Perspectiva psicosocial de la persona que vive con obesidad

Lourdes Carrillo Fernández
Especialista en MFyC del Centro de Salud La Victoria, Santa Cruz de Tenerife
Blanca Carramiñana
Psicóloga General Sanitaria, Madrid

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial, influida por factores genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos y sociales. Más allá de sus implicaciones físicas y metabólicas, conlleva importantes consecuencias emocionales y psicosociales. El modelo biopsicosocial permite comprender esta complejidad, integrando el impacto del entorno, las emociones y los estigmas sociales. La estigmatización basada en el peso, tanto explícita como implícita e internalizada, afecta a la autoestima, la salud mental y la adherencia al tratamiento. La discriminación ocurre en múltiples ámbitos, incluido el sanitario, dificultando el acceso a un tratamiento adecuado. Para un abordaje efectivo, se recomienda la Estrategia de las 5 Aes *(Ask, Assess, Advise, Agree, Assist)*, centrada en la persona, promoviendo respeto, personalización y continuidad en el cuidado. Esta estrategia busca mejorar la empatía, la motivación y los resultados en salud. Reconocer la obesidad como enfermedad y evitar el estigma son pasos fundamentales para un tratamiento integral y exitoso.

Palabras clave: obesidad, estigmatización, salud mental, estrategia 5 Aes.

Keywords: obesity, stigma, mental health, 5 A's strategy.

LA OBESIDAD ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial en cuya etiología intervienen factores genéticos, ambientales, fisiológicos y conductuales. Se trata de una enfermedad compleja en la que, además de los problemas físicos, biológicos y hormonales, ampliamente estudiados, hay que considerar los aspectos psicosociales de la persona que vive con obesidad. Las emociones, los problemas sociales y psicológicos, las creencias y los hábitos influyen en el comportamiento alimentario. Por otra parte, la obesidad supone un gran impacto emocional y psicológico para las personas que la padecen[1,2].

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud, y considera sobrepeso un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m^2 y obesidad cuando es superior a 30 kg/m^2. El IMC es insuficiente para diagnosticar y clasificar la obesidad a nivel individual, ya que no distingue entre masa grasa y magra (músculo) y tampoco refleja el impacto del peso en la salud ni la presencia de las más de 200 complicaciones que se han descrito en relación con la obesidad[3].

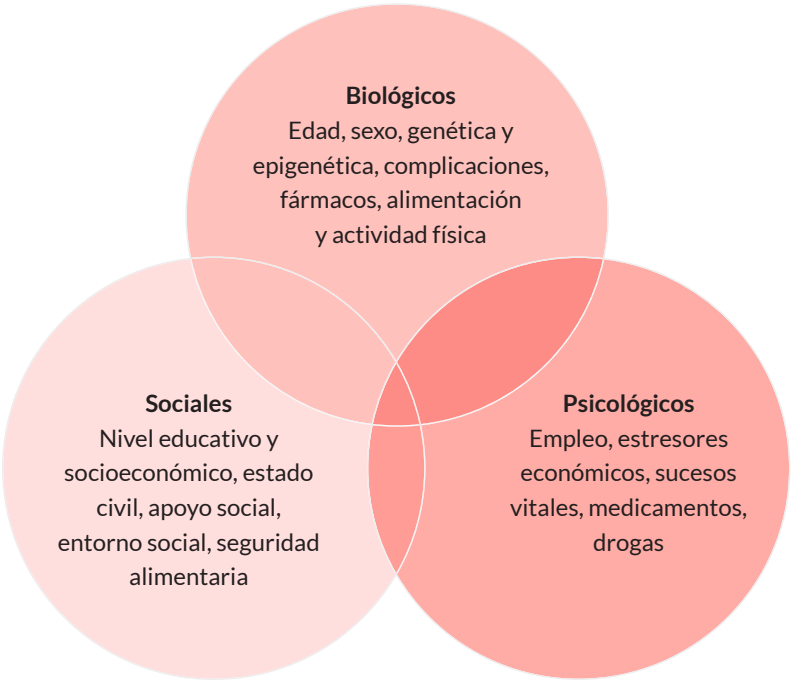
En la valoración de la persona que vive con obesidad, se recomienda la utilización de otros recursos que midan la grasa y su distribución, además de valorar la presencia de comorbilidades. La estadificación de la gravedad clínica de la enfermedad, además de tener en cuenta los posibles factores etiológicos, ayudará a optimizar las decisiones clínicas y a priorizar las intervenciones terapéuticas[4].

El modelo biopsicosocial de salud y enfermedad de Engel explica la compleja interconexión entre los factores biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades crónicas y es altamente aplicable a la obesidad (Figura 1). Cuerpo y mente están intrínsecamente conectados y considerar los aspectos psicológicos de la persona que vive con obesidad con un enfoque integral que promueva un cambio efectivo y mantenido puede suponer mayor eficiencia en la prevención de la obesidad y en el tratamiento de la misma[5].

Las comorbilidades asociadas al sobrepeso y a la obesidad han sido bien investigadas y contrastadas, mientras que su relación con la salud mental está menos estudiada.

La depresión, el deterioro de la salud mental y una mala calidad de vida a menudo se asocian con la obesidad[6]. Las personas que tienen enfermedades mentales muestran un riesgo de

Figura 1. Interconexión entre los factores biológicos, psicológicos y sociales de la obesidad.



Fuente: adaptado de Nadolsky *et al.*[5]

obesidad de 2 a 3 veces mayor, mientras que las personas que viven con obesidad tienen un riesgo de 30 a 70 % mayor de desarrollar una enfermedad mental[7].

Una revisión sistemática y un metaanálisis realizado por Mannan *et al.* sugieren que los adolescentes depresivos tienen un 70 % más de riesgo de obesidad, y los adolescentes con obesidad tienen un 40 % más de riesgo de estar deprimidos[8].

Por último, el sesgo y el estigma basados en el peso son obstáculos importantes en los esfuerzos por prevenir y tratar eficazmente la obesidad.

Atención centrada en la persona que vive con obesidad: La valoración psicológica y del estigma debe ser incluida en la valoración integral de la persona que vive con obesidad.

CONSECUENCIAS DE LA ESTIGMATIZACIÓN

Por estos motivos, en la atención centrada en la persona que vive con obesidad, el sesgo y el estigma del peso se refieren a las creencias y actitudes negativas estereotipadas hacia las personas en función de su tamaño corporal. La Tabla 1 muestra definiciones de algunos conceptos relacionados con el sesgo de peso[5].

El prejuicio más relevante que caracteriza el estigma del peso es la errónea interpretación de que la persona obesa presenta falta de voluntad, compromiso y responsabilidad sobre sí misma, lo que la lleva a desarrollar la enfermedad. Gracias a los múltiples esfuerzos para reconocer la obesidad como una enfermedad crónica, podemos considerar que el estigma de peso aporta una visión reduccionista y simplista, y elude otros factores que influyen en la enfermedad como son los factores sociales, biológicos o hereditarios que dificultan el afrontamiento de la enfermedad, más allá de la capacidad de elección de la persona[1,9].

Cuando hablamos de estigma nos enfrentamos a varios conceptos: sesgo de peso explícito, implícito e interiorizado. El sesgo de peso ha aumentado en el último siglo debido a la importancia que tiene en la sociedad la imagen física, los cánones estéticos y al mayor uso de redes sociales. El sesgo de peso *implícito* hace referencia a las creencias y actitudes negativas inconscientes hacia personas que tienen obesidad, por ejemplo, la asociación de peso a la falta de responsabilidad. Por otro lado, vamos a considerar que existe estigma *explícito* cuando veamos conductas negativas intencionadas y conscientes hacia una persona con obesidad como pueden ser insultos o el acoso escolar que sufren muchos niños con sobrepeso-obesidad en la edad escolar[1].

Tabla 1. Algunas definiciones de interés.

- **Sesgo de peso:** Ideologías negativas asociadas con el aumento de peso corporal.
- **Estigma de peso:** Actos de discriminación hacia las personas debido a su peso o tamaño corporal.
- **Sesgo de peso internalizado:** Actitud de la persona que vive con obesidad, que consiste en aplicarse a sí misma estereotipos de peso negativos (sesgo).
- **Sesgo de peso implícito:** Creencias y actitudes negativas (sesgo) inconsciente hacia una persona que vive con obesidad.
- **Sesgo explícito de peso:** Comportamiento intencionadamente negativo y consciente hacia una persona que tiene obesidad.

Fuente: adaptado de Nadolsky *et al.*[5]

El estigma de peso que comentamos se encuentra en una gran parte de la sociedad. Estas personas lidian con la estigmatización en sus trabajos, con actitudes y creencias discriminatorias que ponen en cuestión su capacidad y esfuerzo laboral; en el ámbito familiar, en el que encuentran poco apoyo y elevadas conductas culpabilizadoras; en el ámbito social, pudiendo generar dificultades en las relaciones sociales y siendo difícil sentirse comprendidos; en los medios de comunicación y redes sociales y, uno de los grandes estigmas contra el que actualmente estamos luchando, el estigma dentro del sistema sanitario[10]. Muchas personas que padecen obesidad hacen referencia al malestar que han sentido al acudir a una cita con un profesional sanitario. En el sistema de salud encontramos discriminaciones tanto en el trato paciente-profesional sanitario, como en las propias instalaciones y consultas que, en muchas ocasiones, no están adaptadas a estas personas. El estigma de peso puede influir en los profesionales sanitarios provocando inercia terapéutica, que, en este caso, hace referencia a evitar implementar estrategias terapéuticas o intensificarlas cuando las guías clínicas indican que hay que hacerlo. Esta inercia inapropiada puede llevar a dar un trato diferente a estos pacientes en comparación con otro tipo de enfermedades crónicas. Las dificultades en la recepción de tratamientos, el no acceso a medicamentos gratuitos, la tardanza en recibir planes de educación terapéutica o programas de rehabilitación son algunos de los impedimentos que sufren por el padecimiento de esta enfermedad y que retrasan la eficacia de los tratamientos. La presencia del estigma no solo afecta a los tratamientos, también a las investigaciones sobre la obesidad y a la implementación de políticas y estrategias sociales.

Añadido al estigma que encuentran en la sociedad, estas personas suelen tener sesgo de peso internalizado, que ocurre cuando la propia persona que vive con obesidad se aplica a sí misma estereotipos de peso negativos[11]. Cuando el sesgo de peso es internalizado, vamos a encontrar un mayor grado de malestar psicológico. Sentirán mayor rechazo hacia sí mismos, sentimientos de culpa e insatisfacción tanto física como emocional, provocando una disminución en la autoestima y un aumento de trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, consumo de sustancias o trastornos de la conducta alimentaria. Esto va a influir directamente en el afrontamiento de la enfermedad, pudiéndose establecer conductas perjudiciales hacia su salud como hábitos insanos o el no cumplimiento de las prescripciones médicas y, por tanto, una baja adherencia al tratamiento. Algunos estudios encontraron relación entre padecer obesidad y mayor riesgo de suicidio y conductas autolíticas.[6,7,8]

Las personas con obesidad no solo se van a enfrentar a los problemas psicológicos asociados con el afrontamiento de la enfermedad (depresión, ansiedad o los trastornos de la conducta alimentaria) sino que el estigma de peso va a tener un impacto negativo en su salud emocional, empeorando la situación. El estigma interiorizado promueve aún más el fracaso de los tratamientos y peores resultados en salud.[1,5,10]

La atención a la persona que vive con obesidad debe realizarse **evitando la estigmatización.**

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: ESTRATEGIA DE LAS 5 AES

La obesidad es una enfermedad crónica, heterogénea y recidivante que requiere un tratamiento personalizado con un seguimiento y apoyo a largo plazo. Una vez conseguidos los objetivos de pérdida de peso y otros resultados de salud, debemos mantenerlos en el tiempo y estar pendientes a la posibilidad de recaídas.

Las guías clínicas recientes coinciden en la recomendación de realizar una intervención integral centrada en la persona que

vive con obesidad, que promueva un cambio sostenido y efectivo, que repercuta en la mejora de la salud[4,12]. Los primeros momentos de la intervención son claves. Se recomienda crear un clima de sensibilidad, confianza y respeto, evitando la estigmatización. La propuesta de intervención más extendida es la llamada *Estrategia de las 5 Aes*, que ofrece una forma de abordar la enfermedad en 5 pasos: *Ask* (preguntar), *Assess* (evaluar), *Advise* (consejo), *Agree* (acuerdo) y *Assist* (asistir) (Figura 2).

1. ***Ask:*** el primer paso, y fundamental, es pedir permiso para hablar del peso, con el máximo respeto y atención, con preguntas sencillas, como: ¿Te parece que hablemos ahora de tu peso? O bien: ¿Podríamos hablar ahora del efecto que tiene tu peso en tu salud o calidad de vida? Profundizar en su disposición para el cambio: ¿Estarías dispuesto/a a abordar tu peso? ¿Te parecería bien que yo intente ayudarte?
2. ***Assess:*** evaluar la situación clínica y la presencia de las más de 200 comorbilidades que coexisten con la obesidad. La propuesta es utilizar el Edmonton Obesity Staging System. Informar a la persona que la obesidad es una enfermedad y NO una situación a la que ha llegado por comer mucho o hacer poco ejercicio.
3. ***Advise:*** asesorar sobre los riesgos para la salud, remarcando la relación con alguno que ya esté presente (hipertensión, dislipemia, apnea del sueño…). Advertir a la persona que vive con obesidad que es una enfermedad crónica, multifactorial y recidivante, explicar los beneficios del tratamiento y de la pérdida de peso para la mejora de la salud, y la necesidad de estrategias a largo plazo. Plantear las posibles opciones terapéuticas.
4. ***Agree:*** acordar objetivos personalizados de acuerdo a los esperados resultados de salud, previa negociación manteniendo siempre empatía y respeto. Incluye la utilización de estrategias para modificar la conducta.
5. ***Assist:*** ayudar a acceder a los recursos y proveedores de salud más adecuados, considerando la consulta a unidades específicas de obesidad si las hubiera, o a otros servicios que pudieran poner en marcha otras estrategias terapéuticas, como la cirugía.

Figura 2. Estrategia de las 5 Aes.

Fuente: adaptado de Wharton *et al.*[12]

La implementación de esta estrategia en la intervención terapéutica en personas que viven con obesidad persigue aumentar la motivación y la empatía con el paciente, y, como resultado, mejorar los objetivos en salud y la pérdida de peso[4,12].

En este mismo número se desarrollan los contenidos del Algoritmo de diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad 2025 de la redGDPS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Westbury S, Oyebode O, van Rens T, Barber TM. Obesity Stigma: Causes, Consequences, and Potential Solutions. Curr Obes Rep. 2023;12(1):10-23.
2. 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;26:485-497.
3. World Health Organization. Obesity and overweight. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. Accessed 2025.
4. Lecube A. Malagón MM et al. 2ª edición Guía GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas, 2024. https://www.seedo.es/index.php/guía-giro.
5. Nadolsky K, Addison B, Agarwal M, Almandoz JP, Bird MD, DeGeeter Chaplin M, et al. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Addressing Stigma and Bias in the Diagnosis and Management of Patients with Obesity/Adiposity-Based Chronic Disease and Assessing Bias and Stigmatization as Determinants of Disease Severity. Endocr Pract. 2023;29(6):417-427.
6. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(3):220-9.
7. Rindler GA, Gries A, Freidl W. Associations between overweight, obesity, and mental health: a retrospective study among European adults aged 50. Front Public Health. 2023;11:1206283.
8. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. PLoS One. 2016;11(6):e0157240.
9. Nutter S, Eggerichs LA, Nagpal TS, Ramos Salas X, Chin Chea C, Saiful S, et al. Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. Obes Rev. 2024;25(1):e13642.
10. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev. 2015 Apr;16(4):319-26.
11. Meadows A, Higgs S. Challenging oppression: A social identity model of stigma resistance in higher-weight individuals. Body Image. 2022;42:237-245.
12. 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(31):E875-E891.