

Original

Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

I. Jáuregui Lobera*, I. M. López Polo**, M. T. Montaña González*** y M. T. Morales Millán***

*Departamento de Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica. Área de Nutrición y Bromatología. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. **Instituto de Ciencias de la Conducta de Sevilla. ***Departamento de Química Analítica. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. España.

Resumen

Antecedentes y objetivos: Para el abordaje interdisciplinario, de la obesidad y los trastornos alimentarios, es necesario conocer las teorías implícitas de la personalidad, los estereotipos, la estigmatización actual del sobrepeso y la culpabilización del obeso atribuyendo su estado a una "forma de ser".

El objetivo ha sido recoger la percepción sobre las personas obesas y analizar las diferencias que pudieran existir entre estudiantes y pacientes con trastornos alimentarios.

Ámbito, población e intervenciones: Tomamos 138 estudiantes y 50 pacientes, con anorexia o bulimia, que asignaron calificativos sobre la personalidad de las personas obesas utilizando un listado de adjetivos.

Resultados: Se analizaron los adjetivos más utilizados y las escalas de personalidad correspondientes, aplicando la prueba de X^2 para determinar las diferencias entre adjetivos y escalas en ambas muestras. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$ usando la aplicación SPSS v.13.

Las personas obesas fueron calificadas, fundamentalmente, como introvertidas, inhibidas y cooperadoras. En esta última escala encontramos diferencias, por la mayor utilización de cariñoso, auxiliador, complaciente, dependiente y dócil por parte de los pacientes.

En conjunto hay una visión negativa de las personas obesas. Entre los adjetivos más elegidos destacan: excluido, tímido, susceptible, ansioso, rechazado, inseguro y pasivo, siendo este último el más repetido en ambas muestras.

Los pacientes eligen más algunos adjetivos, expresando un hecho paradójico: parecen tener una visión más "blanda" de las personas obesas, pero escogen con más frecuencia ansioso, solitario, vago, apagado, dependiente, miedoso, solo, infantil o impulsivo.

PERCEPTION OF OBESITY IN UNIVERSITY STUDENTS AND IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS

Abstract

Background and objectives: In order to approach in a multidisciplinary way obesity and eating disorders it is necessary to know the implicit theories of personality, the stereotypes, and the current stigmatization of overweight, as well as making the obese individual guilty by attributing his/her state to a "way of being".

The objective was to know the perception that students and patients with eating disorders may have about obese people and analyze the differences that might exist between both groups.

Setting, population, and interventions: we selected 138 students and 50 patients with anorexia or bulimia that assigned qualifying adjectives to obese people from a given list.

Results: We analyzed the most used adjectives and the corresponding personality scales by using the χ^2 test to determine the differences between the adjectives used and the scales in both samples. A p value < 0.05 was considered to be statistically significant, using the SPSS software, v.13.

Obese people were essentially qualified as introverted, inhibited, and cooperative. About the latter scale, we found differences due to the most frequent use of the terms "affectionate", "helping", "obliging", "dependent", and "obedient" by the patients.

As a whole, there exists a negative perception of obese people. Among the most commonly used adjectives we may highlight: "excluded", "shy", "touchy", "anxious", "rejected", "insecure", and "passive", the latter being the most repeated one in both groups.

The patients tend to preferentially choose some adjectives, which expresses a paradoxical fact: they seem to have a more lenient perception of obese people but they more often choose the terms "anxious", "solitary", "lazy", "lifeless", "dependent", "easily frightened", "lonely", "childish", or "impulsive".

Conclusions: To know the perception of obesity is essential for the psycho-educative work and prevention of associated psychopathological impairments. In eating disorders obesity represents "the most feared" condition

Correspondencia: Ignacio Jáuregui Lobera.
Dpto. de Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica.
Área de Nutrición y Bromatología. Universidad Pablo de Olavide.
Ctra. de Utrera, km. 1, Edificio 24B.
41013 Sevilla.
E-mail: igjl@upo.es

Recibido: 2-VIII-2007.
Aceptado: 6-XI-2007.

Conclusiones: Conocer la percepción de la obesidad es fundamental para el trabajo psicoeducativo y la prevención de alteraciones psicopatológicas asociadas. En los trastornos alimentarios la obesidad representa “lo más temido”, por lo que conocer las teorías que subyacen en dichos pacientes acerca de la obesidad y, en definitiva, del sobrepeso es un elemento fundamental del tratamiento.

(*Nutr Hosp.* 2008;23:226-233)

Palabras clave: *Percepción de la obesidad. Esterotipos y obesidad. Estigma de la obesidad. Rasgos de personalidad y obesidad.*

Introducción

En el amplio campo de los estudios sobre la percepción de personas la formación de las primeras impresiones y la percepción de la personalidad han sido lo más estudiado. El término percepción social hace referencia a todos los procesos de índole cognitiva mediante los que elaboramos juicios relativamente elementales acerca de otras personas, sobre la base de nuestra propia experiencia o de las informaciones que nos transmiten terceras personas¹. La percepción de la personalidad del otro es algo más complejo (“ir un poco más allá”) que el hecho de formarnos una simple impresión. En algunas ocasiones, cuando conocemos alguna característica de la persona solemos presuponer que también posee otras (efecto halo) haciendo inferencias que nacen de alguna teoría implícita de la personalidad por parte del observador. En otras ocasiones, entrando en la psicología de los grupos, atribuimos a un determinado grupo social algunas características. Son los llamados estereotipos que llevan a que a un individuo de un grupo social determinado le atribuyamos las características propias del grupo (si los andaluces son considerados alegres, no es de extrañar que ante un andaluz nos forjemos la idea de que ha de tratarse de alguien alegre).

El hecho de que creamos en la concurrencia de determinados rasgos en ciertas personas, que vinculemos o asociemos determinados rasgos para atribuirlos a alguien, parece basarse en dimensiones evaluativas y meramente descriptivas como han demostrado, algunos autores^{2,3}.

Para los propósitos de nuestro trabajo hay que señalar que las expectativas del perceptor basadas en la categoría (obesidad) resultan ser el aspecto más relevante. Estas expectativas, basadas en la categoría, no son otra cosa que los estereotipos. En nuestro caso no hay “persona percibida” sino la categoría obesidad o persona obesa de modo genérico. Y en cuanto al contenido de la información el punto de partida es sólo la apariencia física. Aunque mencionamos que se trata “sólo” de la apariencia física, lo cierto es que a partir de dicha información se ha visto que las personas son capaces de hacerse una idea de los rasgos de personalidad que caracterizan a quienes tienen tal o cual aspecto físico⁴.

so knowing the underlying theories about obesity and overweight in these patients is essential for their management.

(*Nutr Hosp.* 2008;23:226-233)

Key words: *Perception of obesity. Stereotypes and obesity. Obesity stigmatization. Personality traits and obesity.*

En cuanto a los estereotipos, hay que destacar que hasta hace pocos años, los aspectos psicosociales de la obesidad recibían escasa atención en los textos sobre la materia habida cuenta de que el problema se enmarcaba bajo el modelo médico tradicional⁵.

En relación con la obesidad, está comprobado que tanto niños como adultos, e incluso profesionales, muestran actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso^{6,7}. De hecho se ha llegado a decir que la obesidad constituye un duro y debilitante estigma⁸. Recordemos que un “estigma” es cualquier atributo personal que desacredita profundamente a quien lo posee⁹. En general el estigma se basa en un grupo de pertenencia, un aspecto corporal o “imperfecciones” o en problemas de carácter. Las personas obesas suelen quedar estigmatizadas en los dos últimos elementos¹⁰. En el proceso de estigmatización se incluyen “acciones” denigrantes y excluyentes, así como “reacciones” de las personas devaluadas¹¹. Para algunos autores no está claro que las personas obesas experimenten un componente del proceso: la discriminación. Defienden, en este sentido, que las actitudes negativas hacia la persona obesa no implican necesariamente discriminación conductual¹². Lo que sí parece claro es que a la persona obesa se le atribuye la “responsabilidad” de su peso por “problemas en su forma de ser”: perezosa, glotona, y carente de autocontrol¹³. También, en la atribución de su responsabilidad, se les considera “socialmente desviados”^{13,14}.

En relación con los estereotipos sobre las personas obesas se han incluido, entre otros aspectos, las siguientes descripciones: incapaces de trabajar duramente, menos fuertes, menos estables, menos autocontroladas, lentas, perezosas, blandas y débiles¹⁵.

Actitudes negativas de este tipo son sostenidas, incluso, por personal de enfermería hacia sus pacientes obesos¹⁶. De hecho hay algunos estudios claramente demostrativos en este sentido. Así, en 1969, médicos y estudiantes de medicina evaluaban a sus pacientes con sobrepeso por sus rasgos personales¹⁷. Los resultados se resumen en las siguientes calificaciones realizadas sobre estos enfermos: para el 97% dichos pacientes eran estúpidos, en un 90% fracasados, un porcentaje igual los consideraba débiles, el 86% perezosos, el 69% desagradables, un 65% infelices, para el 60% se

trataba de personas con poca fuerza de voluntad, un 55% los calificaba como torpes y un 54% como feos.

Más recientemente¹⁸ en una recopilación de calificativos habitualmente asociados a la obesidad se encuentran los siguientes: menos atractivos, carentes de auto-disciplina, perezosos, impopulares, poco activos, poco inteligentes, no dispuestos a trabajar duro, con menos éxito y malos deportistas.

Sobre los contenidos de estos estereotipos implícitos hacia las personas obesas, en comparación con la percepción de las personas delgadas, se ha señalado que hay una bipolaridad entre perezoso/motivado, estúpido/inteligente y de escaso valor/valioso. Y ello se ha comprobado tanto en población general como entre estudiantes de nivel *college*¹⁹.

En cuanto a la formación de estos estereotipos, hay estudios que muestran la influencia familiar al respecto. Así, en las familias con elevada preocupación por la apariencia en las que la comunicación tiene el "elemento corporal y el peso" como temas centrales, los estereotipos son más acusados²⁰. Algo parecido ocurre entre los estudiantes de ciencias de la educación física y el deporte²¹.

En investigaciones realizadas en población estudiantil se encuentran actitudes negativas hacia la obesidad en preadolescentes (*school* y *middle school*)²², alumnos de *school age*²³ y estudiantes de nivel *college*²⁴.

En cuanto al género, no se han encontrado diferencias en cuanto a los estereotipos negativos hacia las personas obesas²⁵.

También es interesante señalar que se han encontrado diferencias transculturales en la percepción de la obesidad²⁶ y que, en general, hay una correlación negativa entre actitudes negativas hacia la obesidad y nivel de autoestima²⁷.

Por último, las personas obesas refieren más discriminación institucional e interpersonal²⁸ y se ha llegado a decir que estas personas sufren un patrón de denigración y condena que se ha denominado "opresión civilizada"²⁹.

En cuanto a las influencias culturales en el desarrollo de los trastornos alimentarios, algunos trabajos señalan que casi el 60% de las adolescentes están interesadas, entre otros artículos, en aquéllos que tienen que ver con el control de la obesidad³⁰. Tal vez lo más importante en la "transmisión" de dichas influencias culturales no sean los medios de comunicación (como tantas veces se ha dicho) de forma directa, sino los compañeros y familiares haciendo de "intermediarios". El rechazo del sobrepeso, de la obesidad y, en definitiva, de la persona obesa o "gorda" refuerza el actual anhelo de delgadez.

El "miedo a engordar" es un elemento clave en el diagnóstico de los trastornos alimentarios. De hecho, Charcot fue quien apuntó el "miedo a la obesidad" como elemento crucial en la motivación anoréxica para el ayuno³¹. Hoy en día el temor a engordar alcanza connotaciones de salud y de belleza, en muchas ocasiones intencionadamente unidas con fines comerciales. En el tratamiento, los clínicos han de tener en cuenta, perma-

nentemente, su obligación de aplicar criterios de salud y enfermedad exclusivamente. No son pocos los estudios que señalan cómo en el tratamiento, de la obesidad y de los trastornos alimentarios, reducir la estigmatización del sobrepeso y la obesidad son objetivos fundamentales, al igual que en la prevención. Cambiar las percepciones negativas del sobrepeso y la obesidad es un camino adecuado tanto en la población general, como en estudiantes de medicina y en los propios pacientes³²⁻³⁴.

La actual "lucha contra la obesidad" no se ve acompañada de una adecuada concienciación de los peligros del bajo peso, algo de lo que los profesionales sanitarios son responsables en buena medida. De hecho, las actitudes sociales contra la obesidad provocan cambios sintomáticos en los pacientes con trastornos alimentarios³⁵. De este modo, en no pocas ocasiones, la resistencia al tratamiento de los pacientes con anorexia o bulimia nerviosas se defiende como una "prevención" de los peligros del sobrepeso y la obesidad. Finalmente hay que destacar que los esfuerzos por combatir el sobrepeso no siempre se acompañan de una adecuada detección del mismo; parece que tenemos una percepción negativa de las personas con sobrepeso u obesidad, pero, a la vez, las familias y los educadores, por ejemplo, no son capaces de detectarlo precozmente a fin de iniciar acciones preventivas³⁶.

Los objetivos del presente trabajo, se centran en recoger, en primer lugar, la percepción que tiene una muestra de estudiantes universitarios de las personas obesas y, en segundo lugar, analizar las posibles diferencias que puedan existir con la percepción que tienen los pacientes con trastornos alimentarios. La percepción del obseso sobre la base de una serie de calificativos permite conocer las teorías implícitas de la personalidad de la persona obesa que subyacen entre los jóvenes evaluados, algo fundamental para un correcto trabajo psicoeducativo.

Material y método

a) Población a estudio

Realizaron la prueba un total de 138 estudiantes de Farmacia de la Universidad de Sevilla (124 mujeres —89,85%— y 14 varones —10,15%—, con una edad media fue de 19,4 años —rango 19-21—) y 50 pacientes en tratamiento ambulatorio por algún trastorno de la conducta alimentaria según criterios DSM-IV, todos ellos en situación de normopeso y sin otras patologías asociadas (46 mujeres —92%— y 4 varones —8%—, con una edad media de 22,3 años —rango 15-34—).

b) Material

Para la presente investigación usamos el listado de adjetivos del inventario para la evaluación de los tras-

Tabla I
Adjetivos más utilizados en conjunto

Abatido	16	Vago	31
Impulsivo	17	Dócil	31
Infantil	17	Sociable	32
Limpio	18	Solo	33
Variable	20	Comprensivo	33
Confuso	21	Animado	34
Dependiente	23	Ignorado	34
Honrado	23	Cándido	34
Auxiliador	24	Feliz	36
Voluble	24	Hablador	36
Respetuoso	24	Deprimido	36
Tradicional	25	Solitario	36
Pensativo	26	Conformista	37
Receloso	26	Excluido	41
Optimista	27	Discreto	43
Educado	27	Tímido	45
Complaciente	28	Susceptible	46
Incómodo	29	Ansioso	54
Desinteresado	30	Reservado	57
Miedoso	30	Sensible	64
Fuerte	31	Rechazado	66
Trabajador	31	Inseguro	66
Apagado	31	Cariñoso	67
		Pasivo	111

tornos de la personalidad de Tous, Pont y Muiños³⁷. Se trata de una prueba destinada a adolescentes y adultos de ambos sexos y que permite recoger, mediante un listado de 146 adjetivos, nueve tipos de personalidad normal en unos 10-15 minutos. Los tipos de personalidad que permite recoger son: Introverso, Inhibida, Cooperativa, Sociable, Confiada, Convincente, Respetuosa, Sensible e Impulsiva.

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

c) Método de estudio

Como ya se ha dicho, a los estudiantes y pacientes se les entregó el listado de adjetivos del inventario de Tous, Pont y Muiños con la consigna de señalar aque-

llos adjetivos que mejor calificaran, según su criterio, a las personas obesas. La duración de la prueba osciló, como suele ocurrir, entre 10 y 15 minutos.

d) Análisis estadístico

Tras el correspondiente estudio descriptivo, se aplicó la prueba de X^2 tanto para determinar las diferencias entre escalas de personalidad como entre los adjetivos más frecuentemente utilizados. Todo se llevó a cabo mediante la aplicación SPSS 13 para Mac OS X.

Discusión

Todos los adjetivos fueron utilizados para “calificar” a las personas obesas, si bien algunos sólo fueron utilizados por una persona. En el análisis descriptivo de la frecuencia con que fue utilizado cada uno de los adjetivos llama la atención un dato: el adjetivo más utilizado (en 111 casos) fue “pasivo”. La media de adjetivos utilizados por cada sujeto fue de 13,13 con un intervalo de 1 a 63. Dada la dispersión obtenida presentamos aquellos adjetivos utilizados con una frecuencia superior a 15 (tabla I).

Es evidente que hay hacia las personas obesas una “percepción paradójica” pues mientras son calificadas como personas limpias, honradas, auxiliadoras, respetuosas, optimistas, educadas, complacientes, desinteresadas, fuertes, trabajadoras, sociables, comprensivas, animadas, felices, discretas o cariñosas, resultan, a la vez, etiquetadas como abatidas, impulsivas, infantiles, variables, confusas, dependientes, volubles, celosas, incómodas, miedosas, apagadas, vagas, solas, ignoradas, deprimidas, solitarias, excluidas, tímidas, susceptibles, ansiosas, rechazadas, inseguras o pasivas.

No obstante, si se consideran los adjetivos de mayor frecuencia (superior a 40), hay una visión claramente negativa de la persona obesa. En este caso son vistas como excluidas, tímidas, susceptibles, ansiosas, recha-

Tabla II
Tipos de personalidad percibidos

Introverso	107	56,91%
Inhibida	121	64,36%
Cooperativa	118	62,76%
Sociable	63	33,51%
Confiada	33	17,55%
Convincente	35	18,61%
Respetuosa	59	31,38%
Sensible	67	35,63%
Impulsiva	37	19,68%

Tabla III
Diferencias en personalidad percibida

Personalidad	Pacientes TCA	Estudiantes	p
Introversa	59,50%	55,90%	0,192
Inhibida	63,60%	64,80%	0,402
Cooperativa	67,60%	60,50%	0,033*
Sociable	36%	32,30%	0,17
Confiada	20,60%	16,10%	0,071
Convincente	20,20%	17,90%	0,245
Respetuosa	33,20%	31%	0,296
Sensible	36%	35,40%	0,465
Impulsiva	20,20%	19,40%	0,422

TCA: trastornos de la conducta alimentaria.
p: nivel de significación estadística.

zadas, inseguras y, fundamentalmente, pasivas. Tan sólo aparecen los calificativos cariñoso y discreto como adjetivos que podríamos designar como “positivos”. La percepción de la persona obesa como reservada y sensible podría considerarse neutra habida cuenta de que pueden comportar aspectos positivos y negativos.

Son pues los adjetivos que implican aspectos “negativos” los que resultan más elegidos a la hora de calificar a las personas obesas. Parece que aunque hay, como ya se ha dicho, una cierta percepción “positiva” de las personas obesas, son los aspectos más negativos los que con mayor frecuencia se eligen a la hora de perfilar las características de estas personas.

Con las frecuencias encontradas del total de adjetivos se pueden configurar claramente unos rasgos implícitos de personalidad que según la tipología de los autores de la prueba resultarían ser los que figuran en la tabla II.

En cuanto a las diferencias, entre la muestra de estudiantes y la de pacientes considerando las escalas globalmente, no hallamos diferencias estadísticamente significativas salvo en “personalidad cooperativa” (tabla III). En la figura 1 podemos ver el perfil resultante en función de los adjetivos elegidos.

En cuanto a los adjetivos más utilizados hay claras diferencias, entre ambas muestras, en algunos de ellos, lo que explica que los pacientes con trastornos alimentarios utilicen más la “personalidad cooperativa” a la hora de designar la forma de ser de las personas obesas (tabla IV). La figura 2 permite ver los adjetivos más usados por ambas muestras en los que las diferencias resultan estadísticamente significativas.

La percepción de las personas obesas, por parte de los pacientes, como más cariñosas, auxiliadoras, complacientes, dependientes y dóciles, explica el hecho de que globalmente sean consideradas con mayor frecuencia como personas cooperativas.

En el caso de los pacientes la percepción positiva caracterizada por calificativos como cariñoso, auxiliador, complaciente, desinteresado, dócil o animado, lo que parece corresponder al mito del “gordo feliz y bondadoso”, se acompaña de connotaciones fuertemente negativas que coinciden en buena medida con la percepción del grupo de estudiantes pero que se intensifican probablemente porque la persona obesa representa aquello por lo que sienten “pánico de llegar a convertirse”. Así, las personas obesas son percibidas, con elevada frecuencia, como ansiosas, solitarias, vagas, apa-

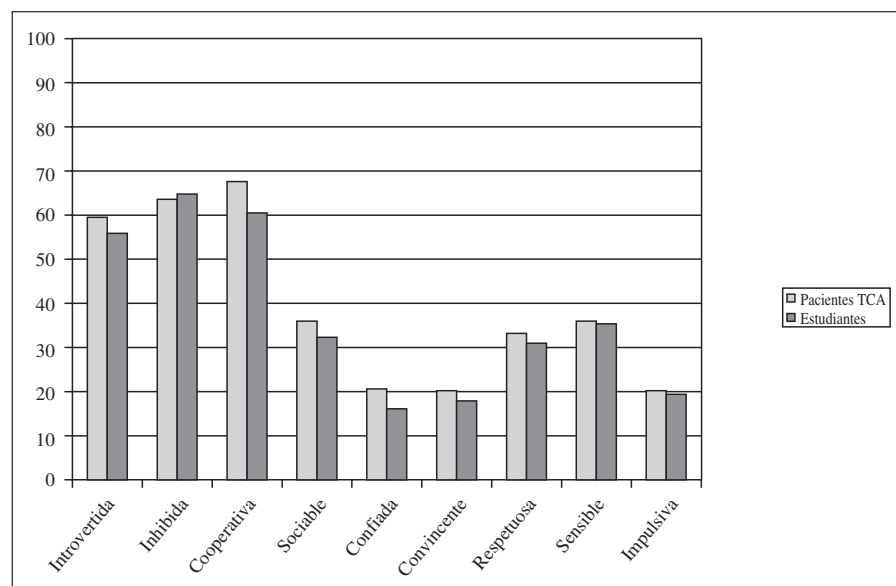


Fig. 1.—Personalidad percibida. Porcentaje de pacientes y estudiantes para cada escala.

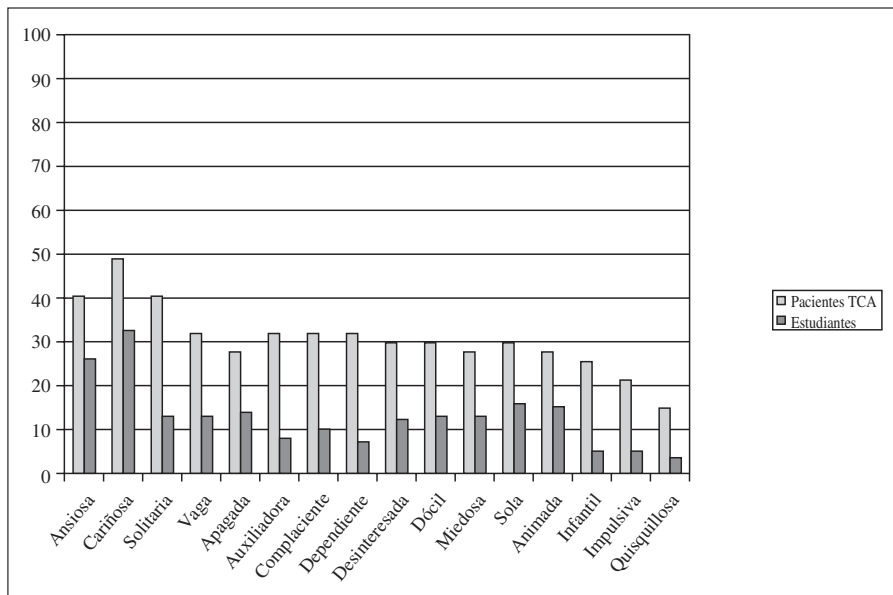


Fig. 2.—Adjetivos con porcentajes significativamente diferentes en pacientes y estudiantes.

gadas, dependientes, miedosas, solas, infantiles, impulsivas y quisquillosas. Eso sin considerar otros calificativos, antes citados, en los que no hallamos diferencias con respecto a la muestra de estudiantes.

Vemos cómo a partir de un solo dato, el aspecto físico (tener obesidad), las personas son capaces de atribuir características de personalidad muy determinadas, a partir de inferencias sostenidas por las que se ha venido en denominar Teorías Implícitas de Personalidad, y por lo que representan los estereotipos. El aspecto corporal (que cuando hoy no sigue determinados cánones se considera “imperfecto”) provoca una estigmatización de la obesidad que, en nuestro caso conlleva una visión de las personas obesas como fundamentalmente introvertidas e inhibidas. Junto a ello parece persistir, en cierta medida, el mito del “gordo bondadoso y feliz”, en nuestro caso, cooperativo.

Si nos centramos en los adjetivos, aquellos más utilizados para designar las características de personalidad de las personas obesas son, mayoritariamente, negativos. Esto explica el hecho de que, a la vez, a la persona obesa se le atribuya la responsabilidad de su estado de salud. Percibir al obeso como alguien pasivo, vago, apagado o ansioso lleva, con facilidad, a la idea de que “no hace nada por dejar de serlo”. Pero es que además, no sólo está obeso “porque quiere”, sino que de ello, de su estado, se derivan algunas consecuencias. Así, resulta que la persona obesa también es percibida como excluida, ignorada, sola, incómoda, recelosa, voluble, variable o abatida.

Coincidimos, por tanto, con otros autores^{15, 17, 18} en cuanto al contenido, fundamentalmente negativo, existente sobre las personas obesas, aunque paralelamente parece persistir la idea de un “gordo feliz y bondadoso”.

A los trabajos que han determinado la existencia de esos estereotipos negativos entre la población general, estudiantes en general, médicos, personal de enfermería, educadores o estudiantes de medicina, añadimos la visión de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla IV
Diferencias en adjetivos utilizados (en porcentaje)

Adjetivos	Pacientes TCA	Estudiantes	p
Ansiosa	40,4	26,1	0,049
Cariñosa	48,9	32,6	0,035
Solitaria	40,4	13	< 0,0001
Vaga	31,9	13	0,005
Apagada	27,7	13,9	0,029
Auxiliadora	31,9	8	< 0,0001
Complaciente	31,9	10,1	0,001
Dependiente	31,9	7,2	< 0,0001
Desinteresada	29,8	12,3	0,007
Dócil	29,8	13	0,01
Miedosa	27,7	13	0,021
Sola	29,8	15,9	0,035
Animada	27,7	15,2	0,049
Infantil	25,5	5,1	< 0,0001
Impulsiva	21,3	5,1	0,002
Quisquillosa	14,9	3,6	0,013

TCA: trastornos de la conducta alimentaria.
p: nivel de significación estadística.

Padecer un trastorno ligado a la imagen corporal, a su insatisfacción y/o distorsión, expresado, por ejemplo, por un temor fóbico a engordar, a tener grasa o a “convertirse en obeso”, parece determinar algunas diferencias en cuanto a la percepción que tienen de las personas obesas en comparación con la muestra de estudiantes. Y si por una parte parecen tener una visión más “blanda” de la obesidad considerando con más frecuencia a las personas obesas como cariñosas, auxilia-doras, complacientes, desinteresadas o animadas (cooperativas), por otra, parecen ver en dichas personas aquello que más tratan de evitar. De hecho el éxito social, el afán de control e independencia, el perfeccionismo o la actividad son elementos clave en la dinámica de personalidad de muchos pacientes con trastornos alimentarios. El temor a estar gordo es también el temor a padecer aquellos elementos que van unidos a dicho estado físico. No es extraño pues, que vean a las personas obesas, con más frecuencia que la muestra de estudiantes, como ansiosas, solitarias, vagas, apagadas, dependientes, dóciles, miedosas, solas, infantiles, impulsivas o quisquillosas.

En los trabajos sobre categorización grupal es frecuente que los miembros de un exogrupo sean catalogados en función de un aspecto físico. Así por ejemplo, en el estudio sobre actitudes racistas podría considerarse, por parte de un blanco, que los negros tienen determinadas características de la personalidad. En todo caso nadie pensaría que poseer dichas características lleva a alguien a ser negro. Sin embargo, en el caso de la obesidad se produce una terrible circularidad. La persona obesa tiene determinadas características de personalidad que, a su vez, hacen irremediable la situación. El gordo es vago y pasivo y, por serlo, es y será gordo. En los pacientes con trastornos alimentarios (y ello se ve especialmente en casos crónicos) la idea de engordar no pasa sólo por el hecho de acumular grasa sino, más bien, por el hecho de dejar de ser como se es. Eso explica muchas resistencias cuando el trastorno llega a convertirse en un “estilo de vida” y, por ende, en una forma de ser.

Tanto en el tratamiento, interdisciplinario, de la obesidad como de los trastornos de la conducta alimentaria debe incluirse el trabajo psicoeducativo que contemple las teorías implícitas de la personalidad acerca de las personas obesas, los estereotipos, la estigmatización y la culpabilización mediante la atribución de un estado (gordo o gorda) al solo hecho de “ser de una determinada manera”.

Referencias

1. León JM, Barriga S, Gómez T, González B, Medina S, Cantero FJ (coord.). Psicología Social. McGraw-Hill, pp. 89-100. Madrid, 2006.
2. Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PH. The measurement of meaning. University of Illinois Press. Urbana, 1957.
3. Peabody D. Evaluative and descriptive aspects in personality perception: a reappraisal. *Journal of Personality and Social Psychology* 1970; 16:639-646.
4. McArthur LZ, Baron R. Toward an ecological theory of social perception. *Psychological Review* 1983; 90:215-238.
5. Touster LO. Fat opresión: the complicity of psychology. *Dissertation abstracts international* 2000; 61(4-B):2225.
6. Crandall CS, Schiffhauer KL. Anti-fat prejudice: Beliefs, values, and american culture. *Obesity Research* 1998; 6:458-460.
7. Greenberg BS, Matthew E, Hofshire KL, Kelly DB. Portrayals of overweight and obese individual on commercial television. *American Journal of Public Health* 2003; 93:1342-1348.
8. Allon N. The stigma of overweight in everyday life. En: Wolman B: Psychological aspects of obesity. Van Nostrand Reinhold, pp. 130-174. New York, 1981.
9. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Prentice-Hall, Englewood Cliffs NJ, 1963.
10. DeJong W. The stigma of obesity: the consequences of naive assumptions concerning the causes of physical deviance. *Journal of Health and Social Behavior* 1980; 21:75-87.
11. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 2001; 27:363-385.
12. Eagly A, Chaiken S. The impact of attitudes on behavior. En: Eagly A, Chaiken S, Youngblood D: the psychology of attitudes. Harcourt, pp. 155-281. New York, 1993.
13. Crandall CS. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 66:882-894.
14. DeJong W. Obesity as a characterological stigma: the issue of responsibility and judgements of task performance. *Psychological Reports* 1993; 73:963-970.
15. Ryckman RM, Robbins MA, Kaczor LM, Gold JA. Male and female raters' stereotyping of male and female physiques. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1989; 15:244-251.
16. Brown I. Nurses attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of advanced Nursing* 2006; 53(2): 221-232.
17. Maddox GL, Liederman V. Overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ* 1969; 44:214-220.
18. Ogden J. The psychology of eating: from healthy to disorder behaviour. Blackwell, Oxford, 2003.
19. Teachman BA, Gapinsky KD, Brownell KD, Rawlins M, Jeyaram S. Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology* 2003; 22(1):68-73.
20. Davidson KK, Birch LL. Child and parent characteristics as predictors of change in girls' body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 25:1834-1842.
21. Chambliss HO, Finley CE, Blair SN. Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Med Sci Sports Exerc* 2004; 36(3):468-474.
22. Waite PO. Exploring preadolescent attitudes towards obesity. *Dissertation abstracts international* 1995; 56(6-B):3509.
23. Counts CR, Jones C, Frame CL, Jarvie GJ. The perception of obesity by normal-weight versus obese school-age children. *Child Psychiatry and Human Development* 1986; 17(2):113-120.
24. Rothblum ED, Miller CT, Garbutt B. Stereotypes of obese female job applicants. *Int J Eat Disord* 1998; 7(2):277-283.
25. Harris MB, Harris RJ, Bochner S. Fat, four-eyed, and female: Stereotypes of obesity, galses and gender. *Journal of Applied Social Psychology* 1982; 12(6):503-516.
26. Cogan JC, Bhalla SK, Sefa-Dedeh A, Rothblum ED. A comparison study of United States and African students on perceptions of obesity and tiñes. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1996; 27(1):98-113.
27. Klacynski PA, Goold KW, Mudry JJ. Culture, obesity stereotypes, self-esteem, and the “Thin Ideal”: a social identity perspective. *Journal of Youth and Adolescence* 2004; 33(4): 307-317.
28. Carr D y Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior* 2005; 46: 244-259.
29. Rogge MM, Greenwald M, Golden A. Obesity, stigma and civilized opresión. *Advances in Nursing Science Emocional and Mental Health* 2004; 27(4):301-315.

30. Martínez-Mallén E, Toro J, Salameo M y cols. Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Rev Psiquiatría Fac Med Bara* 1993; 20:51-65.
31. Toro J. El cuerpo como delito. Ariel, p. 37, Barcelona, 1996.
32. Bell SK, Morgan SB. Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: does a medical explanation for the obesity make a difference? *Journal of Pediatric Psychology* 2000; 25(3):137-145.
33. Weise HJ, Wilson JF, Jones RA, Neises M. Obesity stigma reduction in medical students. *Int J Obesity* 1992; 16:859-868.
34. Neumark-Sztainer D, Haines J. Psychosocial and Behavioral Consequences of Obesity. En: Thompson JK. *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Wiley, pp. 349-371, New York, 2004.
35. Habermas. *Heissunger: historische bedingungen der bulimia nervosa*. Fischer, Frankfurt, 1990.
36. Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M, Castellón-Zaragoza A y cols. Perception of body size among mexican teachers and parents. *Nutr Hosp* 2007; 22(5):560-564.
37. Tous JM, Pont N, Muiños R. IA-TP. *Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad*. TEA Ediciones, Madrid, 2005.