

**EXPERIENCIAS DE RECHAZO SOCIAL RELACIONADOS CON EL  
PESO.**

**EXPERIENCES OF SOCIAL REJECTION WEIGHT-RELATED.**

**Ana Castillo Luna<sup>1</sup>**

**Ignacio Jáuregui Lobera<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Alumna del Grado en Nutrición Humana y Dietética, Universidad Pablo de  
Olavide (Sevilla)**

**<sup>2</sup>Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)**

Correspondencia: Ignacio Jáuregui Lobera, [ijl@tcasevilla.com](mailto:ijl@tcasevilla.com)

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/ Fernando IV, 24-26, CP: 41011, Sevilla

## **RESUMEN**

La obesidad está asociada a diversas enfermedades, presentándola un 21,6% de los españoles. En ocasiones, los obesos se ven estigmatizados por la sociedad, afectándose su estado psicológico (depresión, ansiedad, etc.). El objetivo del estudio fue analizar con cuestionarios el rechazo social en obesos.

**Palabras clave:** obesidad, estigma social, discriminación y repercusiones psicológicas y psicosociales.

## **ABSTRACT**

Obesity is associated with various diseases, with 21.6% of Spanish. Sometimes, the obese people are stigmatized by society, affecting their psychological state (depression, anxiety, etc.). The objective of the study was to analyze with questionnaires social rejection in obese subjects with questionnaires.

**Key words:** obesity, social stigma, discrimination, psychological and psychosocial repercussions.

## **INTRODUCCIÓN**

La obesidad tiene lugar cuando se produce un aumento de la grasa corporal (1) que conlleva efectos negativos para la salud de los individuos y una disminución de la esperanza de vida (2). La obesidad puede ser generalizada o localizada. Dependiendo de la distribución de la misma, conlleva mayor o menor riesgo de padecer otras enfermedades asociadas al exceso de peso, como cardiopatías, diabetes tipo II, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, colecistopatías, infertilidad, apnea del sueño, tumores endocrinos, artrosis, etc., enfermedades típicamente asociadas a la obesidad de tipo androide o central (3).

El sobrepeso y la obesidad se deben, principalmente, a un desequilibrio entre la ingesta calórica y la actividad física llevada a cabo por cada individuo en su día a día. La etiología de la obesidad es multifactorial, ya que sus causas se atribuyen al estilo de vida, ambiente y componentes genéticos, los cuáles a su vez interaccionan con factores fisiológicos, psicológicos y culturales (3).

La cantidad de grasa corporal del individuo se clasifica en diferentes categorías para valorar el mayor o menor riesgo de enfermedad al que está expuesto el individuo. Una de las herramientas usadas para valorar la misma es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual permite clasificar la obesidad en distintos tipos (Tabla 1). Además, se usan otras como el perímetro de cintura, el índice cintura-cadera, la ecuación de Deurenberg, etc (3).

**Tabla 1. Clasificación del sobrepeso y la obesidad**

| Clasificación               | IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) |
|-----------------------------|--------------------------|
| Peso insuficiente           | < 18,5                   |
| Normal                      | 18,5-24,9                |
| Sobrepeso                   | 25-29,9                  |
| Obesidad, clase I           | 30-34,9                  |
| Obesidad, clase II          | 35-39,9                  |
| Obesidad extrema, clase III | > 40                     |

*Tomado de National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute: Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults—the evidence report, NIH publication No. 98-4083, 1998.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la obesidad es considerada como uno de los mayores riesgos para la salud a nivel mundial (4). El Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE) es una investigación epidemiológica llevada a cabo en 2014-2015 con el fin de conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en España. Las conclusiones finales indicaron que el 39.3% de los adultos españoles se encontraban en un estado de sobrepeso y que el 21,6% de individuos de la misma población presentaban obesidad (5).

Además de las ya mencionadas patologías que puede conllevar el exceso de peso, la obesidad y, en general el aspecto físico de las personas, puede conllevar cierto rechazo social en la población, aunque ello depende del contexto sociocultural. En la sociedad actual existen estereotipos causantes de actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso y obesidad. Aunque los estereotipos relacionados con la obesidad no se han mantenido constantes a lo

largo de la historia, actualmente, el exceso de peso representa un aspecto físico “no agraciado” para el individuo (6).

Algún estudio epidemiológico afirma que, actualmente, algunos profesionales de la salud asocian determinadas connotaciones negativas a las personas con obesidad y sobrepeso en comparación con aquellas que presentan normopeso. Se ha observado que algunos dietistas-nutricionistas, así como otros profesionales de salud, tienen estereotipos negativos hacia los individuos con dichas características, calificándolos como inactivos, inseguros, sin constancia y con baja autoestima (7).

Desde la perspectiva sociocultural, se ha comprobado que dependiendo del contexto en el que se realice el estudio, se asocian unos adjetivos u otros a aquellos individuos con exceso de peso. Por ejemplo, se ha observado que en España, las personas obesas están, con mayor frecuencia, etiquetadas como pasivas, discutidoras, inquietas, exasperantes o nerviosas, mientras que en otras zonas como La Habana (Cuba) a los mencionados individuos se les atribuyen adjetivos como optimistas, cariñosos, educados, sociables, virtuosos o valientes (8).

También se ha valorado en diferentes estudios cómo puede llegar a influir la obesidad en el estado psicológico del individuo. Se ha comprobado que los individuos con exceso de peso padecen con más frecuencia depresión, ansiedad, estrés y una autoestima baja, encontrando escasos aspectos psicológicos positivos. Otras investigaciones, señalan que para tener una adaptación exitosa en un estilo de vida, es necesario mantener unos niveles adecuados de satisfacción personal (9-14).

Como se ha visto en los estudios revisados hasta el momento, hoy en día, las personas obesas sufren una fuerte discriminación social, conocida como estigma de la obesidad. El exceso de peso lleva a atribuir características negativas a los individuos con esta patología, éstos son desvalorizados en el mundo profesional, incluyendo el sanitario y, además, la publicidad y programas televisivos muestran una actitud muy negativa hacia la imagen de los obesos (9).

En este sentido, para llevar a cabo el estudio relativo a este Proyecto de Fin de Grado, se ha utilizado uno de los cuestionarios más fiables y validados existentes, el Weight-Related Abuse Questionnaire (WRAQ), entre otros. Éste ha sido aplicado en varios estudios en población juvenil y adulta con obesidad, expuestos a continuación (15).

En un primer estudio, se desarrolló la estructura del mismo, compuesta finalmente por quince preguntas, de las cuales ocho eran referidas a críticas verbales y siete a abusos físicos (15).

En un segundo estudio, se analizó la posible correlación entre el abuso verbal y físico, obteniendo resultados positivos y con alto nivel de significancia, por lo que con este análisis se concluyó que, el WRAQ es un instrumento adecuado para analizar los abusos relacionados con el peso. Además, también se mostró una elevada correlación con síntomas depresivos y desórdenes nutricionales (15).

Por último, en un tercer estudio, a diferencia del anterior, únicamente participaron pacientes que iban a ser sometidos a cirugía bariátrica y que precisaban una evaluación psicológica. En él, igualmente se apreció una alta

correlación entre los abusos físicos y verbales. Además, también se observó una asociación entre los ítems del WRAQ y patologías nutricionales, depresión e IMC, lo que ayuda a identificar a individuos con alto riesgo de padecer afectaciones psicopatológicas (15).

Este cuestionario fue elaborado para analizar el fenómeno Weight-Related Teasing (WRT), es decir, el estigma relacionado con el peso, ya que los cuestionarios existentes no estaban validados para evaluar las formas más severas del citado problema (15).

Estudios recientes, sostienen que, el exceso de peso es una de las razones por las que muchos niños sufren bullying en colegios<sup>16</sup>. El 51% de adultos obesos y el 97,9% de pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica han sufrido alguna discriminación por parte de sus familiares. Por todo ello y para estudiar la victimización tanto física como verbal, se elaboró dicho cuestionario (15).

A la vista de todo lo anterior, el objetivo general y finalidad del presente trabajo fue analizar la repercusión de la vivencia corporal y psicológica de los de una muestra de obesos de la provincia de Córdoba.

Como primer objetivo específico se planteó el análisis de las repercusiones psicológicas, lo cual fue medido con los cuestionarios Rosenberg's Self Esteem Scale (SES), Hospital Anxiety and Depression (HAD), Satisfaction With Life Scale (SWLS) y Positive and Negative Affect Schedule (PANAS).

Por otro lado, se estableció un segundo objetivo específico basado en las repercusiones sociales. Éstas fueron analizadas con los cuestionarios Weight-

Related Abuse Questionnaire (WRAQ), Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) y Obesity-Related Problem Scale (ORPS).

Finalmente como tercer objetivo específico, se estudiaron las posibles diferencias que podría haber entre ambos géneros, grupos de edad y el grado de obesidad respecto al estigma psicosocial de la misma.

A la vista de la literatura estudiada, la hipótesis de trabajo es que las personas obesas sufren más repercusiones psicosociales negativas, presentan un alto grado de estigma respecto a los individuos que no son obesos y, también, tienen un grado de posibles historiales de abuso que no poseen otras personas con normopeso.

## **MÉTODO**

### ***Participantes***

En este estudio participaron 53 pacientes obesos ( $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ) procedentes de tres centros de tratamiento ubicados en Córdoba y voluntarios de la misma provincia. El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio fue  $36,19 \text{ Kg/m}^2$  ( $DE = 6,77$ ). La edad media fue de  $44,30$  años ( $DE = 13,19$ ). La muestra estuvo formada por 31 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes del estudio presentaban obesidad en el momento de la recogida de datos ( $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ).

Los individuos del presente estudio no presentaban trastornos alimentarios específicos relacionados con el exceso de peso, lo cual se determinó mediante entrevista.

### ***Instrumentos***

Para la realización del presente estudio, se empleó una encuesta (Anexo 1) elaborada a partir de siete cuestionarios validados previamente en otros estudios (15,17-22). A continuación, se detallan las características de cada uno de los instrumentos utilizados en este proyecto.

El Weight-Related Abuse Questionnaire (WRAQ) (15) está formado por 15 preguntas y, como se mencionó en la introducción de este proyecto, es el cuestionario mejor validado para evaluar retrospectivamente la frecuencia promedio de eventos negativos relativos con el peso antes de los 21 años. Incluye una subescala de abuso verbal (WRAQ-VA) de ocho preguntas y otra de abuso físico (WRAQ-PA) de 7 preguntas. Los ítems están clasificados de 0 (*nunca*) a 6 (*más de 20 veces por año*); se calcula una puntuación media, con puntuaciones finales de 0 a 6. Los participantes que indican abuso en alguna de las dos subescalas, se les facilita una lista de 14 posibles reacciones emocionales y la tasa de cada emoción va desde 0 (*en absoluto*) a 5 (*extremadamente*), con puntuaciones totales entre de 0 y 70. Ejemplos de las preguntas del cuestionario son: “Alguien te insultó por tu peso” o “Alguien te empujó por tu peso”.

El Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) (17) mide el autoestigma provocado por la obesidad. Contiene 12 preguntas (por ejemplo: “Otros piensan que me falta autocontrol debido a mis problemas de peso”). Los participantes cumplieron la escala tipo Likert que variaba de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). WSSQ tenía un coeficiente de Cronbach  $\alpha$  de 0,77. Se calculó una puntuación promedio de las preguntas del

WSSQ. Las puntuaciones más altas en el WSSQ reflejan un estigma de peso más internalizado.

La Rosenberg's Self Esteem Scale (SES) (18) es una de las escalas más utilizadas para la medición de autoestima, de la que se usó la versión española (19). Está formada por 10 preguntas que son calificadas con un formato tipo Likert (desde *completamente de acuerdo* hasta *muy en desacuerdo*; cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es el grado de autoestima). La fiabilidad en la población española ha sido demostrada, siendo ésta adecuada (coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,87), con una correlación en el test-retest de 0,72.

El Obesity-Related Problem Scale (ORPS) (20) es un instrumento de autoevaluación construido para medir el impacto de la obesidad en el funcionamiento psicosocial. Este cuestionario está formado por 8 preguntas en una escala de 4 puntos. A los sujetos se les pregunta cómo les molesta su obesidad en situaciones específicas. Alberga una amplia gama de actividades sociales: reuniones privadas en casa o en la casa de un amigo o familiar, ir a restaurantes, participar en actividades comunitarias, vacaciones fuera de casa, probarse y comprarse ropa, bañarse en lugares públicas y relaciones íntimas. Las respuestas son agregadas a una puntuación total y transformadas en una escala de 0 a 100. Las puntuaciones más altas indican mayor disfunción psicosocial. ORPS fue construido para aplicarse también en individuos no obesos. Algunos ejemplos de preguntas son: “Cuando voy a un restaurante” o “Al bañarse en lugares públicos (playa, piscina, etc.).

La Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (21) es una escala formada por 14 preguntas que miden, en una escala de Likert de 5 puntos,

depresión (7 preguntas) y ansiedad (7 preguntas). Un ejemplo de pregunta para evaluar la depresión ( $\alpha = 0,80$ ) es “yo he perdido el interés por mi apariencia” y en el caso de la ansiedad ( $\alpha = 0,86$ ) “pensamientos preocupantes pasan por mi mente”. Las dos puntuaciones fueron evaluadas, cada una en una dimensión, calculando la media correspondiente a las preguntas de cada subescala. La puntuación más alta en depresión refleja un estado de ánimo inferior y la puntuación más alta en ansiedad reflejaba la conducta más nerviosa.

El cuestionario Satisfaction With Life Scale (SWLS) (22) está formado por 5 preguntas que miden la satisfacción global de vida con una escala tipo Likert de 7 puntos desde 1 (*muy en desacuerdo*) hasta 7 (*completamente de acuerdo*). La puntuación fue calculada con el promedio de las 5 preguntas de la escala. El  $\alpha$  de Cronbach fue de 0,82. La puntuación más alta en este cuestionario refleja una mayor satisfacción con la vida. Algunas preguntas del cuestionario son: “Estoy satisfecho con mi vida” o “Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual”.

Por último, el Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (23) tiene 20 preguntas que evalúan sentimientos positivos (10 preguntas) y negativos (10 preguntas) y es respondido con una escala tipo Likert de 7 puntos desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones de los efectos positivos y negativos se evaluaron con el promedio de las preguntas de ambas escalas. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach fue de 0,82 para la escala de afecto positivo y 0,85 para la escala de afecto negativo. La puntuación más alta en la subescala de afecto positivo refleja los sentimientos positivos mayores, mientras que en el caso de la escala negativa, se miden los sentimientos negativos mayores.

Además de la información recogida en los cuestionarios expuestos con anterioridad, los participantes proporcionaron información relevante para el estudio, como fue el sexo y la edad.

### ***Procedimiento***

Las encuestas realizadas fueron recogidas por la autora del presente proyecto en tres centros diferentes. Además, para aumentar la muestra en estudio, se localizaron personas obesas en diferentes zonas de la provincia de Córdoba sin que fuera criterio de selección el hecho de estar en tratamiento durante el estudio.

El procedimiento fue supervisado por la autora de este trabajo de fin de grado. A cada participante, se le explicó cómo completar las encuestas y en qué consistía cada escala, hasta estar plenamente seguros de la comprensión de las instrucciones dadas, con el fin de obtener unos resultados lo más fiables posible.

Se buscaron las condiciones adecuadas para realizar los cuestionarios sobre la base de la preferencia de cada participante, sin límite de tiempo para lograr con sencillez el objetivo. Todos los individuos se ofrecieron de forma voluntaria para participar en dicho estudio, sin recibir ninguna recompensa tras llevar a cabo la tarea.

Las medidas antropométricas (peso, talla) fueron tomadas por la autora del presente, empleando un analizador de composición corporal modelo TANITA® para conocer los valores del peso y una cinta métrica para saber la talla de los participantes.

Respecto a los criterios de inclusión/exclusión, se invitó a colaborar a aquellas personas que la autora del proyecto detectaba con obesidad y algunos de los pacientes que acudían a los centros aludidos precedentemente. Se excluyeron los individuos que presentaban sobrepeso y a algunos que presentaban obesidad, pero que al realizar el cuestionario, a pesar de ser voluntarios y de haber entendido correctamente las instrucciones, lo respondieron de modo poco fiable.

### ***Análisis estadístico***

Los datos se expresan con medias (*M*) y desviaciones estándar (*DE*). Se realizaron pruebas de ajuste de las variables a la normalidad (*Kolmogorov-Smirnov* y *Shapiro-Wilk*) y, dado que, muchas variables no seguían dicho ajuste, así como el tamaño de la muestra, se realizaron pruebas no paramétricas (Prueba *U* de *Mann-Whitney*) para analizar las diferencias entre ambos sexos, los dos tipos de obesidad y las diferentes edades (estableciéndose dos grupos en esta categoría: grupo “joven”:  $\leq 48$  y grupo “mayor”  $> 48$ ). Para analizar la distribución de la obesidad por género se llevó a cabo la prueba de *Chi-Cuadrado*. Se fijaron niveles de significación estadística de  $p < 0,05$  y  $p < 0,01$ .

## **RESULTADOS**

Se ha llevado a cabo el análisis de una muestra poblacional de 53 individuos obesos con diferentes grados de obesidad (tipo I y II) de la provincia de Córdoba con una media de edad de 44,30 años ( $DE = 13,19$ ) y un IMC promedio de  $36,19 \text{ Kg/m}^2$  ( $DE = 6,77$ ).

El grupo de estudio estuvo formado por 33 individuos con obesidad tipo I, 14 hombres y 19 mujeres. El resto de la muestra presentaba obesidad tipo II,

habiendo un total de 20 individuos, 12 mujeres y 8 hombres. No obstante, respecto a los diferentes grados de obesidad, la prueba *Chi-cuadrado* no mostró diferencias significativas ( $p = 0,55$  en los tipos de obesidad) entre ambos sexos.

En las Tablas 2-8, se presentan los resultados obtenidos en los diferentes cuestionarios con expresión de su media (*M*) y desviación estándar (*DE*).

Seguidamente se presentan los resultados detallados obtenidos en cada uno de los cuestionarios.

**Tabla 2. Puntuación de los ítems del WRAQ\***

| <b>Ítems</b>      | <b><i>M</i></b> | <b><i>DE</i></b> |
|-------------------|-----------------|------------------|
| Ítem 1            | 1,09            | 1,85             |
| Ítem 2            | 1,02            | 1,77             |
| Ítem 3            | 1,40            | 2,12             |
| Ítem 4            | 0,62            | 1,29             |
| Ítem 5            | 0,62            | 1,36             |
| Ítem 6            | 1,30            | 2,12             |
| Ítem 7            | 0,15            | 0,63             |
| Ítem 8            | 0,04            | 0,19             |
| Ítem 9            | 0,36            | 1,00             |
| Ítem 10           | 0,09            | 0,35             |
| Ítem 11           | 0,04            | 0,19             |
| Ítem 12           | 0,02            | 0,14             |
| Ítem 13           | 0,08            | 0,27             |
| Ítem 14           | 0,02            | 0,14             |
| Ítem 15           | 0,02            | 0,14             |
| WRAQ VA           | 6,25            | 8,31             |
| WRAQ PA           | 0,62            | 1,57             |
| <b>WRAQ total</b> | <b>6,87</b>     | <b>8,87</b>      |

\*WRAQ: *Weight-Related Abuse Questionnaire*.

Tabla 3. Puntuación de los ítems del WSSQ\*

| Ítems             | <i>M</i>     | <i>DE</i>    |
|-------------------|--------------|--------------|
| Ítem 1            | 1,85         | 1,97         |
| Ítem 2            | 4,08         | 2,08         |
| Ítem 3            | 3,21         | 2,31         |
| Ítem 4            | 2,23         | 2,09         |
| Ítem 5            | 2,34         | 2,25         |
| Ítem 6            | 3,60         | 2,20         |
| Ítem 7            | 1,85         | 2,22         |
| Ítem 8            | 0,55         | 1,08         |
| Ítem 9            | 0,36         | 1,04         |
| Ítem 10           | 1,51         | 1,93         |
| Ítem 11           | 3,06         | 2,23         |
| Ítem 12           | 0,70         | 1,49         |
| <b>WSSQ total</b> | <b>25,32</b> | <b>13,02</b> |

\*WSSQ: Weight Self-Stigma Questionnaire.

Tabla 4. Puntuación de los ítems del Rosenberg's SES\*

| Ítems            | <i>M</i>     | <i>DE</i>   |
|------------------|--------------|-------------|
| Ítem 1           | 5,75         | 0,76        |
| Ítem 2           | 5,45         | 1,07        |
| Ítem 3           | 0,58         | 1,37        |
| Ítem 4           | 5,23         | 1,40        |
| Ítem 5           | 1,66         | 2,32        |
| Ítem 6           | 4,68         | 1,84        |
| Ítem 7           | 4,45         | 1,73        |
| Ítem 8           | 2,70         | 2,39        |
| Ítem 9           | 1,04         | 1,78        |
| Ítem 10          | 1,36         | 2,01        |
| <b>SES total</b> | <b>32,91</b> | <b>6,75</b> |

\*Rosenberg's SES: Rosenberg's Self Esteem Scale.

Tabla 5. Puntuación de los ítems del ORPS\*

| Ítems             | <i>M</i>    | <i>DE</i>   |
|-------------------|-------------|-------------|
| Ítem 1            | 0,06        | 0,31        |
| Ítem 2            | 0,09        | 0,35        |
| Ítem 3            | 0,21        | 0,57        |
| Ítem 4            | 0,58        | 1,29        |
| Ítem 5            | 0,77        | 1,46        |
| Ítem 6            | 3,30        | 2,22        |
| Ítem 7            | 2,36        | 2,31        |
| Ítem 8            | 0,83        | 1,46        |
| <b>ORPS total</b> | <b>8,21</b> | <b>6,86</b> |

\*ORPS: Obesity-Related Problem Scale.

**Tabla 6. Puntuación de los ítems del HAD\***

| <b>Ítems</b> | <b>M</b> | <b>DE</b> |
|--------------|----------|-----------|
| Ítem 1       | 1,81     | 2,08      |
| Ítem 2       | 4,45     | 2,16      |
| Ítem 3       | 0,96     | 1,75      |
| Ítem 4       | 4,74     | 2,04      |
| Ítem 5       | 2,40     | 2,29      |
| Ítem 6       | 4,81     | 1,52      |
| Ítem 7       | 4,58     | 1,80      |
| Ítem 8       | 2,04     | 2,11      |
| Ítem 9       | 1,38     | 1,82      |
| Ítem 10      | 1,49     | 2,00      |
| Ítem 11      | 1,38     | 1,97      |
| Ítem 12      | 4,30     | 1,99      |
| Ítem 13      | 1,32     | 2,02      |
| Ítem 14      | 4,75     | 1,70      |
| HAD ANS      | 13,83    | 8,48      |
| HAD DEPR     | 26,58    | 7,05      |

\*HAD: Hospital Anxiety and Depression.

**Tabla 7. Puntuación de los ítems del SWLS\***

| <b>Ítems</b>      | <b>M</b>     | <b>DE</b>   |
|-------------------|--------------|-------------|
| Ítem 1            | 2,94         | 2,04        |
| Ítem 2            | 3,64         | 1,72        |
| Ítem 3            | 4,57         | 1,53        |
| Ítem 4            | 4,36         | 1,78        |
| Ítem 5            | 4,08         | 1,72        |
| <b>SWLS total</b> | <b>32,91</b> | <b>6,75</b> |

\*SWLS: Satisfaction With Life Scale.

**Tabla 8. Puntuación de los ítems del PANAS\***

| Ítems     | <i>M</i> | <i>DE</i> |
|-----------|----------|-----------|
| Ítem 1    | 4,26     | 1,69      |
| Ítem 2    | 2,47     | 2,01      |
| Ítem 3    | 4,15     | 1,71      |
| Ítem 4    | 2,13     | 1,98      |
| Ítem 5    | 4,34     | 1,63      |
| Ítem 6    | 1,19     | 1,89      |
| Ítem 7    | 0,68     | 1,37      |
| Ítem 8    | 2,23     | 2,15      |
| Ítem 9    | 4,17     | 1,57      |
| Ítem 10   | 3,49     | 2,10      |
| Ítem 11   | 1,83     | 1,84      |
| Ítem 12   | 3,91     | 2,08      |
| Ítem 13   | 1,08     | 1,95      |
| Ítem 14   | 3,34     | 2,00      |
| Ítem 15   | 2,49     | 2,24      |
| Ítem 16   | 4,11     | 1,74      |
| Ítem 17   | 4,11     | 2,03      |
| Ítem 18   | 1,72     | 1,98      |
| Ítem 19   | 4,34     | 1,68      |
| Ítem 20   | 0,83     | 1,63      |
| PANAS POS | 40,23    | 12,96     |
| PANAS NEG | 16,64    | 14,27     |

\*PANAS: *Positive And Negative Affect Schedule*.

En el WRAQ no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres con respecto a las subescalas WRAQ-VA, WRAQ-PA. Tampoco en la puntuación total ni en ninguno de los ítems de la escala.

Respecto al WSSQ, no se hallaron diferencias entre ambos sexos en la puntuación total. No obstante, en el ítem 9 (“Es difícil para personas que no hayan tenido problemas de peso relacionarse conmigo”) sí hubo diferencias significativas ( $p < 0,01$ ), apreciándose una puntuación media de 0,61 ( $DE = 2,19$ ) en las mujeres frente a una media de 0 ( $DE = 0$ ) en los hombres. De igual modo, en el ítem 10 (“Los demás creerán que me falta autocontrol por mis problemas de peso”) también hubo diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), con una

puntuación media en el sexo femenino de 1,90 (DE = 1,94), mientras que en el sexo masculino fue de 0,95 (DE = 1,80).

Por otro lado, en la escala SES tampoco se encontraron diferencias significativas entre el sexo femenino y masculino en la puntuación total ni en ningún ítem de la escala.

En el cuestionario HAD no se apreciaron diferencias significativas en la subescala de ansiedad ni en la de depresión. No obstante, en el ítem 5 (“Tengo mi mente llena de preocupaciones”) si se halló diferencia significativa ( $p = 0,012$ ), encontrándose una puntuación media en las mujeres de 3,06 (DE = 2,19) y en los hombres una media de 1,45 (DE = 2,13).

En el SWLS no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la puntuación total ni en ninguno de los ítems de la escala.

En el ORPS tampoco se hallaron diferencias significativas entre ambos sexos ni en la puntuación total ni en ningún ítem de la escala.

Por último, respecto al sexo, en la escala PANAS tampoco se encontraron diferencias significativas en la subescala de sentimientos positivos ni en la de negativos, ni en ninguno de los ítems que integran el cuestionario.

Como se mencionó con anterioridad, también se llevaron a cabo pruebas no paramétricas, en concreto la Prueba U de *Mann-Whitney*, para comparar las posibles diferencias, significativas o no, entre individuos con obesidad tipo I y obesidad tipo II.

En el cuestionario WRAQ no se encontraron diferencias entre individuos obesos de tipo I y II en la subescala WRAQ-VA, WRAQ-PA, ni en la puntuación total, así como en ninguno de los ítems.

Paralelamente, en el cuestionario WSSQ tampoco se hallaron diferencias significativas entre obesos tipo I y II en la puntuación total ni en ninguno de los ítems que forman el cuestionario.

En la escala SES, a diferencia de los casos anteriores, sí se encontraron diferencias significativas entre individuos de ambos tipos de obesidad en la puntuación total ( $p = 0,033$ ). Apreciándose una puntuación media de 31,3 (DE = 6,11) en los obesos tipo I y una media de 35,5 (DE = 7,1) en los de tipo II. Además, en los ítems 9 (“Algunas veces me siento inútil”) y 10 (“Algunas veces pienso que no soy tan bueno como el resto”) hubo diferencias significativas ( $p = 0,030$  y  $p = 0,011$ , respectivamente), con mayores puntuaciones en los obesos tipo II.

En el HAD no hubo diferencias significativas entre ambos grupos de individuos en la subescala de ansiedad, ni en la de depresión. No obstante, si se hallaron diferencias significativas entre los individuos con obesidad tipo I y II en el ítem 13 (“Me asaltan sentimientos repentinos de pánico”) con un  $p$ -valor  $< 0,05$ , siendo las puntuaciones medias de 0,88 (DE = 1,74) y 2,05 (DE = 2,26), respectivamente ( $p < 0,05$ ).

En el cuestionario SWLS sí se encontraron diferencias significativas entre obesos tipo I y II en la puntuación total ( $p < 0,05$ ), ya que la puntuación media total del grupo de obesos tipo I fue de 20,88 (DE = 6,95) frente a 17,45 (DE = 4,48) que se obtuvo de los cuestionarios procedentes de los obesos tipo

II. Por el contrario, no se apreciaron diferencias significativas en ninguno de los ítems que integran la escala SWLS.

Por otro lado, en el cuestionario ORPS no se encontraron diferencias significativas entre individuos con ambos tipos de obesidad en la puntuación total ni en los distintos ítems que integran el mismo.

Por último, en cuanto al tipo de obesidad, en el PANAS *no se apreciaron diferencias significativas entre obesos tipo I y II ni en la subescala de sentimientos positivos, ni en la de negativos, ni en ninguno de los ítems albergados en el cuestionario.*

*Además del análisis desarrollado hasta el momento, como se señaló con anterioridad, se ha tenido en cuenta una tercera y última variable, la edad. Se han estudiado las posibles diferencias entre dos grupos de edad creados a partir de los resultados analizados, obteniéndose conclusiones significativas. Como se ha detallado anteriormente, el primero de ellos está formado por los individuos con una edad  $\leq 48$  años (grupo “joven”) y el segundo engloba a los componentes con una edad de  $> 48$  años (grupo “mayor”), división llevada a cabo en función de la mediana.*

Respecto al cuestionario WRAQ no se encontraron diferencias significativas a nivel de la subescala WRAQ-PA. Por el contrario, sí se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos de edad preestablecidos en la subescala WRAQ-VA ( $p < 0,01$ ) y en la puntuación total ( $p < 0,01$ ). La calificación media obtenida por el grupo “joven” fue de 2,88 (DE = 4,59) frente a 9,48 (DE = 9,78) procedente del grupo “mayor” en la subescala WRAQ-VA. En la puntuación total, se obtuvo una media de 3,38 (DE = 5,06) en el “joven” y

10,22 (DE = 10,43) en el “mayor”. Además, se encontraron diferencias significativas en los ítems 1 (“Alguien se rio de ti por tu peso”), 2 (“Alguien te insultó por tu peso”), 3 (“Alguien te criticó o te menospreció por tu peso”) y 6 (“Alguien te obligó a seguir una dieta por tu peso”), con un  $p < 0,05$  en cada uno de los ítems mencionados. La puntuación media obtenida en cada uno de los ítems es en el grupo “joven” 0,5 (DE = 1,14), 0,35 (DE = 0,85), 0,69 (DE = 1,49) y 0,65 (DE = 1,62), mientras que el grupo “mayor” se obtuvo una puntuación de 1,67 (DE = 2,22), 1,67 (DE = 2,17), 2,07 (DE = 2,43) y 1,93 (DE = 2,37), respectivamente.

Por otro lado, en el cuestionario WSSQ no hubo diferencias significativas entre los dos grupos de edad indicados con anterioridad en la puntuación total. No obstante, en el ítem 11 (“La gente cree que yo soy el culpable de mis problemas de peso”) sí hubo diferencia significativa ( $p < 0,05$ ), apreciándose una media de 2,38 (DE = 1,96) en el grupo “joven” y una de 3,70 (DE = 2,32) en el “mayor”.

En la escala SES no se encontraron diferencias entre el grupo “joven” y “mayor” en la puntuación total ni en ninguno de los ítems de la escala.

En el cuestionario HAD no se hallaron diferencias entre ambos grupos de edad ni en la subescala de ansiedad, ni en la de depresión, así como en ninguno de los ítems que lo integran.

En el SWLS tampoco se encontraron diferencias en la puntuación total ni en ninguno de los ítems del cuestionario entre los dos grupos establecidos según la edad.

En el ORPS no se encontraron diferencias significativas entre el grupo “joven” y el “mayor” con respecto a la puntuación total. Sin embargo, en los ítems 3 (“Cuando voy a un restaurante”) y 4 (“Cuando asisto a actividades sociales, cursos...”) sí hubo diferencias significativas ( $p < 0,01$  en ambos casos), con una puntuación media 0 (DE = 0) en el grupo “joven” y 0,41 (DE = 0,75) en el grupo “mayor” en el ítem 3; 0,23 (DE = 0,99) y 0,93 (DE = 1,47), respectivamente, en el ítem 4.

Por último, en el PANAS no se encontraron diferencias entre los dos grupos de edad preestablecidos con respecto a las subescalas de sentimientos positivos, ni en la de negativos, ni en ningún ítem de los que la conforma.

Además, se analizaron las correlaciones existentes entre las variables y los distintos cuestionarios. En la tabla 9, se representa cada una de las correlaciones significativas encontradas en el estudio llevado a cabo.

**Tabla 9. Correlaciones entre la edad, el IMC y los diferentes cuestionarios y subescalas del estudio.**

|                   | Edad     | IMC     | SES     | HAD-A   | HAD-D  | PANAS + | PANAS - |
|-------------------|----------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|
| <b>WRAQ-VA</b>    | -0,391** | ---     | ---     | 0,356** | ---    | ---     | ---     |
| <b>WRAQ-PA</b>    | ---      | ---     | ---     | ---     | ---    | ---     | 0,305*  |
| <b>WRAQ total</b> | -0,389** | ---     | ---     | 0,355** | ---    | ---     | ---     |
| <b>WSSQ total</b> | ---      | ---     | ---     | 0,459** | ---    | ---     | 0,369** |
| <b>SWLS</b>       | ---      | -0,294* | ---     | ---     | 0,404* | 0,601** | ---     |
| <b>ORPS</b>       | ---      | ---     | 0,354** | 0,363** | 0,275* | ---     | ---     |

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$ .

Como se observa en dicha tabla, la edad correlacionó con el WRAQ-VA y el WRAQ total de forma negativa ( $p < 0,01$ ), lo que significa que, a mayor edad menor abuso sufrido relacionado con la obesidad.

Respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), se ha visto que los individuos con valores más altos, resultaban tener menores puntuaciones en el

cuestionario SWLS respecto al grupo que presentaba menor IMC, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . Por tanto, los individuos con mayor grado de obesidad, presentan mayor satisfacción global en la vida.

Al comparar el cuestionario SES y el ORPS, se ha percibido que los individuos con mayores puntuaciones en la escala SES obtienen de forma paralela más puntuación en el cuestionario ORPS ( $p < 0,01$ ). Lo que significa que, los individuos con mayores problemas causados por la obesidad parecen no tener afectado su nivel de autoestima.

Las correlaciones entre el cuestionario HAD y el resto de variables y escalas han sido múltiples, como se puede apreciar en la Tabla 9. En los casos en los que se ha obtenido una puntuación alta en la subescala de ansiedad, de forma paralela también se han encontrado valores altos en los cuestionarios WRAQ-VA, WRAQ total, WSSQ total y ORPS (Figura 1) con una correlación positiva todos ellos y un nivel de significancia estadística de  $p < 0,01$ . Los individuos con mayores niveles de ansiedad, presentan simultáneamente mayor abuso y estigma probablemente sufrido por la obesidad y mayores problemas causados por el exceso de peso.

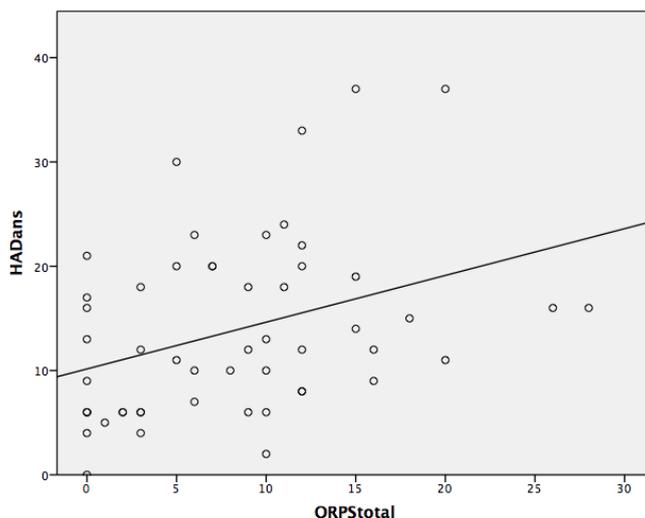


Figura 1. Correlación entre la subescala de ansiedad del cuestionario HAD y el ORPS total.

Valorando la subescala de depresión, se observa que, cuando la puntuación es más alta, también lo es en los cuestionarios SWLS y ORPS con una correlación positiva y  $p < 0,05$  en ambos casos. Es decir que, los individuos con mayor satisfacción vital, pero más impacto social de la obesidad, presentan más nivel de depresión, pues se ven afectados por el mismo aunque estén satisfechos vitalmente.

Por último, analizando los resultados obtenidos en las correlaciones del cuestionario PANAS con las diferentes variables y escalas se deduce que, cuando en la subescala de afecto positivo se puntúa con valores más altos también se hace de forma paralela en el cuestionario SWLS con una correlación positiva y un  $p < 0,01$ , lo que significa que a mayor nivel de afecto positivo, mayor satisfacción en la vida. Por otro lado, observando la subescala de afecto negativo, se aprecia que cuando la puntuación en ella es mayor, lo es asimismo en el WRAQ-PA y el WSSQ total, presentando una correlación positiva en ambos casos y con un  $p = 0,05$  y  $p = 0,01$ , respectivamente.

En las demás posibles correlaciones, al llevar a cabo su análisis, no se han obtenido resultados significativos.

## **DISCUSIÓN**

El objetivo de este estudio era conocer si realmente las personas obesas se ven afectadas por el estigma de la obesidad, ocasionándole experiencias de rechazo social.

Hasta el momento, existen estudios donde se desarrolla que el estigma de la obesidad es un hecho cotidiano entre la población obesa. En un metaanálisis de 2009 (7), se recoge que la obesidad afecta a los individuos en el ámbito laboral, en la salud, y en la educación, así como a nivel interpersonal, por ejemplo en las relaciones con los diferentes miembros de la familia. Además, indica que el estigma de la obesidad influye emocionalmente y físicamente en la salud de los individuos con exceso de peso, aunque también se señala, en otro estudio, que este rechazo social se aprecia en los países y culturas con diferente frecuencia (8).

Se ha visto también, en estudios previos, que la obesidad incrementa la vulnerabilidad para padecer depresión, baja autoestima, desprecio hacia su imagen corporal, desórdenes metabólicos, etc. Dichos análisis indican que, a pesar del aumento de la prevalencia actual de la obesidad, no se han atenuado las actitudes sociales negativas hacia las personas con exceso de peso (7).

Otro estudio (2), comparó el bienestar psicológico en pacientes con obesidad e individuos con normopeso llegando a la conclusión de que los individuos obesos estaban más afectados psicológicamente que aquellos que presentaban un peso adecuado. No obstante, en algunas variables no se obtuvieron resultados significativos.

Hasta donde se ha podido comprobar, no se ha encontrado ningún estudio que analice el estigma psicosocial de la obesidad utilizando todos los instrumentos a la vez empleados en este estudio. Al analizar los resultados obtenidos de los diferentes cuestionarios recogidos previamente, se observaron ciertas discrepancias respecto a otros estudios, aunque todos los datos obtenidos no fueron significativos.

Los participantes respondieron a diferentes preguntas que alberga el cuestionario WRAQ que detecta principalmente a través de dos subescalas, verbal y física, las consecuencias que el estigma de la sociedad puede producir en los individuos. A pesar de que, este cuestionario ha sido validado en otras muestras poblacionales con obesidad concluyendo resultados positivos (15), en la muestra en estudio no se encontró en ningún grupo (sexo, edad y tipo de obesidad) resultados significativos. En la Tabla 2, se observan los resultados obtenidos en el cuestionario WRAQ. No obstante comparados con otro estudio anterior (15), se obtienen diferentes valores en cada uno de los ítems que lo integran. Sin embargo, en el estudio mencionado, la media de edad (19,3 años) era considerablemente menor que en el presente (44,3 años), lo que ha podido influir en los resultados recogidos, ya que la población joven suele ser más vulnerable, por lo general, a las influencias de la sociedad que la población adulta.

Por otro lado, con el cuestionario WSSQ se ratifica lo hallado en el estudio previo (24), llegando a la conclusión de que, dicho cuestionario puede ser utilizado para identificar a aquellos sujetos que tengan posibilidad de beneficiarse de una intervención para reducir el estigma social causado por la obesidad.

En cuanto a la autoestima, la correlación de la misma con el IMC se ha visto que no resulta significativa en algún estudio previo (25). Por el contrario, el nivel de autoestima sí parece presentar una correlación negativa y significativa con la percepción del peso corporal (26). Parece que no es tanto el peso como la percepción del mismo (la “vivencia de sobrepeso) lo que podría afectar a la autoestima. En este trabajo, con respecto a dicho punto hay que señalar que, en individuos con mayor grado de obesidad se ha apreciado una correlación positiva con los resultados obtenidos en el cuestionario ORPS. Observando, por tanto, que, los individuos con un grado de obesidad más alto presentan niveles de autoestima más elevados y, a la vez, mayor cantidad de problemas debidos a su obesidad, contradicción explicada a posteriori.

Con respecto al cuestionario ORPS, se ha observado que el impacto de la obesidad en el funcionamiento psicosocial disminuye a medida que lo hace el IMC (27). En dicho estudio, las personas obesas con un IMC de 45 Kg/m<sup>2</sup> presentaban puntuaciones medias de 63,30 (DE = 24,43) en el ORPS e iban disminuyendo según se reducía el IMC. En el presente trabajo, las puntuaciones observadas en los subgrupos establecidos en función del IMC fueron no estadísticamente significativas, no apreciándose ninguna correlación entre ambos parámetros. No obstante, sí se encontraron diferencias en algunos de los ítems del cuestionario respecto al grupo “joven” y “mayor” preestablecido. Suponiendo un mayor problema en éste último cuando asisten a un restaurante y a actividades sociales.

Analizando la bibliografía existente en la que se ha empleado el cuestionario HAD en el ámbito de la obesidad, cabe destacar que, se han obtenido resultados diferentes en las puntuaciones de ambas subescalas del

cuestionario, encontrando en este estudio puntuaciones totales más elevadas. No obstante, se han llegado a conclusiones similares, en concreto que las personas con obesidad presentan mayores niveles de síntomas de ansiedad y depresión. Alguna diferencia encontrada puede ser debida a que, en algún otro estudio, la muestra poblacional seleccionada tenía una media de edad de 67,76 años (DE = 6,59), mientras que en el presente estudio es de 44,30 años (DE = 44,30) abarcando un rango de edad bastante amplio. Además, más de la mitad de la muestra de mayores presentaba enfermedades asociadas a la obesidad (eventos cardiovasculares, endocrinos, metabólicos, etc.), mientras que la muestra poblacional de este estudio estaba exenta de este tipo de problemas. Es posible que estas diferencias muestrales expliquen los mayores valores en la puntuación total de la subescala de ansiedad y depresión (28).

El cuestionario de satisfacción vital (SWLS) se ha utilizado previamente en distintos tipos de poblaciones obteniéndose puntuaciones medias de 19,56 (DE = 3,34) en embarazadas (29), 25,8 en ancianos (30), 26,18 (DE = 5,72) en adultos jóvenes (31), 23,5 (DE = 6,43) en universitarios estadounidenses (30) y 16,63 (DE = 3,91) en universitarios españoles (32). Con respecto a la obesidad, Dierk et al. observaron (utilizando el SWLS) que las personas obesas no diferían de otros grupos en bienestar subjetivo y no expresaban más dificultades en cuanto a apoyo social ni habilidades sociales (33). Por el contrario, en el presente estudio llevado a cabo, al analizar el nivel de satisfacción vital entre los dos grupos de obesos se observó que, los obesos tipo I presentaban mayor satisfacción que los obesos tipo II. No obstante, no se hallaron diferencias significativas entre sexos ni entre el grupo “joven” y “mayor”. La diferencia de dichos resultados respecto al estudio anterior puede deberse principalmente a

que, la muestra en estudio era mucho más pequeña que la utilizada en el de Dierk et al., presentando ésta última más hombres que mujeres.

Por último, en lo que respecta al cuestionario PANAS, se han encontrado estudios en los que se refleja que, al igual que en el presente estudio, no siempre un estado de obesidad está asociado a afectos negativos. De hecho, los participantes del estudio puntuaron con valores mayores en la subescala de afecto positivo que en la de afecto negativo, por lo que la obesidad no siempre una mayor emocionalidad negativa (34-35).

En cuanto al análisis de correlaciones entre variables, algunos autores han descrito que a mayor IMC, mayor posibilidad de que los individuos presenten un nivel más alto de ansiedad y depresión (36-37). En este estudio llevado a cabo, sin embargo, no se observó una correlación significativa entre el IMC y niveles de ansiedad y depresión medidos a través del cuestionario HAD. No obstante, esto puede ser debido a que la muestra poblacional elegida para este estudio es relativamente pequeña.

Por otro lado, también se ha hallado, con frecuencia, que existe una relación directa y positiva entre obesidad y la discriminación hacía esas personas (38-39). Por tanto, parece evidente el estigma de la obesidad en la actualidad, tal como reflejan las puntuaciones de los diversos instrumentos utilizados en el presente estudio.

En este análisis, al comparar los individuos con obesidad tipo I con los de tipo II se han observado ciertas discrepancias a destacar. Se ha visto que, con resultados estadísticamente significativos, los individuos obesos tipo II presentan niveles mayores de autoestima y peor calidad de vida respecto a los

obesos tipo I. No obstante, hasta donde se ha podido comprobar, no se han encontrado estudios en los que exista esta relación. A pesar de que esta afirmación parece algo contradictoria o al, menos, poco esperable, ello puede deberse a que los obesos tipo II estén más “habituados” al exceso de peso y, por ende, ya no les afecte tanto en su nivel autoestima. A largo plazo ven el normopeso como algo utópico e imposible, lo que les lleva a ver la obesidad como algo normal en sus vidas, por lo que no preocuparse. Siguiendo el modelo de Seligman habría un proceso de indefensión aprendida (40). No obstante, el obeso tipo II sigue teniendo complicaciones en su vida relacionadas con el exceso de peso, ya que, aunque psicológicamente no se encuentren, en parte, afectados por la obesidad, físicamente sí lo están, disminuyendo así la calidad de sus vidas. Por el contrario, los obesos tipo I no ven el normopeso o sobrepeso como algo utópico, sino como algo posible de alcanzar, pues no están en valores muy lejanos a ello. Esta situación puede acabar produciendo en los individuos un estado de ansiedad y angustia por querer conseguir dicho peso que, finalmente, acaba afectando a su estado psicológico y autoestima. Sin embargo, la calidad de vida de estos sujetos es mayor que la de los anteriores, puesto que, el exceso de peso es menor y, por tanto, también lo son las posibles restricciones.

El presente estudio tiene determinadas limitaciones que merecen ser mencionadas. Ante todo, en primer lugar es de especial interés destacar que, la muestra de estudio es pequeña ( $N = 53$ ), por lo que los resultados no pueden generalizarse en absoluto. En futuras investigaciones se debería tener en cuenta lo anterior para aumentar, en la medida de lo posible, dicha muestra y, así, conseguir resultados con mayor nivel de fiabilidad. En segundo lugar, no se han

representado todos los grados de obesidad, ya que la muestra reclutada únicamente estaba formada por obesos tipo I y II. En tercer lugar, debe mencionarse el hecho de que en el estudio no ha habido un grupo control, puesto que solo han cumplimentado los cuestionarios individuos con un IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>, no siendo posible la comparación con personas en normopeso o sobrepeso. En cuarto lugar, también es de interés señalar que, la muestra abarca un rango de edad bastante amplio (21-67 años). Puesto que, el estado psicosocial es diferente dependiendo de la edad en la que se encuentre el individuo, los resultados obtenidos no deben extrapolarse a otras situaciones. En último lugar indicar que, tampoco ha existido un seguimiento de los integrantes de la muestra a lo largo del estudio, pues, únicamente, se tuvo contacto con los mismos durante la cumplimentación de los cuestionarios. Por lo que en siguientes estudios, se pretende llevar a cabo un seguimiento para observar posibles cambios a lo largo del tiempo.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta como algo novedoso el hecho de explorar ciertos aspectos psicosociales (el estigma de la obesidad, el abuso verbal y físico, el rechazo social, el estado psicológico de los obesos), así como el sufrimiento psicológico y social que tienen los obesos como consecuencia de su propio estado de obesidad. Esto se ha llevado a cabo con un conjunto de instrumentos que, juntos no se habían utilizado previamente en otros estudios, hasta donde se ha podido comprobar en la literatura reciente al respecto. Sí que se han hallado estudios en los que se han empleado cada uno de los cuestionarios (WRAQ, WSSQ, ROSENBERG, ORPS, HAD, SWLS y PANAS) por separado con relación a la obesidad. También como novedad, cabe mencionar que, hasta lo que se ha podido comprobar, en el contexto donde

se ha realizado el estudio (provincia de Córdoba), tampoco existía ningún estudio previo con este tipo de instrumentos con relación al exceso de peso.

*Además, se piensa que este estudio fue útil, ya que a raíz de la participación en el mismo de los individuos estudiados, algunos de ellos fueron conscientes de la obesidad que padecían cuando pensaban que únicamente tenían sobrepeso, así como de los problemas que el exceso de peso acarrea o puede acarrear, no solo desde una perspectiva meramente física.*

*A la vista de todo esto, se deduce que es muy importante que el tratamiento de la obesidad incluya equipos interdisciplinarios, donde se analicen los aspectos psicosociales del obeso como la posibilidad de sufrir abusos verbales y físicos, el estigma y rechazo social, su estado emocional (ansiedad, depresión), insatisfacción vital, etc. Además los parámetros analizados en este estudio pueden resultar relevantes para prevenir, o saber actuar, en caso de desmotivación, ante posibles interferencias y/o abandono del tratamiento por parte de los pacientes.*

## **CONCLUSIONES**

A partir de este estudio, se han analizado las repercusiones de la vivencia corporal y psicológica de un grupo de obesos de la provincia de Córdoba. A continuación, se muestran aquellas conclusiones relevantes que han sido estadísticamente significativas.

En primer lugar, en lo que respecta a las repercusiones psicológicas, se afirma que las mujeres obesas tienen mayores preocupaciones mentales que los hombres causadas por el exceso de peso. Los obesos tipo II se sienten con más frecuencia inútiles e inferiores al resto de la población que los de tipo I.

Nuevamente, a los obesos tipo II le asaltan más sentimientos repentinos de pánico que a los de tipo I. Además, los obesos tipo I presentan mayor satisfacción con la vida a nivel general que los obesos tipo II. No se halló ninguna diferencia significativa, respecto a las repercusiones psicológicas, en la subdivisión por edades de la muestra.

En segundo lugar, en cuanto a las repercusiones sociales, las mujeres presentan mayor dificultad a la hora de relacionarse con otros individuos no obesos que los hombres. Del mismo modo, el sexo femenino también cree que, en mayor medida que los hombres, los demás piensan que presentan falta de autocontrol por los problemas de obesidad. Los obesos de mayor edad reflejaron padecer más abuso verbal y general que los individuos de menor edad. Además, la población se ríe, insulta, critica o menosprecia y obliga a seguir una dieta por el exceso de peso con más frecuencia en los obesos con mayor edad que en los de menor edad. Nuevamente, el grupo con más edad piensa más frecuentemente que, la gente cree que ellos son los culpables de los problemas de peso frente a los obesos de menos edad. Por último, también se ha apreciado que los obesos con mayor edad se sienten más molestos cuando van a un restaurante y cuando asisten a actividades sociales que los obesos con menor edad.

Concluyendo y retomando la hipótesis inicial de trabajo, señalar que los individuos obesos sí sufren repercusiones psicosociales negativas y se encuentran afectadas por el estigma social y por historiales de abuso. Siendo, por tanto, de especial interés analizar dichos datos antes de realizar un tratamiento dietético específico para este tipo de sujetos y, por ende, trabajar con ayuda de un equipo interdisciplinar.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer a cada uno de los colaboradores que han facilitado y han hecho posible la realización de este Proyecto de Fin de Grado. Hacer especial mención a Ignacio Javier Jáuregui Lobera, tutor del presente proyecto, por la implicación y colaboración en el mismo, así como por la facilitación del trabajo en todo momento. Por último, reconocer el apoyo gratificante de familiares y amigos.

## **ABREVIATURAS**

- DE: Desviación Estándar.
- ENPE: Estudio Nutricional de la Población Española.
- HAD: Hospital Anxiety and Depression.
- HAD ANS: Hospital Anxiety and Depression – Anxiety Subscale.
- HAD DEPR: Hospital Anxiety and Depression – Depression Subscale.
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- M: Media.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ORPS: Obesity-Related Problem Scale.
- p: Significación estadística.
- PANAS: Positive and Negative Affect Schedule.
- PANAS NEG: Positive and Negative Affect Schedule – Negative Subscale.
- PANAS POS: Positive and Negative Affect Schedule – Positive Subscale.
- SES: Rosenberg's Self Esteem Scale.
- SWLS: Satisfaction With Life Scale.
- WRAQ: Weight-Related Abuse Questionnaire.
- WRAQ-PA: Weight-Related Abuse Questionnaire – Physical Abuse.
- WRAQ-VA: Weight-Related Abuse Questionnaire – Verbal Abuse.
- WRT: Weight-Related Teasing.
- WSSQ: Weight Self-Stigma Questionnaire.

## REFERENCIAS

1. Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
2. Magallares, A., Benito de Valle, P., Irlles, J. A., Bolaños-Ríos, P., & Jauregui-Lobera, I. (2014). Psychological well-being in a sample of obese patients compared with a control group. *Nutr Hosp*, 30(1), 32-6.
3. Mahan, L. K., & Escott-Stump, S. (2009). Krause: Dietoterapia. *Actividad Dietética*, 13(1), 45.
4. Organización Mundial de la Salud (2016, junio). Centro de prensa: Obesidad y sobrepeso. Accesible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (2017, 9 marzo).
5. Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N., & Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 579-587.
6. Jáuregui Lobera, I., Rivas Fernández, M., Montaña González, M., & Morales Millán, M. (2008). Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 319-325.
7. Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
8. Jáuregui Lobera, I., M Plasencia, L., Rivas Fernández, M., Rodríguez Marcos, L., & Gutiérrez Ferrer, N. (2008). Percepción de la obesidad y cultura. *Nutricion hospitalaria*, 23(6), 624-624.

9. Magallares, A., de Valle, P. B., Irlles, J. A., & Jauregui-Lobera, I. (2014). Overt and subtle discrimination, subjective well-being and physical health-related quality of life in an obese sample. *The Spanish journal of psychology*, 17, E64.
10. de Wit, L., Luppino, F., van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry research*, 178(2), 230-235.
11. Garipey, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*, 34(3), 407-419.
12. Wardle, J., Chida, Y., Gibson, E. L., Whitaker, K. L., & Steptoe, A. (2011). Stress and adiposity: a meta-analysis of longitudinal studies. *Obesity*, 19(4), 771-778.
13. Miller, C. T., & Downey, K. T. (1999). A meta-analysis of heavyweight and self-esteem. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 68-84.
14. Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological science*, 7(3), 181-185.
15. Salwen, J. K., & Hymowitz, G. F. (2015). The Weight-Related Abuse Questionnaire (WRAQ): Reliability, validity, and clinical utility. *Eating Behaviors*, 19, 150-154.
16. Abdulsalam, A. J., Al Daihani, A. E., & Francis, K. (2017). Prevalence and Associated Factors of Peer Victimization (Bullying) among Grades 7 and 8 Middle School Students in Kuwait. *International Journal of Pediatrics*, 2017.

17. Lillis, Luoma, Levin, & Hayes, 2010; Spanish versión: Magallares A., Bolaño-Rios P., Ruiz-Prieto I., Benito de Valle P., Irlles J.A., & Jauregui-Lobera I. (in press). Spanish Adaptation of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) in a sample of participants with obesity. *Eating and Weight Disorders*.
18. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* (Vol. 11, p. 326). Princeton, NJ: Princeton university press.
19. Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
20. Karlsson, J., Taft, C., Sjöström, L., Torgerson, J. S., & Sullivan, M. (2003). Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. *International journal of obesity*, 27(5), 617-630.
21. Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) review in Spanish Samples. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 494-503.
22. Vera-Villaruel, P., Urzúa, A., Celis-Atenas, P. P. K., & Silva, J. (2012). Evaluation of subjective well-being: Analysis of the satisfaction with life scale in Chilean population. *Universitas Psychologica*, 11(3), 719-727.
23. Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(2), 173-182.

24. Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring Weight Self- stigma: The Weight Self- stigma Questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971-976.
25. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P, Santiago-Fernández MJ, Garrido-Casals O, Sánchez E. Perception of weight and psychological variables in a sample of Spanish adolescents. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2011; 4: 245–251.
26. Ruiz-Prieto I, Carbonero-Carreño R, Jáuregui-Lobera I. Autopercepción del estado ponderal y la forma física y su relación con el nivel de actividad física realizado, conductas alimentarias y bienestar psicosocial. *Nutr Hosp.* 2015; 31:203-216.
27. Aasprang, A., Andersen, J. R., Våge, V., Kolotkin, R. L., & Natvig, G. K. (2015). Psychosocial functioning before and after surgical treatment for morbid obesity: reliability and validation of the Norwegian version of obesity-related problem scale. *PeerJ*, 3, e1275.
28. Giuli, C., Papa, R., Bevilacqua, R., Felici, E., Gagliardi, C., Marcellini, F., & Tirabassi, G. (2014). Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BMC public health*, 14(1), 35.
29. Martínez, M. J. C., Martínez, M. R., García, J. C., Cortés, M. I. O., Ferrer, A. R., & Herrero, B. T. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
30. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1985; 49:71-75.

31. Arrindell WA, Heesink J, Feij JA. The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Appraisal with 1.700 health young adults in the Netherlands. *Pers Indiv Dif.* 1999; 26:815-826.
32. Reig A, Cabrero J, Ferrer R, Richart M. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2001.
33. Dierk, J. M., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of psychosomatic research*, 60(3), 219-227.
34. Montero-Marin, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., Cebolla, A., Soler, J., Demarzo, M., ... & García-Campayo, J. (2016). Psychological Effects of a 1-Month Meditation Retreat on Experienced Meditators: The Role of Non-attachment. *Frontiers in Psychology*, 7.
35. Carr, D., Friedman, M. A., & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: the role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, 4(2), 165-177.
36. Esfahani, B. N., Kolahehdouzan, M., Aflakseir, A., & Gharipour, M. (2017). Predicting body mass index in women: The value of the psychological components of depression, anxiety, dietary restraint, and nutritional habits. *Journal of Education and Health Promotion*, 6.
37. Goh, E. K., Kim, O. Y., & Jeon, H. J. (2017). Depression Is a Mediator for the Relationship between Physical Symptom and Psychological Well-being in Obese People. *Clinical Nutrition Research*, 6(2), 89–98. <http://doi.org/10.7762/cnr.2017.6.2.89>.

38. Jung, F., Spahlholz, J., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2017). Impact of Weight-Related Discrimination, Body Dissatisfaction and Self-Stigma on the Desire to Weigh Less. *Obesity Facts*, 10(2), 139-151.
39. Spahlholz, J., Baer, N., König, H. H., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Obesity and discrimination—a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Reviews*, 17(1), 43-55.
40. Seligman MEP. (1983). *Indefensión*. Madrid: Debate.

## ANEXOS

### *Anexo 1. Encuestas utilizadas en el estudio.*

**-Sexo:**  
**-Edad:**

**-Altura:**  
**-Peso:**

### WRAQ

La gente en algunas ocasiones tiene experiencias negativas asociadas a su peso, y nos gustaría saber acerca de tus experiencias a ese respecto y cómo te impactaron. El siguiente cuestionario tiene 2 secciones, cada una de ellas preguntando sobre diferentes tipos de experiencias negativas. La primera parte tiene que ver con experiencias verbales o psicológicas y la segunda es sobre experiencias de tipo físico. Por favor contesta a las preguntas en la siguiente escala:

| 0     | 1              | 2                | 3                  | 4                   | 5                    | 6                      |
|-------|----------------|------------------|--------------------|---------------------|----------------------|------------------------|
| Nunca | Una vez al año | Dos veces al año | 3 a 5 veces al año | 6 a 10 veces al año | 11 a 20 veces al año | Más de 20 veces al año |

1. Alguien se rio de ti por tu peso \_\_\_\_\_
2. Alguien te insultó por tu peso \_\_\_\_\_
3. Alguien te criticó o te menospreció por tu peso \_\_\_\_\_
4. Alguien te gritó por tu peso \_\_\_\_\_
5. Alguien te puso en vergüenza delante de otras personas por tu peso \_\_\_\_\_
6. Alguien te obligó a seguir una dieta por tu peso \_\_\_\_\_
7. Alguien te acosó por tu peso \_\_\_\_\_
8. Alguien amenazó con abandonarte por tu peso \_\_\_\_\_









## PANAS

El cuestionario consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y seleccione la respuesta apropiada a cada caso, indicando en qué medida se ha sentido de esa manera **durante la última semana**.

| 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6 |                      |                         |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Nunca                                 |                      | Frecuentemente          |
| 1. Interés_____                       | 8. Enojo_____        | 15. Nerviosismo_____    |
| 2. Tensión_____                       | 9. Entusiasmo_____   | 16. Decisión_____       |
| 3. Animación_____                     | 10. Orgullo_____     | 17. Atención_____       |
| 4. Disgusto _____                     | 11. Irritación_____  | 18. Intranquilidad_____ |
| 5. Energía_____                       | 12. Disposición_____ | 19. Actividad_____      |
| 6. Culpa_____                         | 13. Vergüenza_____   | 20. Temor_____          |
| 7. Susto_____                         | 14. Inspiración_____ |                         |