

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

La estigmatización social de la obesidad [The social stigma of obesity]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Bartolomé, De Domingo;López Guzmán, J.
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-09-18 16:33:09
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/213798



LA ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL DE LA OBESIDAD

THE SOCIAL STIGMA OF OBESITY

DE DOMINGO BARTOLOMÉ, M. Y LÓPEZ GUZMÁN, J.

Área de Humanidades Farmacéuticas

Departamento de Farmacología y Toxicología

Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra

mdbartolome@alumni.unav.es

RESUMEN:

Palabras clave:

obesidad,
estigmatización,
género.

Recibido: 20/05/2014

Aceptado: 17/08/2014

Las personas con exceso de peso presentan un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas y muerte prematura. Sin embargo, las consecuencias fisiológicas no se limitan a los síntomas y a los signos sanitarios sino que trascienden al campo social. De hecho, la estigmatización y la discriminación que sufren las personas obesas se ha comprobado en múltiples áreas (laboral, familiar, educativa, etc.). Lo que puede contribuir a mermar la calidad de vida del paciente. Desde una perspectiva de género, en la bibliografía parece que hay evidencias de que los efectos sociales indeseables derivados de la obesidad afectan más a las mujeres que a los hombres. Para minimizar el impacto de la obesidad la población adopta de forma proactiva métodos para perder peso. No obstante la solución a este problema no se encuentra en la medicación sino en cambios de los hábitos de vida y en la propuesta de modelos estéticos no discriminatorios. Asimismo es preciso reconocer que la compleja etiología de la obesidad puede ayudar a reducir el estigma del peso y las consecuencias negativas derivadas de esta condición.

ABSTRACT:

Keywords:

obesity, stigma,
gender.

People who are overweight are at increased risk of certain chronic diseases and premature death. However, the physiological consequences are not limited to health symptoms and signs but transcend the social field. In fact, the stigma and discrimination faced by obese people has been proven in multiple areas (work, family, education, etc...). This can contribute to reduce the quality of patients life. From a gender perspective, in the literature there seems to be evidence that the undesirable social effects of obesity affect women more than men. To minimize the obesity impact people adopt proactive methods to lose weight. However the solution to this problem is not on medication but changes in lifestyle and in the proposal of inclusive aesthetic models. Also it is necessary to clear that the complex etiology of obesity can help to reduce the weight stigma and the negative consequences of this condition.

1. Introducción

Desde una perspectiva social, el estigma vinculado con ciertas enfermedades ha suscitado un sufrimiento adicional a los pacientes. A este respecto conviene te-

ner en cuenta que se hace referencia al estigma de una enfermedad cuando los pacientes sienten una especial responsabilidad y culpabilidad ante la sociedad, debido a las causas que han generado un determinado problema

de salud o a las que han motivado que éste se mantenga en el tiempo¹. Precisamente, en estos casos la visión social de la enfermedad incorpora unos juicios morales sobre las circunstancias en las que se ha provocado la enfermedad. Y lo que es peor, la estigmatización social de una determinada enfermedad puede llegar a suscitar la discriminación², en diversos ámbitos de la vida privada de los individuos, derivando en consecuencias adversas, para la salud física y psicológica del sujeto afectado. Estos efectos indeseables, conocidos y ampliamente documentados, se han evidenciado en el ámbito sanitario³ y, en algunas ocasiones, se han desplazado para su resolución al campo jurídico⁴. Así, y sólo a título de ejemplo, en los pacientes con SIDA se pudo comprobar cómo la estigmatización y la discriminación se encontraban entre las principales causas de vulnerabilidad. Por este motivo, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó, en 2001, una Declaración de compromiso en la que los Estados miembros se comprometían a desarrollar estrategias eficaces para “combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia”⁵ del VIH/SIDA. No obstante, es preciso aclarar que aunque la estigmatización y la discriminación son conceptos diferentes en muchas ocasiones puedan estar relacionados. En general, al hacer referencia al estigma

se hace alusión al desdoro o mala fama de alguien, algo que le identifica socialmente de forma negativa. El estigma, referido al ámbito médico, sería la lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y/o hereditaria que genera una actitud, generalmente negativa, por parte del entorno. La persona, o grupo social, que sufre un determinado estigma puede generar respuestas en su entorno de distinto tipo: verbales (como las burlas, los insultos, los estereotipos, los nombres despectivos, el lenguaje peyorativo, etc.), físicas (incluso con manifestaciones de violencia) u otras barreras y obstáculos. En casos extremos, el estigma puede dar lugar a experiencias evidentes de discriminación individual o colectiva⁶.

No obstante, también hay que destacar que la visión negativa mostrada en el párrafo anterior tiene sus excepciones, un estigma moral o físico no siempre genera respuestas perjudiciales. A ciertas personas, colectivos o grupos sociales, asentados en principios o virtudes como la solidaridad o la caridad, les estimulan reflejos de acogida o de protección del más débil o necesitado⁷.

Una vez establecidas las anteriores premisas pasamos a lo que es el objeto de nuestro estudio. Es notorio que en los últimos años se le ha prestado una especial consideración a la estigmatización y a la discriminación que padecen las personas obesas. En la bibliografía se evidencia que no es sencillo el abordaje de la cuestión al confluir una variada gama de factores. En nuestro caso, vamos a tratar las cuestiones éticas que subyacen en la estigmatización y discriminación de la persona obesa desde una perspectiva de género.

Para llevar a cabo este objetivo nos hemos planteado tres propósitos. En primer lugar, demostrar el prejuicio y la discriminación que existen hacia las personas obesas. En segundo lugar, y una vez asentada la anterior premisa, es fundamental detectar en que ámbitos de la vida cotidiana se manifiesta la estigmati-

1 Puhl, R.M., Heuer, C.A. “Obesity stigma: important considerations for public health”. *American Journal of Public Health* 6, (2010), 1019-1028.

2 Es interesante hacer notar las referencias de los términos “estigmatización” y “discriminación”. En conexión con ellos, Desclaux señala “son términos muy generales que abarcan una gran variedad de prácticas y actitudes enraizadas en representaciones y modos de discurso, que van de un gesto inconsciente a una decisión consciente, de negligencia pasiva a rechazo teñido de violencia, y que engloban todas las esferas de la existencia, desde el microcosmos de las relaciones interpersonales hasta el macrocosmos de las relaciones entre grupos sociales y entre pueblos. Los puntos que tienen en común son: 1) que establecen una distinción o diferencia; 2) que son devaluadoras o peyorativas, y 3) que se basan en una marca, o “estigma”, asociada a la enfermedad o al riesgo de contagio”. Desclaux, A. [Publicación en línea] “Estigma y discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico. Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de la UNESCO en París”. Estudios e informes, serie especial, número 20. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO. 1. 2003. <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001307/130756s.pdf>> [Consulta: 10/01/2014].

3 Sabin, J.A., Marini, M., Nosek, B.A. “Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender”. *PLoS One* 11, (2012), e48448.

4 Lynch, H.F. “Discrimination at the doctor’s office”. *The New England Journal of Medicine* 18, (2013), 1668-1670.

5 ONUSIDA. [Publicación en línea] “Campaña mundial contra el SIDA 2002 – 2003. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA”. 6. 2002. <<http://www.transexualia.org/SANIDAD/estigmasida.pdf>> [Consulta: 15/1/2014].

6 Puhl, R., Brownell, K.D. “Bias, discrimination, and obesity”. *Obesity Research* 12, (2001), 788–805.

7 Un ejemplo de ello lo encontramos en la madre Teresa de Calcuta, volcaba su actividad sobre todo tipo de personas, aunque tenía predilección por los mas necesitados. Una de sus frases celebres “Los mas pobres de entre los pobres son nuestros hermanos y hermanas” supera el estigma asignado a la mas absoluta pobreza.

zación de la persona obesa y comprobar si se observan desigualdades en razón de género. Por último, indagar sobre las causas que favorecen la instauración de estos prejuicios y las consecuencias que esto conlleva. Con estas premisas estaremos en condiciones de realizar la oportuna reflexión ética que pueda ayudar a superar algunos de los obstáculos evidenciados en los párrafos anteriores.

2. La obesidad como motivo de discriminación

De acuerdo con la OMS el sobrepeso y la obesidad se definen —como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud—⁸. En esta concepción se entiende el hecho fisiológico del exceso de peso —ya que no diferencia entre sobrepeso u obesidad— como un aumento del tejido corporal graso del organismo. Por lo tanto, desde esta dimensión, el protagonista de este signo es el tejido adiposo. Autores como Martín Moreno y Marín Gorgojo ofrecen una definición más amplia y completa de la obesidad indicando que es “una enfermedad multifactorial, crónica y recidivante, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente, caracterizada por el almacenamiento excesivo de grasa en el tejido adiposo, que pone en peligro la salud y la expectativa de vida de la persona que la padece”⁹. A este respecto conviene advertir que ese incremento de tejido adiposo se asocia, de una forma mas o menos inmediata, con la pérdida de salud. Tal es el caso, por ejemplo, de alteraciones metabólicas, de la enfermedad cardiovascular, o del mayor riesgo de padecer cáncer de mama y de endometrio en las mujeres posmenopáusicas¹⁰. Al mismo tiempo, la obe-

sidad se considera una enfermedad según la última versión (2012) de la “Clasificación Internacional de Enfermedades”¹¹ (ICD-10).

Frente al estudio de las consecuencias sanitarias derivadas del exceso de peso, en los últimos años la literatura ha prestado una especial consideración al impacto social de esta enfermedad. De tal manera que se ha podido evidenciar cómo sus efectos van más allá de los estrictamente fisiológicos.

Los prejuicios¹² hacia las personas obesas se han evidenciado en numerosos documentos científicos. Precisamente, se han descrito estereotipos negativos sobre este grupo de individuos que han llevado a prejuizar percepciones peyorativas como indisciplina, desidia¹³, ociosidad¹⁴, etc. Incluso, se ha documentado cómo estas actitudes dan lugar a sátiras e ironías hacia las personas con exceso de peso¹⁵. Al hilo de esto, lo más llamativo es que estos recelos adquieren diversas formas¹⁶ y se han documentado en personas de todas las edades, incluidos los niños¹⁷. Al mismo tiempo estos prejuicios, que están estrechamente vinculados con los estereotipos negativos, pueden dar lugar a la estigmatización y a la discriminación en los individuos con obesidad. Estos hechos se han puesto de manifiesto a través de estudios científicos¹⁸.

La estigmatización y la discriminación que sufren las personas obesas se ha comprobado en múltiples áreas. Es quizá por esta razón por la que existe una amplia

8 Organización Mundial de la Salud. [Publicación en línea] “Obesidad y sobrepeso”. Nota descriptiva 311. Mayo 2012. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>> [Consulta: 25/12/2013].

9 Martín Moreno, J.A., Marín Gorgojo, A. *Obesidad en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer?*, CEU Cardenal Herrera y CEU San Pablo Instituto Tomás Pascual Sanz, Madrid, 2009, 28.

10 Dicha clasificación la recoge en la sección de “Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas”, en el apartado llamado “obesidad y otras hiperalimentaciones” y diferencia varios tipos como la “obesidad localizada” (E65), la “obesidad causada por un exceso de calorías” (E66.0), la “obesidad inducida por fármacos” (E66.1), la “obesidad extrema con hipoventilación alveolar (E66.2) y “otra obesidad” (E66.8). Organización Mundial de la Salud. [Publicación en línea]. <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#E65-E68>> [Consulta: 5/1/2014].

11 El prejuicio se refiere a las creencias negativas de los miembros de un grupo en particular. Carr, D., Friedman, M.A. “Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States”. *Journal of Health and Social Behavior* 3, (2005), 244 - 259.

12 Swinburn, B., Egger, G. “The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes”. *British Medical Journal* 7468, (2004), 736.

13 Puhl, R., Brownell, K.D. “Bias, discrimination, and obesity”. *Obesity Research* 12, (2001), 788-805.

14 Vartanian, L.R., Thomas, M.A., Vanman, E.J. “Disgust, contempt, and anger and the stereotypes of obese people”. *Eating and Weight Disorders* 4, (2013), 377 - 382.

15 Carr, D., Friedman, M.A. “Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States”. *Journal of Health and Social Behavior* 3, (2005), 244 - 259.

16 Giel, K.E., Thiel, A., Teufel, M., Mayer, J., Zipfel, S. “Weight bias in work settings - a qualitative review”. *Obesity Facts* 3, (2010), 33-40.

17 Puhl, R.M., Heuer, C.A. “Obesity stigma: important considerations for public health”. *American Journal of Public Health* 6, (2010), 1019-1028.

18 Puhl, R.M., Brownell, K.D. “Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults”. *Obesity (Silver Spring)* 10, (2006), 1802-1815.

descripción de los diferentes ámbitos en los que se manifiesta. En este sentido, se ha documentado que las personas con exceso de peso experimentan discriminación durante su vida académica, en el ámbito laboral¹⁹, en las relaciones interpersonales y en el contexto sanitario²⁰. Al hilo de este último apunte se han revelado situaciones en las que los pacientes obesos se han enfrentado al prejuicio de los profesionales sanitarios²¹. Incluso, existen trabajos en los que se muestra cómo los medios de comunicación presentan una imagen de la obesidad de carácter muy negativo. De hecho, existe la certeza de que los individuos con sobrepeso y obesidad son estigmatizados en diversos medios de comunicación²². Por lo tanto, las experiencias de rechazo o discriminación son frecuentes en las personas aquejadas de obesidad.

Antes de continuar es conveniente recordar que las tasas de obesidad han aumentado en los últimos años y también lo ha hecho la discriminación sobre los sujetos que la padecen. Un estudio que sirve para avalar la anterior afirmación examinó los datos de una muestra representativa de más de 2.000 estadounidenses mayores de edad durante dos periodos diferentes (1995-1996 y 2004-2006) procedente de la —National Survey of Midlife Development in the United States— (MIDUS) y se evaluaron las cifras relativas a la discriminación asociadas con un alto valor en el Índice de Masa Corporal (IMC). Los resultados de la investigación avalaron que, en tan sólo diez años, la discriminación vinculada con el exceso de peso había aumentado en un 66%. Concretamente esta cifra pasó del 7% entre 1995 y 1996 al 12% entre 2004 y 2006²³.

19 Se va a utilizar el término “género” en vez de sexo entendiendo que “la realidad integral del ser humano supera la biología, en el sentido de que, en la conformación y desarrollo de la identidad sexual, poseen, asimismo, mucha importancia la educación, la cultura y la libertad”. Aparisi, A. *Persona y género: ideología y realidad*, Thomson Reuters-Aranzadi, Pamplona, 2011, 19.

20 Hansson, L.M., Näslund, E., Rasmussen, F. “Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden”. *Scandinavian Journal of Public Health* 6, (2010), 587-596.

21 Chen, E.Y., Brown, M. “Obesity stigma in sexual relationships”. *Obesity Research* 8, (2005), 1393-1397; Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C. “Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours”. *British Medical Journal* 340, (2010), 2573.

22 Viner, R.M., Cole, T.J. “Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study”. *British Medical Journal* 330, (2005), 1354.

23 Mujahid, M.S., Diez Roux, A.V., Borrell, L.N., Nieto, F.J. “Cross-sectional and longitudinal associations of BMI with socioeconomic characteristics”. *Obesity Research* 8, (2005), 1412-1421.

3. La obesidad como factor de discriminación determinado por el género²⁴

Algunas publicaciones sugieren que la estigmatización y la discriminación no afectan con la misma magnitud a las mujeres que a los hombres. En conexión con esta cuestión, Puhl y Brownell analizaron los datos de la —National Survey of Midlife Development in the United States— (MIDUS) de 1995 y 1996 en los que se hacía alusión las experiencias discriminatorias personales. Estos autores comprobaron que las mujeres con obesidad tipo I (IMC, 30 kg/m²) eran tres veces más propensas a padecer acontecimientos discriminatorios vinculados con su peso que sus homólogos masculinos. En este mismo estudio, también se estimó la prevalencia de la discriminación en los individuos obesos americanos. Al hilo de esto, se calculó que estos valores oscilaban entre un 5% en los hombres y un 10% en las mujeres. Asimismo se encontró que entre los individuos con obesidad tipo II o más (IMC, 35 kg/m²) el riesgo de padecer discriminación por motivos de peso aumentaba hasta el 40%²⁵.

Los datos aportados en el párrafo anterior manifiestan que es un tema especialmente relevante la discriminación que soportan las mujeres obesas. Algunas investigaciones han documentado que las mujeres, independientemente del tipo de obesidad que padezcan, presentan un mayor riesgo de padecer discriminación en el ámbito de la salud²⁶. Este hecho tiene como consecuencia que las mujeres con obesidad padezcan mayores costes familiares y personales en su vida privada que las que no son obesas²⁷. Desde este punto de vista, existe una evidencia considerable de que las mujeres están bajo una fuerte presión social con respecto a su peso. En esta línea, Viner

24 Tunceli, K., Li, K., Williams, L.K. “Long-term effects of obesity on employment and work limitations among U.S. Adults, 1986 to 1999”. *Obesity* 9, (2006), 1637-1646.

25 Puhl, R., Brownell, K.D. “Bias, discrimination, and obesity”. *Obesity Research* 12, (2001), 788-805.

26 Puhl, R.M., Brownell, K.D. “Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults”. *Obesity (Silver Spring)* 10, (2006), 1802-1815.

27 Carr, D., Friedman, M.A. “Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States”. *Journal of Health and Social Behavior* 3, (2005), 244 - 259.

y Cole²⁸ analizaron los resultados educativos, socioeconómicos, psicológicos y sociales de una cohorte de 8.490 participantes que se siguió a los diez y a los treinta años. Los datos mostraron que las mujeres con obesidad continuada - desde la infancia a la etapa adulta - tenían la mitad de probabilidades de tener un empleo remunerado y de tener una pareja, aunque si la obesidad se limitaba a la infancia esto tenía poco impacto. En cambio, en los hombres, la obesidad continuada no se asoció significativamente con ningún resultado adverso.

Otro dato aportado por el anterior estudio, a considerar en la relación de obesidad y género, es que los hombres con obesidad en la etapa adulta presentan un riesgo mayor de padecer una enfermedad de larga duración y de haber tenido un bajo rendimiento educativo. Por su parte, en las mujeres, la obesidad limitada a la edad adulta se vinculó con un riesgo mayor de padecer morbilidades de carácter psicológico y, además, enfermedades de larga duración. No obstante es preciso aclarar que estas asociaciones fueron de corte transversal, lo que se puede relacionar con factores que contribuyen a la obesidad en el adulto en vez de los resultados derivados de la misma.

Ya se ha indicado anteriormente que se ha asociado la obesidad femenina con una mayor tasa de desempleo, esta cuestión es un factor con una importante transcendencia social. Este hecho no solo ha sido puesto en evidencia por Viner y Cole, por ejemplo, un estudio con datos longitudinales del Women's Employment Study (WES) investigó si la obesidad de las mujeres era una barrera para encontrar empleo. Los resultados de este trabajo avalaron que las mujeres con obesidad mórbida tenían menos probabilidades de trabajar. Al mismo tiempo se comprobó que el porcentaje de desempleo era mayor entre las mujeres con un alto IMC y que los ingresos medios mensuales eran inferiores en este colectivo²⁹. Esta doble discriminación que padecen las mujeres también se ha evidenciado en un estudio longitudinal,

de nueve años de duración, realizado en 13.167 participantes estadounidenses (con edades comprendidas entre los 45 y los 64 años), los resultados mostraron que los ingresos de las mujeres con un mayor IMC eran menores que los de las mujeres con un IMC más bajo³⁰. En este mismo sentido, en un estudio de cohorte prospectivo estadounidense realizado entre los años 1986 y 1999 - con datos del Panel Study of Income Dynamics - se calculó el efecto de la obesidad en las tasas de empleo y en las limitaciones para trabajar. Los resultados de esta investigación mostraron como en las mujeres la obesidad estaba vinculada con pérdidas en la producción laboral. Sin embargo, en los hombres no se constató esta asociación. Además, se comprobó que en el sexo masculino la probabilidad de carecer de empleo en los casos de exceso de peso era un 4,8% superior en comparación con los individuos de peso normal, mientras que en las mujeres este porcentaje se incrementaba hasta el 5,8%³¹.

En conclusión, los datos parecen indicar que los obesos tienen mas dificultad para encontrar trabajo y, entre ellos, la restricción es mayor en las mujeres que en los hombres. No hay duda que se comete una discriminación si a un empleado obeso se le niega un trabajo debido a su apariencia, a pesar de estar debidamente cualificado³².

Por otro lado, también se ha documentado que las personas obesas presentan niveles más bajos de educación y de ingresos en comparación con las personas de peso normal. En este sentido, los resultados de un estudio de corte transversal realizado en 37.150 adultos americanos de diferentes razas y etnias (blancos, hispanos, negros y asiáticos) evidenciaron importantes hallazgos. En primer lugar, tanto el nivel educativo como el valor de los ingresos se asoció inversamente con el valor del IMC en ambos sexos. Sin embargo, en las mujeres estas asociaciones fueron más fuertes. Al hilo de este último apunte,

28 Gracia Arnaiz, M.I. —Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario—. *Salud Pública de México* 3, (2007), 238.

29 Aranceta, J., Pérez, C., Amarilla, N. —Información, educación y legislación alimentaria como herramientas ante el reto de la obesidad creciente—. En: Aranceta, J., Amarilla, N. *Alimentación y derecho. Aspectos legales y nutricionales de la alimentación*, Panamericana, Madrid, 2011, 166.

30 Gracia Arnaiz, M.I. "Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario". *Salud Pública de México* 3, (2007), 238.

31 Jausàs, H., Del Val, C. "Marco legal del producto milagro". En: López Guzmán J. *Medicamentos placebos y fraudes*, Formación Alcalá, Jaén, 2008, 114.

32 Calañas Continente, A. "Problemas nutricionales de las sociedades desarrolladas". En: Vázquez, C., De Cos, A.I., López - Nomededeu, C. *Alimentación y Nutrición. Manual teórico práctico*, Díez de Santos, Madrid - Buenos Aires, 2005, 245.

se describió que existe una asociación lineal negativa en ambos campos atendiendo al valor del IMC³³.

A pesar de lo comentado en las líneas anteriores, en la literatura también se encuentran trabajos que cuestionan discrepancias derivadas del género. Por ejemplo, un estudio realizado a través de unos cuestionarios, por Puhl y col., en más de 2.500 mujeres estadounidenses puso de manifiesto cómo las experiencias de rechazo o de discriminación eran más frecuentes en las personas aquejadas de obesidad. No obstante, cuando este mismo estudio investigó las diferencias atendiendo a criterios de género – con una muestra de 222 hombres y mujeres en la que se incluyeron a personas de la misma edad y con el mismo IMC – se observó que la frecuencia y el tipo de discriminación que sufrían era similar entre los individuos de distinto sexo. En esta misma línea, otro trabajo realizado en una muestra de más de 3.000 sujetos estadounidenses avaló que los individuos con obesidad tipo II y III presentaban un mayor número de quejas por casos de discriminación laboral y por tratos vejatorios por parte de los propios compañeros de trabajo que las personas delgadas. Al mismo tiempo los datos mostraron que estos individuos presentaban niveles de autoaceptación más bajos que las personas delgadas. Por último, en este estudio se encontró que la discriminación que percibían los individuos por motivos de peso y los niveles de aceptación eran similares cuando se comparaban los resultados atendiendo a cuestiones de género.

Por lo tanto, la literatura revisada ha puesto de manifiesto que los individuos obesos sufren discriminación en varias áreas de su vida personal. Ante estos hallazgos, aunque ha sido posible evidenciar los acontecimientos negativos (atribución causal) desde el punto de vista de la persona que sufre el prejuicio, se necesita más trabajo para comprobar si existe una vulnerabilidad específica vinculada con el género.

³³ Precisamente, en el pasado la obesidad fue considerada como un canon de belleza. Aranceta, J., Pérez, C., Amarilla, N. —Información, educación y legislación alimentaria como herramientas ante el reto de la obesidad creciente—. En: Aranceta, J., Amarilla, N. *Alimentación y derecho. Aspectos legales y nutricionales de la alimentación*, Panamericana, Madrid, 2011, 166.

4. Causas que favorecen el estigma de la obesidad y la discriminación de las personas obesas

Para estudiar las causas que favorecen la discriminación y la estigmatización hacia los individuos con exceso de peso es imprescindible atender a diferentes criterios. En primer lugar, es preciso señalar que los criterios culturales han jugado un papel fundamental en este campo. Éstos se han vinculado, en palabras de Gracia Arnaiz, —con el menosprecio de la glotonería o el valor de la delgadez corporal—. Precisamente, etimológicamente la palabra “obeso” proviene del latín “obedere” que, a su vez, está formada por las raíces —ob” (sobre, o que abarca todo) y —edere” (comer). Es decir, “alguien que come en exceso”. Por lo que la obesidad representa un signo visible de —trasgresión normativa—. De hecho, en este contexto, la persona obesa se vislumbra como un individuo que entra en contradicción con un paradigma imperante en la sociedad actual: “la obsesión generalizada por el culto al cuerpo, la estética y la delgadez”. Es más, para algunos individuos el riesgo de engordar radica en el hecho de dejar de tener un cuerpo aceptado socialmente. Por ello, conviene tener en cuenta que la estigmatización social del individuo obeso se encuentra acrecentada por la propagación de un prototipo estético fundamentado en la delgadez. En consecuencia el “canon delgado”, que es aprobado culturalmente, suscita preocupaciones e inconvenientes entre los individuos que no se hallan entre los límites socialmente aceptados.

A pesar de lo indicado en el párrafo anterior esto no siempre ha sido así. En este sentido es preciso aclarar que los cánones de belleza, a lo largo del tiempo, se han ido modificando y forman parte de un contexto particular histórico, cultural y geográfico. Si bien, progresivamente, a partir de la época Renacentista la figura obesa fue perdiendo el valor sociocultural como ideal de belleza.

Por otro lado, las actuales maneras de comer han contribuido a promocionar los discursos nutricionales con el objetivo de “civilizar el apetito”³⁴. Si bien, éstos

³⁴ Gracia Arnaiz, M. I. “Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario”. *Salud Pública de México* 3, (2007), 239.

se han ido convirtiendo “progresivamente en fábricas de moral”³⁵. Lo que, indudablemente, ha favorecido la estigmatización social de los individuos.

Otra dimensión relacionada con este asunto es la percepción de la obesidad como una enfermedad contagiosa. Aunque esta idea parece entrar dentro del campo irracional, algunas investigaciones han documentado cómo el hecho de estar relacionado con alguien con exceso de peso aumenta la probabilidad de ser obeso. Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en 12.067 individuos, mostró que tener vínculos sociales con un individuo obeso aumenta hasta en un 57% la probabilidad de que esa persona llegue a ser obesa. Entre parientes cercanos, si uno de ellos se convierte en obeso, por ejemplo un hermano, se incrementa hasta en un 40% la probabilidad de que el otro hermano desarrolle también problemas de peso³⁶.

Además, para estudiar las causas que favorecen la discriminación y la estigmatización hacia los individuos con un alto IMC es imprescindible atender a la etiología de esta enfermedad. En los últimos años se le ha prestado una especial consideración a interacción de los factores genéticos que predisponen a los individuos a padecer obesidad³⁷. Al margen de éstos, se ha establecido que los factores causales asociados al desarrollo del exceso de peso son la ingesta excesiva y las conductas sedentarias. Dichas causas están estrechamente vinculadas con un desequilibrio energético positivo mantenido a lo largo del tiempo³⁸. Ante estos hallazgos la obesidad parece ser el resultado de la incapacidad de alcanzar un equilibrio en la ecuación del gasto energético³⁹. Por lo que desde una perspectiva individualista, la persona obesa

se vislumbra como —alguien que ha hecho malas decisiones— al ser incapaz de alcanzar un equilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Al intentar aproximarnos a este escenario se puede comprobar cómo se hace un énfasis especial en la capacidad del individuo para tomar decisiones racionales. Esta idea se muestra con especial claridad cuando se comprueba cómo los prejuicios y los estereotipos surgen de la idea de que la obesidad es aceptada de manera deliberada por los individuos. Desde este punto de vista, las atribuciones sociales vinculadas con la etiología de la obesidad contribuyen, en gran medida, a la manifestación de la estigmatización. Así, se piensa que los individuos obesos son responsables de su propia de patología, entre otros motivos, por la falta de voluntad y la ausencia de autodisciplina en sus conductas alimentarias⁴⁰. De tal manera que, en este campo, son frecuentes las recriminaciones personales relativas a los hábitos alimentarios en razón de sus aspectos morales⁴¹. A su vez, el mensaje de responsabilidad personal tiene un papel clave en la estigmatización⁴².

Por último, es preciso reconocer que la obesidad está claramente relacionada con una amplia gama de eventos de distinta gravedad que merman la calidad de vida al sujeto. Esto, inevitablemente, se ve reflejado en el incremento de los costes sanitarios. Por su parte, el Parlamento Europeo⁴³ ha señalado que “un 7 % de los presupuestos nacionales de salud en la UE se gasta cada año en enfermedades que pueden estar relacionadas con la obesidad” y “que se calcula que las enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso absorben el 6 % del gasto público en atención sanitaria en toda Europa; que los costes indirectos de estas enfermedades,

35 Gracia Arnaiz, M.I. “Maneras de comer hoy: comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas”. *Revista Internacional de Sociología* 40, (2005), 162.

36 Christakis, N.A., Fowler, J.H. “The spread of obesity in a large social network over 32 years”. *The New England Journal of Medicine* 4, (2007), 370-379.

37 Crawford, D. “Population strategies to prevent obesity”. *British Medical Journal* 325, (2002), 728; Wilding, J. Are the causes of obesity primarily environmental? Yes. *British Medical Journal* 345, (2012), e5843.

38 Puhl, R.M., Heuer, C.A. “Obesity stigma: important considerations for public health”. *American Journal of Public Health* 6, (2010), 1019-1028.

39 Gracia Arnaiz, M.I. “Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario”. *Salud Pública de México* 3, (2007), 239.

40 Puhl, R.M., Heuer, C.A. “Obesity stigma: important considerations for public health”. *American Journal of Public Health* 6, (2010), 1019-1028.

41 Comisión de las Comunidades Europeas. [Publicación en línea] “Libro Blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”. Bruselas 23.10.2007. COM (2007). http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_es.pdf [Consulta: 18/02/2014].

42 Repullo Labrador, J.R. “Políticas tutelares asimétricas: conciliando preferencias individuales y sociales en salud pública”. *Gaceta Sanitaria* 4, (2009), 344.

43 Goldberg, D.S. “The Errors of Individualistic Public Health Interventions: Denial of Treatment to Obese Persons Comment on “Denial of Treatment to Obese Patients—the Wrong Policy on Personal Responsibility for Health””. *International Journal of Health Policy and Management* 3, (2013), 237-238.

por ejemplo, debido a la reducción de productividad o a las bajas médicas, son mucho más elevados". Desde esta perspectiva, tal y como explica Repullo Labrador, "puede ocurrir que algunos grupos sociales reclamen que el coste de atender enfermedades prevenibles por comportamientos saludables no debería recaer en el conjunto de la sociedad, sino en aquellos que "no se cuida" (la salud como deber)"⁴⁴. De hecho, cuando se discute si los individuos obesos deben ser penalizados en intervenciones médicas se plantea un complejo dilema moral ya que esta cuestión amplía las desigualdades en salud⁴⁵.

5. Reflexión ética

En la actualidad la obesidad se considera como uno de los problemas de salud más importantes. No obstante, a pesar de este aumento de la conciencia y de la voluntad de aceptar la obesidad como una enfermedad crónica de relevancia clínica, las personas obesas están sujetas a un alto grado de estigmatización que suscita la discriminación. De ahí que se haya comprobado que el estigma y la discriminación que padecen los individuos obesos genera un impacto en la calidad de vida de los sujetos⁴⁶. Por ejemplo, la investigación científica ha avalado que los individuos adultos que sufren eventos discriminatorios vinculados con un alto IMC presentan mayores tasas de depresión, ansiedad y aislamiento social⁴⁷. Al mismo tiempo, para algunas personas la insatisfacción corporal y la estigmatización social pueden desencadenar sentimientos de culpabilidad⁴⁸ y de baja autoestima⁴⁹. Por lo tanto, la forma de abordar la obesidad y sus conse-

cuencias no debe venir únicamente del ámbito clínico ya que hay un componente antropológico y sociológico que debe ser acometido de forma simultánea.

Asimismo, el estigma puede tener consecuencias negativas en las conductas alimentarias, al interferir con los intentos de pérdida de peso y al llevar a los individuos a ingerir más alimentos como respuesta a los eventos discriminatorios⁵⁰. En este escenario algunos medicamentos que se utilizan para gestionar la condición psicológica pueden ocasionar en los pacientes un aumento de peso⁵¹. Además, el estigma también puede tener implicaciones en la salud física. Aunque se desconoce en qué medida contribuye a desencadenar las complicaciones adicionales y las comorbilidades asociadas con la obesidad⁵². En resumen, el trato social que se ofrece a la obesidad puede conducir al sujeto a conductas extremas de mayor ingesta alimentaria o de búsqueda de la delgadez a cualquier costa, aunque de ello se deriven consecuencias nefastas para su salud. Si el control alimenticio no se realiza bajo supervisión médica y/o psicológica puede llevar al sujeto obeso a un proceso de medicalización que solo es capaz de resolver su problema de forma parcial o temporal.

Los estudios científicos también han demostrado que las personas obesas presentan niveles más bajos de educación y de ingresos que las personas de peso normal. En este sentido, es preciso señalar que se ha descrito que en España las personas pertenecientes a un entorno socioeconómico menos favorecido presentaban cifras exceso de peso significativamente más elevadas que las personas de posición socioeconómica media o alta⁵³. En este mismo país el Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad (ALADINO) en 2011 informó, entre otros asuntos,

44 Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. "The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review". *BioMedCentral Public Health* 11, (2011), 661.

45 Puhl, R., Brownell, K.D. "Bias, discrimination, and obesity". *Obesity Research* 12, (2001), 788-805.

46 Swinburn, B., Egger, G. "The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes". *British Medical Journal* 348, (2004), 736.

47 Carr, D., Friedman, M.A. "Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States". *Journal of Health and Social Behavior* 3, (2005), 244 - 259.

48 Aitken, A.R., Terracciano, A. "Perceived weight discrimination and obesity". *PLoS One* 7, (2013), e70048.

49 Swinburn, B., Egger, G. "The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes". *British Medical Journal* 348, (2004), 736.

50 Puhl, R., Brownell, K.D. "Bias, discrimination, and obesity". *Obesity Research* 12, (2001), 788-805.

51 Aranceta-Bartrina, J., Serra Majem, L., Foz-Sala, M., Moreno-Esteban, B. y Grupo Colaborativo Español para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). "Prevalencia de obesidad en España". *Medicina Clínica (Barcelona)* 12, (2005), 460-466.

52 Rada, A.G. "Study finds almost half of Spanish children are overweight or obese". *British Medical Journal* 343, (2011), d4218.

53 Goldberg, D.S. "The Errors of Individualistic Public Health Interventions: Denial of Treatment to Obese Persons Comment on "Denial of Treatment to Obese Patients-the Wrong Policy on Personal Responsibility for Health"". *International Journal of Health Policy and Management* 3, (2013), 237-238.

que los niños que viven en hogares con mayores ingresos y con padres con alto nivel educativo presentan las tasas más bajas de exceso de peso⁵⁴. Sin embargo, no se ha determinado cuál es la dirección de la relación entre estas dos variables. Sea cual sea la explicación de estos datos, dado que la obesidad es especialmente frecuente entre los grupos más pobres y de menos nivel educativo la estigmatización de las personas obesas está indisolublemente ligada a las desigualdades.

En este contexto, el individualismo⁵⁵ y la autonomía pueden proporcionar la base para estudiar la discriminación⁵⁶, ya que hacen un énfasis especial en la responsabilidad de la elección y la fuerza de voluntad⁵⁷ para controlar y hacer frente a las circunstancias de la vida cotidiana. Sin embargo, estos conceptos ofrecen una visión parcial, ya que además hay que contemplar la importancia que representan los factores genéticos y biológicos que regulan el peso corporal. No obstante, existen múltiples influencias sociales y económicas que han contribuido a promover un “ambiente obesogénico”⁵⁸ que, a su vez, perpetúa la obesidad entre los individuos. Es más, en los últimos años la literatura científica ha prestado una especial consideración a estos factores que están más allá del control de los individuos. Por ejemplo, se ha esclarecido como el ambiente construido ha disminuido las oportunidades de potenciar los hábitos de vida saludables a través de factores como el diseño urbano⁵⁹ y la ubicación de las tiendas de alimentos y de los restaurantes de comida rápida⁶⁰. Al margen del entorno, es importante destacar que también ha

aumentado la accesibilidad y la disponibilidad de los alimentos más baratos. Además, los precios de los alimentos ricos en calorías y bebidas son más bajos en proporción que los más saludables⁶¹. Desde este marco la obesidad - y otras enfermedades vinculadas a los estilos de vida - en esencia, aunque no exclusivamente, se conceptúan a través de un medio ambiente creado con o sin intención de la industria alimentaria⁶², de los mercados⁶³, de los responsables políticos, de los medios de comunicación, etc. Precisamente es en esta perspectiva global donde se colocan las decisiones personales en un contexto social. Pues, en última instancia, los factores ambientales juegan un papel importante en la determinación de la capacidad del individuo para prevenir o controlar la obesidad. Ante estas evidencias se puede afirmar que, aunque este enfoque no pasa por alto la responsabilidad personal, el énfasis se desplaza hacia una cuestión de justicia social. De hecho, hay cada vez un consenso mayor vinculado con la idea de que el cambio ambiental es esencial para hacer frente a la epidemia de la obesidad.

Ante esta situación, los organismos nacionales y europeos han tratado de abordar los contribuyentes ambientales y estructurales a la obesidad. Por ejemplo, a través de políticas destinadas a mejorar la alimentación escolar, el acceso a alimentos saludables, una nueva legislación el etiquetado de los productos alimenticios, etc. La actuación del gobierno español se ha concretado en un documento elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo titulado Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad, conocido como “Estrategia NAOS”. No obstante, las políticas nacionales siguen ignorando las diferencias económicas y

54 Sikorski, C., Luppia, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. “The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review”. *BioMedCentral Public Health* 11, (2011), 661.

55 Swinburn, B., Egger, G. “The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes”. *British Medical Journal* 7468, (2004), 736.

56 Ellaway, A., Macintyre, S., Bonnefoy, X. “Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey”. *British Medical Journal* 331, (2005), 611.

57 Jung, C.W. “Fast Food Nation: What the All-American Meal is Doing to the World”. *British Medical Journal* 324, (2002), 1461.

58 Lock, K., Stuckler, D., Charlesworth, K., McKee, M. “Potential causes and health effects of rising global food prices”. *British Medical Journal* 339, (2009), b2403.

59 Lock, K., Stuckler, D., Charlesworth, K., McKee, M. “Potential causes and health effects of rising global food prices”. *British Medical Journal* 339, (2009), b2403.

60 Lang, T., Rayner, G. “Corporate responsibility in public health”. *British Medical Journal* 341, (2010), c3758.

61 Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. Boletín Oficial del Estado, número 160, de 6 de julio de 2011, páginas 71283 a 71319.

62 Ministerio de Sanidad y Consumo. [Publicación en línea] “Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)”. Madrid, 2005. <<http://www.naos.aesan.msp.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>> [Consulta: 13/02/2014].

63 Gutiérrez-Fisac, J.L., Rodríguez-Artalejo, F. “La obesidad como problemas de salud pública”. En: Serrano Ríos, M. *La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica*, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 2012, 26-30; Gracia Arnaiz, M.I. —Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas—. *Salud Colectiva* 3, (2009), 368.

sociales que contribuyen a la obesidad y los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación vinculado con el exceso de peso. Pues, por ejemplo, dicho documento ha tenido réplicas muy similares en diversas comunidades autónomas, incluso a pesar de que la incidencia de la obesidad es muy dispar entre regiones. Al margen de esto se puede comprobar que a pesar de que existen evidencias empíricas que demuestran la discriminación que se tiene hacia los pacientes con exceso de peso, realmente existen pocos programas que traten de mejorar las actitudes que se tiene hacia este colectivo.

Conclusiones

Desde el punto de vista de la persona obesa que sufre el prejuicio, la estigmatización amenaza su salud, exacerba las desigualdades e interfiere con los esfuerzos eficaces de intervención de obesidad. Al ignorar el estigma del peso, la comunidad ignora el sufrimiento sustancial de muchos pacientes. En este campo, es preciso reconocer que la compleja etiología de la obesidad puede ayudar a reducir el estigma del peso y las consecuencias negativas derivadas de esta condición. Estos resultados destacan el hecho de que hacer frente a la estigmatización de la obesidad es una cuestión de justicia social y que debe ser una prioridad en todos ámbitos vinculados con este asunto.

En la bibliografía parece que hay evidencias de que los efectos sociales indeseables derivados de la obesidad afectan más a las mujeres que a los hombres. Hay que seguir trabajando sobre esta cuestión para poder tener datos concluyentes.

Se ha evidenciado que las distintas estrategias que se están desarrollando, promovidas por agentes sociales públicos o privados, son insuficientes para paliar el problema de la escalada de obesidad y las consecuencias indeseables que éstas tienen para los sujetos que las padecen: de salud, discriminatorias,... Consideramos que el abordaje de esta cuestión es insatisfactorio por estar demasiado centrado en sus consecuencias, en los aspectos sanitarios, y en las tácticas comerciales para frenarlo. En cambio, se relegan aquellos aspectos antropológicos, psicológicos y sociológicos que son fundamentales y la base del resto de estrategias.

Referencias

- Aparisi, A. *Persona y género: ideología y realidad*, Thomson Reuters-Aranzadi, Pamplona, 2011, 19.
- Andreyeva, T., Puhl, R.M., Brownell, K.D. "Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006". *Obesity (Silver Spring)* 5, (2008), 1129-1134.
- Anesbury, T., Tiggemann, M. "An attempt to reduce negative stereotyping of obesity in children by changing controllability beliefs". *Health Education Research* 15, (2000), 145-152.
- Aranceta, J., Amarilla, N. *Alimentación y derecho. Aspectos legales y nutricionales de la alimentación*, Panamericana, Madrid, 2011.
- Ata, R.N., Thompson, J.K. "Weight bias in the media: a review of recent research". *Obesity Facts* 3, (2010), 41-46.
- Azétsop, J., Joy, T.R. "Epistemological and ethical assessment of obesity bias in industrialized countries". *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 6, (2011), 16.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C. "Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours". *British Medical Journal* 340, (2010), 2573.
- Carr, D., Friedman, M.A. "Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States". *Journal of Health and Social Behavior* 3, (2005), 244 - 259.
- Cawley, J., Danziger, S. "Morbid obesity and the transition from welfare to work". *Journal of Policy Analysis and Management* 4, (2005), 727-743.
- Chen, E.Y., Brown, M. "Obesity stigma in sexual relationships". *Obesity Research* 8, (2005), 1393-1397.
- Christakis, N.A., Fowler, J.H. "The spread of obesity in a large social network over 32 years". *The New England Journal of Medicine* 4, (2007), 370-379.
- Chopra, M., Darnton-Hill, I. "Tobacco and obesity epidemics: not so different after all?" *British Medical Journal* 328, (2004), 1558.

- Comisión de las Comunidades Europeas. [Publicación en línea] "Libro Blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)". Bruselas 23.10.2007. COM (2007). <http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_es.pdf> [Consulta: 18/02/2014].
- Crawford, D. "Population strategies to prevent obesity". *British Medical Journal* 325, (2002), 728.
- Desclaux, A. [Publicación en línea] "Estigma y discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico. Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de la UNESCO en París". Estudios e informes, serie especial, número 20. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO. 1. 2003. <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001307/130756s.pdf>> [Consulta: 10/01/2014].
- Ellaway, A., Macintyre, S., Bonnefoy, X. "Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey". *British Medical Journal* 331, (2005), 611.
- Frayling, T.M. "Are the causes of obesity primarily environmental? No". *British Medical Journal* 345, (2012), e5844.
- Giel, K.E., Thiel, A., Teufel, M., Mayer, J., Zipfel, S. "Weight bias in work settings - a qualitative review". *Obesity Facts* 3, (2010), 33-40.
- Goldberg, D.S. "The Errors of Individualistic Public Health Interventions: Denial of Treatment to Obese Persons Comment on "Denial of Treatment to Obese Patients-the Wrong Policy on Personal Responsibility for Health"". *International Journal of Health Policy and Management* 3, (2013), 237-238.
- Gracia Arnaiz, M.I. "Maneras de comer hoy: comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas". *Revista Internacional de Sociología* 40, (2005), 159-182.
- Gracia Arnaiz, M.I. "Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario". *Salud Pública de México* 3, (2007), 236-242.
- Gracia Arnaiz, M.I. "Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas". *Salud Colectiva* 3, (2009), 363-376.
- Hansson, L.M., Näslund, E., Rasmussen, F. "Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden". *Scandinavian Journal of Public Health* 6, (2010), 587-596.
- Jung, C.W. "Fast Food Nation: What the All-American Meal is Doing to the World". *British Medical Journal* 324, (2002), 1461.
- Lang, T., Rayner, G. "Corporate responsibility in public health". *British Medical Journal* 341, (2010), c3758.
- Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. Boletín Oficial del Estado, número 160, de 6 de julio de 2011, páginas 71283 a 71319.
- Lock, K., Stuckler, D., Charlesworth, K., McKee, M. "Potential causes and health effects of rising global food prices". *British Medical Journal* 339, (2009), b2403.
- López Guzmán J. *Medicamentos placebos y fraudes*, Formación Alcalá, Jaén, 2008.
- Lynch, H.F. "Discrimination at the doctor's office". *The New England Journal of Medicine* 18, (2013), 1668-1670.
- Martín Moreno, J.A., Marín Gorgojo, A. *Obesidad en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer?*, CEU Cardenal Herrera y CEU San Pablo Instituto Tomás Pascual Sanz, Madrid, 2009, 28.
- McMillan, D.C., Sattar, N., Lean, M., McArdle, C.S. "Obesity and cancer". *British Medical Journal* 333, (2006), 1109.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. [Publicación en línea] "Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)". Madrid, 2005. <<http://www.naos.aesan.msps.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>> [Consulta: 13/02/2014].
- Mujahid, M.S., Diez Roux, A.V., Borrell, L.N., Nieto, F.J. "Cross-sectional and longitudinal associations of BMI with socioeconomic characteristics". *Obesity Research* 8, (2005), 1412-1421.
- Organización Mundial de la Salud. [Publicación en línea] "Obesidad y sobrepeso". Nota descriptiva 311. Mayo 2012. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>> [Consulta: 25/12/2013].

- Organización Mundial de la Salud. [Publicación en línea]. <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/E65-E68>> [Consulta: 5/1/2014].
- ONUSIDA. [Publicación en línea] "Campaña mundial contra el SIDA 2002 – 2003. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA". 6. 2002. <<http://www.transexualia.org/SANIDAD/estigmasida.pdf>> [Consulta: 15/1/2014].
- Puhl, R.M., Andreyeva, T., Brownell, K.D. "Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination America". *International Journal of Obesity* 6, (2008), 992-1000.
- Puhl, R., Brownell, K.D. "Bias, discrimination, and obesity". *Obesity Research* 12, (2001), 788-805.
- Puhl, R.M., Brownell, K.D. "Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults". *Obesity (Silver Spring)* 10, (2006), 1802-1815.
- Puhl, R.M., Heuer, C.A. "Obesity stigma: important considerations for public health". *American Journal of Public Health* 6, (2010), 1019-1028.
- Reglamento (UE) 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor y por el que se modifican los Reglamentos (CE) n° 1924/2006 y (CE) n°1925/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, y por el que se derogan la Directiva 87/250/CEE de la Comisión, la Directiva 90/496/CEE del Consejo, la Directiva 1999/10/CE de la Comisión, la Directiva 2000/13/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, las Directivas 2002/67/CE, y 2008/5/CE de la Comisión, y el Reglamento (CE) n° 608/2004 de la Comisión. Diario Oficial de la Unión Europea número L 304/18 de 22 de noviembre de 2011.
- Repullo Labrador, J.R. "Políticas tutelares asimétricas: conciliando preferencias individuales y sociales en salud pública". *Gaceta Sanitaria* 4, (2009), 344.
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., Blay, V., Carraro, R., Formiguera, X., Foz, M., de Pablos, P.L., García-Luna, P.P., Griera, J.L., López de la Torre, M., Martínez, J.A., Remesar, X., Tebar, J., Vidal, J. "Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica". *Revista Española de Obesidad* 3, (2007), 142-143.
- Sabin, J.A., Marini, M., Nosek, B.A. "Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender". *PLoS One* 11, (2012), e48448.
- Sánchez-Vaznaugh, E.V., Kawachi, I., Subramanian, S.V., Sánchez, B.N., Acevedo-García, D. "Do Socioeconomic Gradients in Body Mass Index Vary by Race/Ethnicity, Gender, and Birthplace?" *American Journal of Epidemiology* 9, (2009), 1102-1112.
- Serrano Ríos, M. *La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica*, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 2012.
- Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. "The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review". *BioMedCentral Public Health* 11, (2011), 661.
- Sutin, A.R., Terracciano, A. "Perceived weight discrimination and obesity". *PLoS One* 7, (2013), e70048.
- Swinburn, B., Egger, G. "The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes". *British Medical Journal* 7468, (2004), 736.
- Tunceli, K., Li, K., Williams, L.K. "Long-term effects of obesity on employment and work limitations among U.S. Adults, 1986 to 1999". *Obesity* 9, (2006), 1637-1646.
- Vartanian, L.R., Thomas, M.A., Vanman, E.J. "Disgust, contempt, and anger and the stereotypes of obese people". *Eating and Weight Disorders* 4, (2013), 377 - 382.
- Vázquez, C., De Cos, A.I., López – Nomendedeu, C. *Alimentación y Nutrición. Manual teórico práctico*, Díez de Santos, Madrid – Buenos Aires, 2005.
- Viner, R.M., Cole, T.J. "Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study". *British Medical Journal* 330, (2005), 1354.
- Wilding, J. Are the causes of obesity primarily environmental? Yes. *British Medical Journal* 345, (2012), e5843.