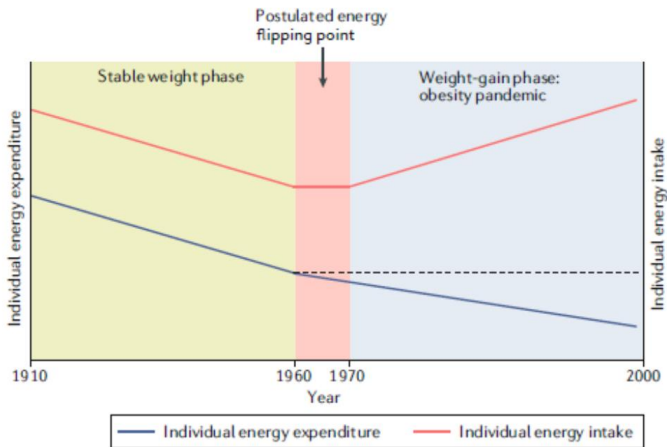
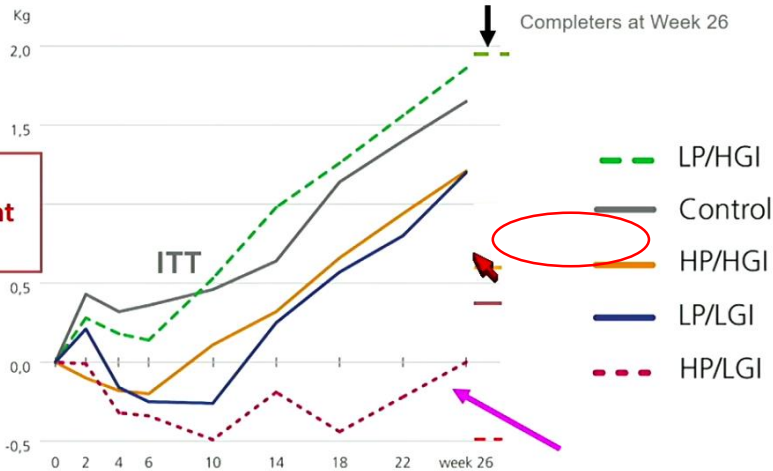


Fig. 5 | **The energy flipping point.** Food intake (red) and energy expenditure (blue) in the United States between 1910 and 2000. From 1910 to ~1960, energy expenditure reduced owing to technical changes in the workplace and growing motorization. This reduction in energy expenditure was matched by a parallel reduction in energy intake and resulted in a stable weight phase. Owing to an increase in the production of energy-dense, carbohydrate-rich and fat-rich foods in the United States, around the early 1970s an energy ‘flipping point’ marks the beginning of the weight-gain phase, in which increased energy intake was disproportional to either plateauing (dashed line) or further decreasing energy expenditure demands (accurate measurements of energy expenditure are unavailable)¹⁰.

DiOGenes: Low GI and high protein intake best weight maintenance and compliance (People with obesity but not diabetes)



(Larsen et al NEJM 2010)

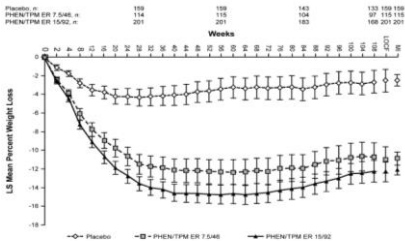
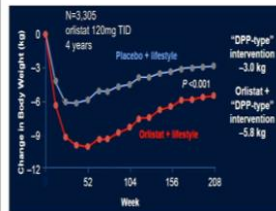
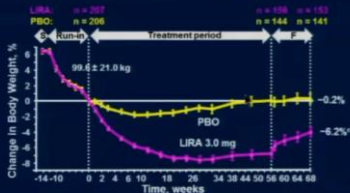


Figure 3—Percent weight loss from baseline to week 104 in the cohort with prolactin and/or MHI at baseline. Least squares mean percent weight loss in the ITT population of subjects with prolactin and/or MHI. $P < 0.0001$ vs. placebo for all time points assessed. LS, least squares.

XENDOS: Xenical (orlistat) in the prevention of diabetes



Maximizing weight loss: Initiate treatment with diet and follow with medication



- Maintained run-in loss ($\geq 5\%$): LIRA 81% vs PBO 49%*
- Lost $\geq 5\%$ during treatment period: LIRA 51% vs PBO 22%*
- Lost $\geq 10\%$ during treatment period: LIRA 26% vs PBO 6%*

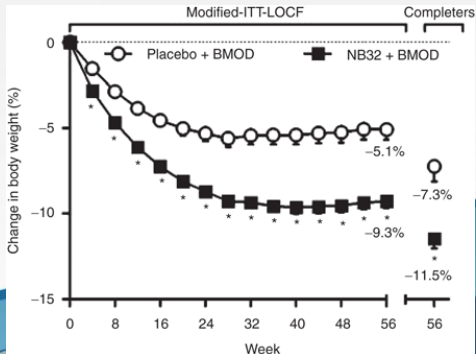
S. screening, P, follow-up.

LIRA (3.0 mg) vs PBO after 4 to 12 weeks of low-energy diet (1366-1466

kcal/d): $n = 422$; mean run-in weight (week -2) = 105.3 kg; mean

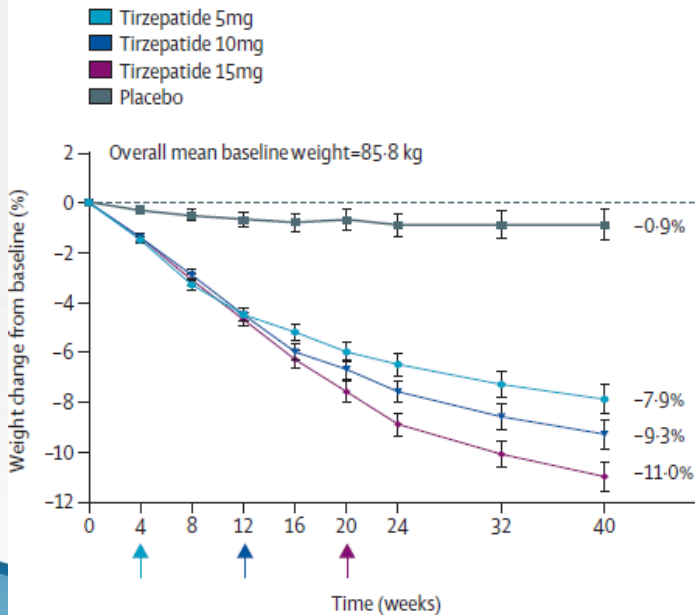
randomization weight (week 0) = 95.4 kg; $P < .0001$ vs PBO.

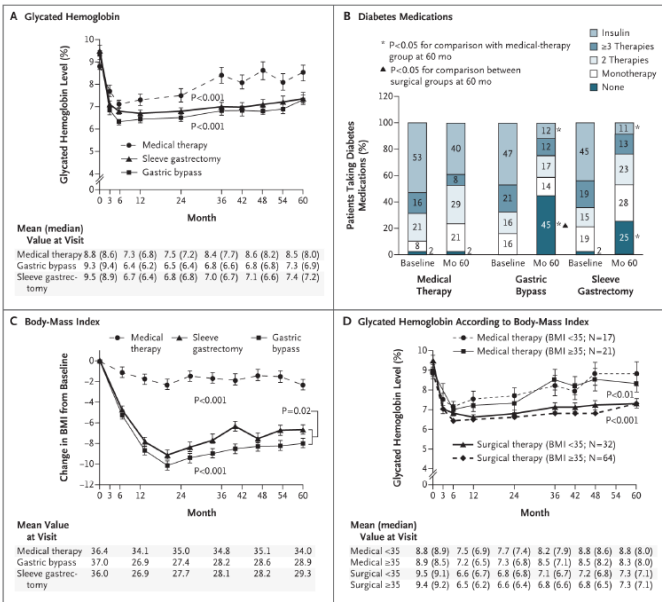
Wadden, T, et al. *Int J Obes (Lond)*. 2013;37:1443-1449.



Desire 1975

A





XVI CONGRESO PARAGUAYO DE MEDICINA INTERNA

Orgullosos de ser internistas



Desde 1975



RESPECTO



Dr. Ful...
ian
nutricional



Desde 1975

Obeso/a /
Gordo/a

Buen o mal control /
Bien o mal controlado /
Falta de control /

Paciente

Embaucador
Malo
Engaño
Desmotivado
Revoltoso

Persona con obesidad o
sobrepeso / Persona que tiene
obesidad o sobrepeso

En meta: hemoglobina glicada,
glicemia, presión arterial, lípidos, peso
etc.

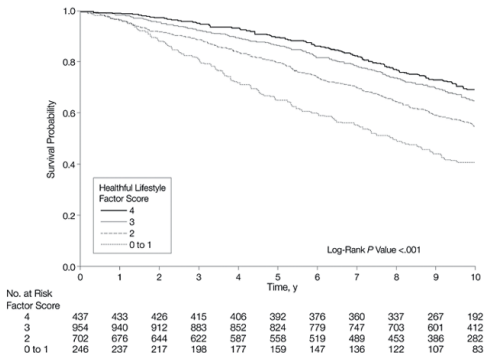
Persona con obesidad o
sobrepeso
Persona que tiene
obesidad o sobrepeso

Toma de decisiones



Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women

The HALE Project



Conclusiones

- Abordar el estigma de la obesidad es un imperativo de atención médica. Amplifica comorbilidades , mortalidad. Círculo vicioso.
- Abordar el estigma de la obesidad también es un imperativo ético. Produce discriminación indebida, prejuicios , exclusión, deshumanización y afecta a grupos ya desfavorecidos y vulnerables.
- Cuando la obesidad se ve como una elección personal, reforzada por el estigma de la obesidad, las soluciones se centran en cambiar los comportamientos individuales en lugar de estrategias sinérgicas que se centran en cambiar los sistemas y entornos para apoyar comportamientos saludables.
- Recalibrar la percepción de la sociedad, incluidos los políticos, proveedores de salud, urbanistas



Desde 1975



Poner demasiado énfasis en la obesidad per se, y centrarse demasiado en la pérdida de peso puramente para reducir la gravedad de la obesidad, tal vez no sea útil.



Las intervenciones que se basan únicamente en la educación y el cambio de comportamiento individual son en gran medida ineficaces [148, 149], permitir comportamientos saludables requerirá cambios ambientales tanto físicos como alimentarios y políticas fiscales para apoyarlos



Las intervenciones educativas que proporcionan información sobre las causas genéticas y ambientales de la obesidad han demostrado cierto éxito en el cambio de actitudes sobre cuánto control tienen los individuos sobre su propio peso corporal



En cuarto lugar, los esfuerzos para reducir la estigmatización de la obesidad en el dominio público podrían verse encabezados por una legislación que prohíba los prejuicios y la discriminación por motivos de peso [86].



“Predecimos que en las próximas décadas, miraremos hacia atrás a nuestra era actual con vergüenza. Reconoceremos el estigma de la obesidad como lo que es: discriminación como cualquier otra forma de discriminación”

“Solo entonces podremos esperar una sociedad transformada que finalmente se libere de los grilletes del estigma de la obesidad, en la que el peso corporal ya no defina a las personas que viven ella”

Muchas
Gracias



Desde 1975