

Prácticas y políticas para reducir los sesgos sobre el peso en el manejo de la obesidad

2022 adaptado por: Salvo Cofman K^{i,ii}, Leiva Velasco Mⁱⁱⁱ, Gómez-Pérez D^{iv}, Oda-Montecinos C^v, Figueroa Sgro M.^{vi,ii}
El capítulo adaptado es de: Kirk SFL, Ramos Salas X, Alberga AS, Russell-Mayhew S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy. (version 1, 2020). Disponible en: <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias>. © 2020 Obesity Canada.

- i) Departamento de Medicina Interna, Centro de Nutrición y Diabetes. Clínica Alemana de Santiago, Chile.
- ii) Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
- iii) Departamento de Neurología y Psiquiatría, Centro de Nutrición y Diabetes. Clínica Alemana de Santiago, Chile.
- iv) Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- v) Instituto de Ciencias Sociales, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.
- vi) Departamento de Pediatría, Centro de Adolescencia. Clínica Alemana Santiago, Chile.

Cómo citar este documento

Prácticas y políticas para reducir los sesgos sobre el peso en el manejo de la obesidad. Adaptación de la guía de práctica clínica (Coalición chilena para el estudio de la obesidad, version 1, 2022) por Salvo K, Leiva M, Gómez-Pérez D, Oda-Montecinos C, Figueroa M. Capítulo adaptado de: Kirk SFL, Ramos Salas X, Alberga AS, Russell-Mayhew S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy. (version 1, 2020). Disponible en: <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias>. © 2020 Obesity Canada. Disponible en: guiasobesidadchile.com/sesgo Fecha de consulta [Fecha].

MENSAJES CLAVE PARA EL PERSONAL DE SALUD Y FORMULADORES DE POLÍTICAS



- Quienes formulan políticas en obesidad deben evaluar y reflexionar sobre sus propias actitudes y creencias relacionadas con la obesidad.¹
- Las políticas públicas en salud deben evitar usar lenguaje e imágenes estigmatizantes. Existe evidencia que establece que discriminar y avergonzar a una persona por su peso no genera un cambio conductual. De hecho, la estigmatización puede incrementar la probabilidad de que las personas incurran en conductas menos saludables; por lo que, según el enfoque basado en la evidencia para el manejo de la obesidad, no tiene respaldo utilizar esta estrategia.^{2,3}
- Evitar afirmaciones que planteen que conductas saludables podrían reflejarse en cambios en el peso al redactar políticas públicas en salud. El peso no es una conducta y no tendría que ser el objetivo de ningún cambio conductual. Es necesario evitar evaluar el impacto de políticas públicas, programas o campañas sobre alimentación saludable y ejercicio físico en función únicamente del peso o el índice

de masa corporal. Debido a que los sesgos contribuyen a inequidades sociales en salud, defienda y apoye a las personas que viven con obesidad. Esto incluye el apoyo de políticas de acción para prevenir los sesgos y la discriminación basada en el peso.²⁻⁸

- Quienes formulan políticas deberían estar al tanto de que la mayoría de las personas que viven con obesidad han experimentado sesgos o alguna forma de discriminación basada en el peso. Por lo tanto, tendrían la obligación de considerar el estigma de peso como una carga adicional que tiene desenlaces en los resultados en salud de la población y desarrollar intervenciones que se ocupen de ello. Para evitar agravar el problema, instamos a los gestores de políticas a no profundizar el daño y a desarrollar políticas centradas en las personas que vayan más allá de la responsabilidad individual, reconociendo la complejidad de la obesidad y promoviendo salud, dignidad y respeto con independencia del peso o forma corporal.
- Los profesionales de la salud deben asegurarse que el ambiente clínico sea accesible, seguro y respetuoso para todos los usuarios, independiente de su peso o talla. Se sugiere hacer esfuerzos para mejorar la salud y la calidad

de vida de las personas, más que solamente centrarse en el manejo de la obesidad. Se sugiere pedir permiso antes de pesar a alguien y nunca hacerlo delante de otras personas, además de destinar espacios físicos privados para utilizar la balanza. Los profesionales de la salud deben considerar que los espacios físicos estén adaptados para personas de todas las tallas y asegurarse de tener equipamiento apropiado

para todas las formas corporales (por ejemplo, brazaletes para toma de presión arterial, batas, sillas y camillas), los cuales deben estar disponibles en todas las salas clínicas antes que los usuarios lleguen. Debido a que los sesgos impactan en la morbilidad y mortalidad, defienda y apoye a las personas que viven con obesidad.

MENSAJES CLAVE PARA PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD



1. Los sesgos podrían afectar la calidad de la atención en servicios de salud a personas con obesidad. Por ejemplo, el sesgo de peso podría afectar negativamente las actitudes y comportamientos de los profesionales de la salud hacia personas que viven con obesidad.^{8,9}

2. Experiencias de estigmatización por el peso podrían dañar su salud y bienestar. Experimentar un trato injusto debido a su talla o peso es inaceptable. Hable con su profesional de la salud sobre sus experiencias de estigmatización. Exprese su opinión y, de ser posible, involúcrese en acciones para detener la discriminación basada en el peso.¹⁰⁻¹²

3. Hable con su profesional de la salud sobre cómo abordar el sesgo de peso internalizado. El sesgo puede impactar sus conductas y su salud. Tanto la auto estigmatización como el culparse a sí mismo puede ser abordado a través de intervenciones conductuales, consistentes con los principios de la terapia cognitiva y la terapia de aceptación y compromiso¹³⁻¹⁸ (véase el capítulo [Intervenciones psicológicas y conductuales eficaces en el tratamiento de la obesidad](#)).

4. Trate de concentrarse e incorporar hábitos saludables y en mejorar su calidad de vida más que en la pérdida de peso. El peso no es una conducta y no debe ser el objetivo de los cambios conductuales.^{19,20}

RECOMENDACIONES ADOPTADAS



1. Los profesionales de la salud deben evaluar sus propias actitudes y creencias sobre la obesidad y considerar cómo **impactan en sus propias prácticas profesionales** (Level 1a; Grade A).¹

2. Los profesionales de la salud deberían reconocer que el sesgo de peso internalizado (prejuicio hacia sí mismo) en personas que viven con obesidad puede afectar resultados conductuales y de salud. (Level 2a; Grade B).^{13,21,22}

3. Los profesionales de la salud deben evitar usar palabras (Level 1a, Grade A),² imágenes (Level 2b, Grade B)² y prácticas (Level 2a, Grade B)⁹ que emitan juicios sobre las personas cuando están trabajando con personas que viven con obesidad.

4. Recomendamos que los profesionales de la salud eviten hacer conclusiones apresuradas que vinculen cualquier dolencia o motivo de consulta con el peso corporal (Level 3, Grade C).^{9,23}

RECOMENDACIÓN NUEVA

1. La Coalición Chilena para el Estudio de la Obesidad sugiere que los estudiantes y profesionales de la salud sean capacitados en sobrepeso y obesidad para disminuir actitudes, creencias y comportamientos que contribuyan de manera directa e indirecta a la estigmatización de los pacientes que viven con sobrepeso u obesidad (Ver aquí el resumen de la metodología).

Certeza de la evidencia: Baja
Fuerza de la recomendación: Condicional

INTRODUCCIÓN

Las personas que viven con obesidad frecuentemente tienen experiencias que dan cuenta de la estigmatización asociada a su tamaño corporal o peso.^{24,25} El rol que estas vivencias tienen en el manejo de esta condición ha sido recientemente investigado y es poco conocido. Este capítulo permitirá comprender este concepto, utilizando la evidencia más reciente y robusta para ilustrar cómo influye en el desarrollo, diagnóstico, manejo y prevención de la obesidad. Esta es la primera vez que en Chile los sesgos, el estigma y la discriminación se incluyen en una guía clínica para orientar el manejo de la obesidad, reconociendo la importante evidencia científica disponible y su implicancia en la regulación de la práctica profesional y el diseño de políticas públicas en salud.

Distintas aproximaciones metodológicas podrían contribuir de manera pertinente y relevante en responder preguntas de investigación relacionadas con las características de las experiencias que viven personas con obesidad, incluido el contexto clínico y sanitario. Si bien se reconoce que en Chile falta evidencia de gran calidad sobre sesgo, estigma y discriminación para las personas que consultan por obesidad y para los profesionales de la salud. Asimismo, también hay una falta de evidencia a nivel internacional sobre las intervenciones eficaces en reducción del sesgo, estigma y discriminación en función del peso corporal. Consideramos importante destacar este tema en el desarrollo de esta guía de práctica clínica, y se espera que el trabajo en esta área continúe y contribuya con información importante que esté disponible para la elaboración de futuras guías clínicas de atención.

Tal como lo ha estipulado la comunidad científica, esta guía suscribe al acuerdo de no utilizar lenguaje estigmatizante al referirse a la obesidad o cualquier enfermedad crónica, es decir, no se debe señalar la obesidad u otra enfermedad crónica como un atributo descriptivo, ya que la enfermedad no define a una persona; por el contrario, la manera correcta de referirse, tanto verbal como por escrito a la obesidad, es como una condición con la cual se vive.

Debido a la limitada evidencia disponible en intervención de estigma de peso, este capítulo incluye recomendaciones basadas en la evidencia disponible, con mensajes clave para profesionales de la salud, gestores de políticas públicas y usuarios de servicios de salud.

¿A QUÉ NOS REFERIMOS CON LOS TÉRMINOS SESGO DE PESO, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN?

Los términos sesgos de peso, estigma y discriminación son habitualmente usados de manera intercambiable. Sin embargo, estos términos en realidad reflejan un continuo, en el cual el sesgo de peso se refiere a nuestras creencias, suposiciones y juicios negativos relacionados con el peso y aquellas personas que tienen cuerpos grandes. El estigma de peso hace referencia a la mirada social que se tiene sobre las personas con peso alto, reflejando aquellos estereotipos asentados profundamente en la estructura de la sociedad en la que se vive. Por último, se considera discriminación, cuando el sesgo y/o el estigma se convierte en una conducta, o sea,

cuando hay algún tipo de acto injusto que perjudica, desvaloriza o daña a las personas que viven con obesidad.

Respecto al sesgo de peso, este puede manifestarse de manera explícita, implícita o internalizada. El sesgo de peso explícito es definido como tener una actitud abiertamente negativa hacia las personas con obesidad, por ejemplo, asumir que ellas son flojas, desmotivadas, con falta de autodisciplina o fuerza de voluntad y que no cumplen con los tratamientos médicos. El sesgo de peso implícito, en cambio, se refiere a presentar una disposición negativa pero inconsciente hacia las personas con cuerpos grandes, o sea, estas no son reconocidas por aquellos que las tienen, pero pueden moldear y definir la forma en que ven y tratan a las personas que viven con obesidad.

El sesgo de peso internalizado se refiere a la idea que presentan las personas con pesos altos de ser merecedoras de las creencias negativas respecto a ellas mismas o al trato injusto que reciben. Este sesgo es frecuente en la población general en Norteamérica y Europa (44%), pues no contamos con información chilena; sin embargo, en aquellas que tienen obesidad es más alta (52%).²⁶ Esto se evidencia en ideas como “soy menos atractiva que la mayoría de las personas debido a mi peso” o “me asusta tener sobrepeso por lo que la gente pueda pensar de mí.” Pocos estudios han explorado la relación entre el manejo de la obesidad y el peso. Sin embargo, en los últimos años la investigación ha mostrado una fuerte asociación entre sesgo internalizado y salud mental, así como un impacto negativo en los resultados esperados asociados al manejo de la obesidad. Por ejemplo, el sesgo internalizado se ha asociado a evitar realizar actividad física y a atracones.^{6,27-38}

El estigma de peso¹ se manifiesta a través de estereotipos sociales negativos y prejuicios que se le atribuyen a las personas que viven con obesidad y que pueden llevar a discriminación, que sería el trato injusto que recibe una persona por su peso corporal.³⁹ Un ejemplo de esto, en la atención de salud, sucede cuando una persona profesional de la salud cree que las personas con obesidad no cumplen con las indicaciones o tratamientos, y asumen que las estrategias de manejo de la obesidad no servirán.⁴⁰ Otras manifestaciones de trato injusto e inequitativo incluye, que los profesionales de la salud dediquen menos tiempo a atender a estos pacientes, se les niegue un tratamiento, tengan una comunicación más insensible y apresurada o establezcan con ellos una relación menos comprometida. En ciertos casos, puede ocurrir que los mismos pacientes eviten buscar ayuda o abandonen los tratamientos en el sistema de salud.⁴¹⁻⁴⁵

Un estudio multinacional recientemente publicado por Puhl et al.,⁴⁶ confirma dicha información, al comparar los vínculos entre el estigma de peso y la atención médica en seis diferentes países. Sus resultados demuestran una consistencia considerable en las asociaciones entre el estigma de peso y los índices de atención médica adversos (chequeos médicos menos frecuentes, mayor evitación de la atención médica debido a que se sentían incómodos con sus cuerpos al ser examinados, juicios más frecuentes por parte de los médicos debido a su peso, peor calidad de sus experiencias sanitarias recientes, relataron que sus médicos les escuchaban con

menos atención y menos a menudo respetaban lo que tenían que decir). Además, sus resultados revelan que la internalización del sesgo de peso intensifica esta asociación. En otras palabras, se plantea que, experimentar estigma por peso contribuye a generar una mayor internalización del sesgo de peso, que a su vez se relaciona con experiencias de salud más deficientes.

¿QUÉ TAN PREVALENTES SON EL SESGO, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR PESO?

El sesgo y el estigma de peso están muy arraigados en nuestra sociedad. De hecho, según varios estudios internacionales, aproximadamente el 40% de las personas adultas refiere haberlo experimentado en alguna de sus formas⁴ y oscila entre el 19,2% entre las personas con obesidad de clase I (IMC 30-35 Kg/m²) y el 41,8% entre las personas con obesidad clase II o severa (IMC > 35 Kg/m²).⁴⁷ Al observar los datos encontramos que la prevalencia de la discriminación por peso ha aumentado en un 66% en la última década y es comparable a los índices de discriminación racial, especialmente entre las mujeres.^{4,7}

El sesgo de peso se presenta en todos los ámbitos de la vida. Se ha documentado que es ejecutada por los papás, las mamás y otros miembros de la familia⁴⁸ los pares preadolescentes y adolescentes,⁴⁹ el profesorado,⁵⁰ empleadores y profesionales de recursos humanos,⁵¹ profesionales de la salud, (que incluye personal médico, de enfermería, nutrición, psicología y estudiantes de medicina) e incluso entre las propias personas con obesidad.⁵² Como se ha señalado anteriormente, la discriminación de peso se vive en múltiples ámbitos; y como se explicará en la siguiente sección, sus consecuencias son muy relevantes.

¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DE LOS SESGOS, EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR PESO CORPORAL?

Los sesgos, el estigma y la discriminación por peso pueden tener distintas consecuencias físicas, psicológicas y psicosociales.²¹ Por ejemplo, una revisión sistemática de 23 estudios demostró que existen diversas consecuencias biopsicosociales del estigma de peso en personas con sobrepeso y obesidad que estaban en búsqueda de tratamiento.⁵³ Las siguientes secciones describirán cómo los sesgos, el estigma y la discriminación por peso pueden afectar a la salud física y mental de una persona influyendo en el que eviten espacios clínicos y servicios de salud,⁴⁶ produciendo, lo anterior, un impacto negativo en el manejo e intervención de la obesidad y aumentando la morbilidad y mortalidad general.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD FÍSICA

Al igual que otras formas de discriminación, como el racismo, la discriminación por peso se asocia con un aumento en el riesgo de morbilidad. Existen mecanismos fisiológicos que pueden contribuir a este mayor riesgo para la salud física, tales

como mayor estrés crónico, el cual puede aumentar los niveles de cortisol y el estrés oxidativo, independientemente del nivel de tejido adiposo.^{11,54} Una revisión sistemática de 33 estudios detectó que el estigma de peso se asociaba positivamente con obesidad, riesgo de diabetes, niveles de cortisol, niveles de estrés oxidativo, niveles de proteína C-reactiva, trastornos alimentarios, depresión, ansiedad e insatisfacción con la imagen corporal.⁵⁵ Un estudio longitudinal también ha demostrado que la percepción de discriminación por peso corporal está asociada con un aumento del 60% en el riesgo de mortalidad.⁵⁶ De hecho, el efecto de la discriminación basada en el peso corporal fue comparable con otros factores de riesgo establecidos, tales como el historial de tabaquismo y la presencia de varias comorbilidades asociadas. No existe claridad acerca de cómo la discriminación por peso contribuye a la mortalidad. Algunas teorías vinculan experiencias de discriminación por peso con factores de riesgo conductuales, tales como los estilos de vida sedentarios y el aumento de la ingesta como mecanismo de afrontamiento.^{56,57} La ansiedad por la obesidad se incrementa cuando las personas se perciben a sí mismas con una peor salud por las enfermedades asociadas a esta condición, tales como el dolor crónico, la osteoartritis y las enfermedades cardiovasculares.⁵⁸

Existe cierta evidencia de que la internalización de los sesgos de peso mediarían la relación entre experiencias estigmatizantes asociadas al peso y resultados psicológicos negativos.⁵³ La internalización de los sesgos de peso puede estar asociada a peores resultados en salud mental que la experiencia percibida de sesgos de peso.¹³ En otras palabras, el creer que una persona merece ser estigmatizada por el peso corporal puede llevar a peores resultados psicológicos que la situación estigmatizante en sí.¹³ Además, las personas adultas que internalizan el sesgo de peso tienen mayor probabilidad de tener episodios de atracones. Los mecanismos de afrontamiento, entendidos como todas aquellas estrategias que se utilizan para hacer frente a las distintas problemáticas y amenazas a las que nos vemos expuestos, están relacionados con comportamientos no saludables en las personas que experimentan discriminación por peso corporal. La discriminación por peso corporal también aumenta el riesgo de obesidad.¹⁰

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD MENTAL

Está bien demostrado que ser víctima de sesgo, estigma y discriminación por peso se ha asociado a peores resultados en salud mental. Las personas que viven con obesidad pueden enfrentar impactos negativos en su salud mental, debido a su peso corporal, en múltiples niveles de su entorno.⁵⁹ Medidas globales de salud mental indican que experiencias de sesgo de peso están asociadas con estrés psicológico, tanto en personas que buscan tratamiento, como en muestras de población general.⁵³ Consecuencias psicosociales de sesgo de peso incluyen la no adherencia a la medicación, ansiedad, mayor estrés percibido, aislamiento social, consumo de sustancias, estrategias de afrontamiento desadaptativas y menor apoyo social.⁵³ En personas adultas que viven con obesidad que buscan tratamiento se ha observado una

mayor internalización de sesgo de peso asociada con un fuerte impacto negativo en la imagen corporal.⁶⁰

Experimentar el estigma de peso se asociaba con un peor funcionamiento psicológico en una muestra de personas que buscaban tratamiento para la obesidad.³⁶ Experiencias estigmatizantes también predicen significativa e independientemente preocupaciones psicológicas en personas que buscaban tratamiento para la obesidad, después de la preocupación de controlar el IMC. Experiencias estigmatizantes, y no solamente el peso corporal, contribuyen al desarrollo de consecuencias adversas de salud mental en personas que viven con obesidad.

En un estudio se observó que los efectos nocivos de las experiencias estigmatizantes se extendían más allá del malestar y la morbilidad de la obesidad, para incluir un mayor riesgo en todas las causas de mortalidad.⁵⁶ En otro estudio, personas que percibían que habían experimentado estigma de peso tenían casi 2,5 veces mayor riesgo de presentar trastornos de ánimo o ansiedad, que aquellas que no lo habían vivido, incluso teniendo en cuenta los factores de riesgo usuales para los trastornos de salud mental y las medidas de IMC.⁶¹

La depresión está asociada con el aumento de peso corporal, y las personas que viven con obesidad tienen un mayor riesgo de depresión, especialmente aquellas diagnosticadas con obesidad tipo II y III.⁶² La evidencia reciente sugiere que la percepción de discriminación por el peso corporal puede ser una explicación para esta relación, con particular evidencia en adultos de edad media y personas mayores.^{47,62,63} En una muestra de 255 personas con trastorno por atracón que buscaban tratamiento, la internalización del sesgo de peso se relacionó con peores puntuaciones generales en salud mental, y los síntomas depresivos mediaban esta relación.¹⁶

El estigma y la discriminación también constituyen condiciones de estrés crónico que se suman al estrés adicional al que personas de los grupos estigmatizados son expuestas diariamente, como resultado de su posición en la sociedad.⁶ El estrés crónico tiene un impacto significativo en la salud mental y los factores estresantes específicos asociados a la discriminación deben ser considerados en los enfoques de intervención.⁶⁴ Un estudio mostró que la sobrevaloración de la silueta y el peso corporal mediaban la relación entre autoestima y sesgos de peso internalizados en una muestra de personas con sobrepeso u obesidad y diagnosticadas de trastorno por atracón.⁶⁵

CONSECUENCIAS PARA LA POBLACIÓN Y LA SALUD PÚBLICA

Los sesgos sobre el peso pueden tener consecuencias sociales y económicas para las personas que viven con obesidad, como desigualdad en las relaciones interpersonales y menores oportunidades de educación y empleo.^{8,56,66-68} Un factor fundamental que potencia la discriminación por obesidad, es el desconocimiento social acerca de la complejidad y multifactorialidad

de la obesidad. Cuando la investigación científica no logra ser comunicada al público general, se puede generar una sobre simplificación acerca de la obesidad. Por ejemplo, las estrategias de salud pública que focalizan la obesidad como un problema causado por malos hábitos de alimentación y sedentarismo, ignoran los factores biológicos, genéticos, ambientales y sociales que contribuyen a la obesidad, favoreciendo así la simplificación excesiva de la enfermedad y la falta de comprensión de la misma.

Esto puede llevar a narrativas sociales imprecisas, donde la obesidad es comprendida como una condición autogenerada y que, por lo tanto, sería sólo problema de las personas con obesidad enfrentar su condición. Esta falta de comprensión puede llevar a las personas a experimentar sesgo, estigma y discriminación por su peso. La investigación en salud pública ha identificado la necesidad de:

- Cambiar la narrativa de la salud pública sobre la obesidad para alinearla al conocimiento científico y médico actual de la obesidad como una enfermedad crónica; y
- Desarrollar estrategias integrales para la obesidad que reflejen las experiencias de vida cotidiana de las personas, con el fin de favorecer la comprensión de la obesidad en su globalidad, y fomentar la mirada hacia esta como un problema social y evitar una mayor estigmatización de la obesidad.⁶⁹

El estigma tiene un impacto por sí mismo en las desigualdades en salud. Es por ello por lo que, tanto el estigma como la discriminación por peso, deben ser considerados factores sociales que influyen negativamente en la salud de la población.^{7,70}

Los estudios también han explorado cómo el sesgo de peso se presenta incluso en las campañas de salud pública.⁵ Las personas con obesidad perciben los mensajes de salud pública como excesivamente simplistas y estigmatizantes.^{2,71} Las estrategias de salud pública que ponen el énfasis en el deber y la responsabilidad individual, podrían fomentar la percepción de culpa y la crítica hacia aquellos que presentan conductas definidas como poco saludables.⁷² Por ejemplo, las campañas de salud pública que promueven actitudes negativas y estereotipos sobre las personas con obesidad, estigmatizando a la juventud con obesidad o culpando a las mamás y papás de la niñez con sobrepeso. No solo no logran ser eficaces en generar un cambio en el comportamiento, sino que por el contrario, resultan en mayor estigmatización y discriminación de las personas.

Dos análisis críticos recientes de las políticas canadienses para la prevención de la obesidad destacan que centrarse en los comportamientos individuales, y no en los determinantes sociales, puede contribuir al sesgo y estigma de peso. El primero, de Ramos Salas et al., identificó cinco narrativas predominantes que pueden contribuir a la discriminación por peso:

1. La obesidad infantil amenaza la salud de las generaciones futuras y debe prevenirse;

2. La obesidad puede prevenirse solo con una alimentación saludable y actividad física;
3. La obesidad es un problema del comportamiento individual;
4. Alcanzar un peso corporal saludable debe ser un objetivo de salud pública;
5. La obesidad es un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas y no una enfermedad en sí misma.⁶⁹

Un segundo análisis realizado por Alberga et al. hace referencia a un informe federal canadiense sobre obesidad que utilizó un enfoque agresivo y una terminología irrespetuosa al referirse a los pacientes con obesidad, poniendo la responsabilidad solo en los comportamientos individuales.⁷³ Los autores afirmaron que este tipo de publicaciones podría estar contribuyendo al estigma del peso y recomendaron que las futuras políticas, informes y campañas canadienses aborden los determinantes sociales fundamentales de la salud.^{69,73} Resulta indispensable realizar estudios nacionales para evaluar el impacto de las campañas públicas dirigidas a la prevención y el manejo del exceso de peso.

CONSECUENCIAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

La discriminación por peso en los servicios de salud puede reducir la oportunidad y calidad de la atención a los usuarios que viven con obesidad.⁷³ La evidencia disponible es consistente en demostrar que, al igual que en población general, los profesionales de la salud también presentan sesgo y estigma por peso hacia las personas que viven con obesidad.^{35,49,74} Así mismo, evidencia sólida refiere que las personas que viven con obesidad perciben un trato discriminatorio en la atención que reciben y que estas percepciones podrían influir en la motivación a consultar y adherirse a los servicios de atención primaria.⁷⁵ Los usuarios reportaron haber recibido un trato paternalista e irrespetuoso por parte del personal de atención primaria, y una comunicación deficiente donde hacen una atribución al peso como la causa de la mayoría de sus problemas de salud.^{46,73}

Además, existen datos sustanciales y documentados que demuestran que el estigma y la discriminación por peso pueden perjudicar las prácticas de manejo y tratamiento de la obesidad por parte de los profesionales de la salud.⁸ La evidencia disponible sugiere que las personas con obesidad son vulnerables al sesgo de peso en los entornos de salud, lo que puede impactar negativamente en la morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, resultados de estudios señalan que los profesionales de la salud podrían dedicarles menos tiempo en la atención clínica.^{76,77} Las personas que experimentan sesgo por su peso en los entornos de salud pueden retrasar o renunciar a la atención preventiva esencial, como pruebas de detección del cáncer de mama, de cuello de útero y colorrectal, por miedo a recibir un trato irrespetuoso y actitudes negativas por parte del personal de salud.^{5,8,22,41,45,78}

Muchas veces deben dedicar tiempo adicional rotando entre distintos especialistas para poder encontrar un profesional que perciban más respetuoso y empático.^{14,79,80} Las personas afirman sentirse avergonzadas al ser pesadas en una balanza,^{78,81} recibir consejos no solicitados para perder peso y tener que dejar de acceder a evaluaciones y/o mínimas comodidades en la atención por la falta de equipamiento (por ejemplo, batas y mesas de examen demasiado pequeñas para ser funcionales).^{78,82-84} Es importante destacar que, en contra de la creencia habitual y como se ha señalado en las secciones anteriores, el sesgo, el estigma y la discriminación por peso no favorecen un cambio positivo de comportamiento en lo que respecta a los problemas de salud física y mental, sino todo lo contrario.

¿CÓMO REDUCIR EL SESGO, ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR PESO EN LOS SERVICIOS QUE PRESTAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?

Algunas organizaciones internacionales como la [Academia Americana de Pediatría](#) y la [Sociedad Británica de Psicología \(British Psychological Association, 2019\)](#) han publicado recomendaciones para que los profesionales de la salud reduzcan el estigma por peso en la práctica clínica. Obesity Canada también está trabajando, junto a múltiples asociaciones canadienses de profesionales de la salud, para reconocer que el sesgo, el estigma y la discriminación por peso deben ser abordados seriamente.

La clave para reducir el sesgo, estigma y la discriminación por peso en los sistemas de atención de salud está dada en primer lugar por hacer que los profesionales sean conscientes de sus propias actitudes y comportamientos hacia las personas que viven con obesidad. Como se señaló anteriormente, los profesionales de la salud que brindan apoyo para el manejo de la obesidad deben reconocer que el sesgo de peso es frecuente entre el personal de salud y que ellos mismos no son inmunes a él. Deben estar dispuestos a reflexionar sobre cómo el sesgo de peso afecta sus propias actitudes y comportamientos hacia las personas que tienen cuerpos grandes. Esto puede lograrse completando un cuestionario de autoevaluación como el [Test de Asociación Implícita para el sesgo de peso](#).⁸⁵

Dado que el sesgo de peso se establece tempranamente, generalmente antes de que los profesionales de la salud inicien su formación profesional, existe la necesidad de una educación sistemática sobre el estigma por peso en todos los programas de formación, tanto en pregrado como postgrado. Por lo tanto, todas las carreras del área de la salud deben incluir en sus planes de estudio un entrenamiento de sensibilización sobre el sesgo y estigma de peso.

Debido a que el sesgo de peso internalizado puede tener impactos negativos en los resultados relacionados con la salud, también es importante que el personal de salud evalúen a sus pacientes para detectar si este sesgo internalizado. Esto puede lograrse de manera empática a través de preguntas, como por ejemplo, “¿Puedes compartir conmigo si tu peso afecta tu percepción de ti mismo y cómo?”.⁸⁶

Las estrategias de afrontamiento para abordar el sesgo de peso internalizado deben incorporarse en las intervenciones conductuales, de acuerdo con los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Véase el capítulo [Intervenciones psicológicas y conductuales eficaces en el tratamiento de la obesidad](#) para obtener más información sobre estas terapias).

Las revisiones de las intervenciones para reducir el sesgo de peso han demostrado que un enfoque aislado no es suficiente para reducir el sesgo sobre el peso entre el personal de salud.^{1,66,87} Estas revisiones resaltan la importancia de ir más allá de la concientización y la entrega de información para aumentar las habilidades y competencias en el personal de salud y abogar por el cambio de las normas sociales y los ideales sobre el peso corporal (estereotipos de belleza y salud).

Una revisión sistemática de 17 intervenciones para reducir el sesgo de peso entre estudiantes y profesionales de carreras del área de la salud identificó cuatro componentes clave para ayudar a reducir el sesgo de peso:

1. Dar a conocer y socializar información sobre las causas no controlables y no modificables de la obesidad (es decir, genética, biología, medio ambiente, influencias socioculturales y determinantes sociales de la salud).
2. Propiciar un contacto positivo con las personas que viven con obesidad para suscitar empatía (es decir, incluir la opinión del usuario).
3. Incluir a expertos en obesidad empáticos como profesionales de la salud que capaciten a sus pares.
4. Exposición repetida y a largo plazo con personas que viven con obesidad.⁸⁷

Las estrategias prometedoras para reducir el sesgo y estigma por peso en el entorno de la atención médica incluyen:

1. Mejorar la actitud del profesional con los pacientes y/o reducir la probabilidad de que las actitudes negativas influyan en el comportamiento del servicio de salud.
2. Modificar el ambiente de atención y los procedimientos de la atención clínica para crear un entorno en el que los usuarios se sientan aceptados y menos amenazados.⁸⁸
3. Empoderar a las personas para hacer frente a situaciones estigmatizantes y lograr una atención médica de alta calidad.⁸⁸

LINEAMIENTOS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

La evidencia sobre las consecuencias negativas, tanto físicas, psicológicas como sociales provocadas por el sesgo de peso señaladas en este capítulo son contundentes. Se sugiere considerar el sesgo de peso internalizado al diseñar estrategias de reducción del prejuicio en relación al peso en la atención médica. Por ejemplo, las personas con un mayor sesgo de peso internalizado informan menos pérdida de peso, niveles más bajos de actividad física, mayor ingesta calórica, mayor frecuencia de trastornos de conducta alimentaria³³ e incluso un mayor riesgo cardiometabólico.⁸⁹ Por lo tanto, es necesario realizar más investigaciones para comprender, evaluar y reducir de manera más eficaz el sesgo de peso internalizado.⁴⁶

Probablemente las intervenciones para el cambio de conducta pueden no maximizar sus beneficios potenciales al ignorar el sesgo de peso internalizado. Se recomienda al personal de salud que utilice estrategias para disminuir el sesgo de peso internalizado dentro del abordaje integral de la obesidad. Por ejemplo: el uso de la autocompasión como un recurso;¹⁵ el promover la empatía y el abordaje de las creencias erróneas que atribuyen la responsabilidad a la persona el control de su peso, sin considerar los factores no controlables, como los genéticos, los determinantes sociales, y otros como las atribuciones de controlabilidad¹ y uso cuidadoso y considerado del lenguaje.¹⁴

Por último, se necesita más investigación para comprender el impacto del sesgo de peso, el estigma y la discriminación en la atención de las personas con obesidad, la cual debería incluir además de muestras clínicas, personas que pertenezcan a la población general, de tal forma de replicar los resultados en poblaciones más generalizables. También es necesario desarrollar y probar intervenciones novedosas que reduzcan el sesgo de peso, así como el impacto en el comportamiento de los estudiantes y profesionales de la salud, y miembros del personal administrativo y toda la red involucrada en el entorno sanitario.

Más información: info@ifsochile.cl



Referencias

1. Lee M, Ata RN, Brannick MT. Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: A meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image*. 2014;11(3). doi:10.1016/j.bodyim.2014.03.003
2. Puhl R, Luedicke J, Lee Peterson J. Public reactions to obesity-related health campaigns: A randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2013;45(1). doi:10.1016/j.amepre.2013.02.010
3. Shentow-Bewsh R, Keating L, Mills JS. Effects of anti-obesity messages on women's body image and eating behaviour. *Eat Behav*. 2016;20. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.11.012
4. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*. 2008;16(5). doi:10.1038/oby.2008.35
5. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Fighting obesity or obese persons Public perceptions of obesity-related health messages. *Int J Obes*. 2013;37(6). doi:10.1038/ijo.2012.156
6. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103(5). doi:10.2105/AJPH.2012.301069
7. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: Prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes*. 2008;32(6). doi:10.1038/ijo.2008.22
8. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*. 2009;17(5). doi:10.1038/oby.2008.636
9. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20. doi:10.1017/S1463423619000227
10. Sutin AR, Terracciano A. Perceived Weight Discrimination and Obesity. *PLoS One*. 2013;8(7). doi:10.1371/journal.pone.0070048
11. Himmelstein MS, Incollingo Belsky AC, Janet Tomiyama A. The weight of stigma: Cortisol reactivity to manipulated weight stigma. *Obesity*. 2015;23(2). doi:10.1002/oby.20959
12. Farhangi MA, Emam-Alizadeh M, Hamed F, Jahangiry L. Weight self-stigma and its association with quality of life and psychological distress among overweight and obese women. *Eating and Weight Disorders*. 2017;22(3). doi:10.1007/s40519-016-0288-2
13. Pearl RL, Puhl RM. The distinct effects of internalizing weight bias: An experimental study. *Body Image*. 2016;17. doi:10.1016/j.bodyim.2016.02.002
14. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes*. 2013;37(4). doi:10.1038/ijo.2012.110
15. Hilbert A, Braehler E, Haeuser W, Zenger M. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity*. 2014;22(1). doi:10.1002/oby.20561
16. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Weight bias internalization, depression, and self-Reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*. 2014;22(5). doi:10.1002/oby.20617
17. Carels RA, Young KM, Wott CB, et al. Internalized weight stigma and its ideological correlates among weight loss treatment seeking adults. *Eating and Weight Disorders*. 2009;14(2-3). doi:10.1007/BF03327805
18. Westermann S, Rief W, Euteneuer F, Kohlmann S. Social exclusion and shame in obesity. *Eat Behav*. 2015;17. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.01.001
19. Hilbert A, Braehler E, Schmidt R, Lowe B, Hauser W, Zenger M. Self-Compassion as a Resource in the Self-Stigma Process of Overweight and Obese Individuals. *Obes Facts*. 2015;8(5). doi:10.1159/000438681
20. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychology*. 2018;37(2). doi:10.1037/hea0000575
21. Zhu X, Smith RA, Buteau E. A Meta-Analysis of Weight Stigma and Health Behaviors. *Stigma Health*. 2022;7(1). doi:10.1037/sah0000352
22. Olson CL, Schumaker HD, Yawn BP. Overweight Women Delay Medical Care. *Arch Fam Med*. 1994;3(10). doi:10.1001/archfami.3.10.888
23. Kirk SFL, Price SL, Penney TL, et al. Blame, shame, and lack of support: A multilevel study on obesity management. *Qual Health Res*. 2014;24(6). doi:10.1177/1049732314529667
24. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol*. 2020;75(2). doi:10.1037/amp0000538
25. Puhl RM, Lessard LM, Pearl RL, Himmelstein MS, Foster GD. International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *Int J Obes*. 2021;45(9). doi:10.1038/s41366-021-00860-z
26. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. *Obesity*. 2018;26(1). doi:10.1002/oby.22029
27. Mensinger JL, Calogero RM, Tylka TL. Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. *Appetite*. 2016;102. doi:10.1016/j.appet.2016.01.033
28. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*. 2007;15(1). doi:10.1038/oby.2007.521
29. Schmalz DL, Colistra CM. Obesity stigma as a barrier to healthy eating behavior. *Top Clin Nutr*. 2016;31(1). doi:10.1097/TIN.000000000000060
30. Almeida L, Savoy S, Boxer P. The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *J Clin Psychol*. 2011;67(3). doi:10.1002/jclp.20749
31. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity*. 2011;19(10). doi:10.1038/oby.2011.204
32. Pearl RL, Dovidio JF, Puhl RM, Brownell KD. Exposure to Weight-Stigmatizing Media: Effects on Exercise Intentions, Motivation, and Behavior. *J Health Commun*. 2015;20(9). doi:10.1080/10810730.2015.1018601
33. Nolan LJ, Eshleman A. Paved with good intentions: Paradoxical eating responses to weight stigma. *Appetite*. 2016;102. doi:10.1016/j.appet.2016.01.027
34. Vartanian LR, Novak SA. Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity*. 2011;19(4). doi:10.1038/oby.2010.234
35. Pearl RL. Weight Bias and Stigma: Public Health Implications and Structural Solutions. *Soc Issues Policy Rev*. 2018;12(1):146-182. doi:10.1111/SIPR.12043
36. Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav*. 2008;9(2). doi:10.1016/j.eatbeh.2007.09.006
37. Pearl RL, Puhl RM, Dovidio JF. Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *J Health Psychol*. 2015;20(12). doi:10.1177/1359105313520338
38. Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: A preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol*. 2008;13(1). doi:10.1177/1359105307084318
39. Puhl RM, Latner JD, O'Brien KS, Luedicke J, Danielsdottir S, Salas XR. Potential Policies and Laws to Prohibit Weight Discrimination: Public Views from 4 Countries. *Milbank Quarterly*. 2015;93(4). doi:10.1111/1468-0009.12162
40. Cuevas A, Alonso R, Contreras Á, et al. Resultados de la encuesta ACTION-IO en pacientes con obesidad y profesionales de la salud chilenos. *Rev Med Chil*. 2021;149(2):217-228. doi:10.4067/S0034-98872021000200217
41. Drury CAA, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *J Am Acad Nurse Pract*. 2002;14(12). doi:10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x
42. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ Couns*. 2014;97(1). doi:10.1016/j.pec.2014.06.019
43. Gudzone KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity*. 2013;21(10). doi:10.1002/oby.20384
44. Aldrich T, Hackley B. The Impact of Obesity on Gynecologic Cancer Screening: An Integrative Literature Review. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(4). doi:10.1016/j.jmwh.2009.10.001

45. Russell N, Carryer J. Living large: The experiences of large-bodied women when accessing general practice services. *J Prim Health Care*. 2013;5(3). doi:10.1071/hc13199
46. Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One*. 2021;16(6 June). doi:10.1371/journal.pone.0251566
47. Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Reviews*. 2016;17(1). doi:10.1111/obr.12343
48. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res*. 2008;23(2). doi:10.1093/her/cym052
49. Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune? *Int J Obes*. 2001;25(10). doi:10.1038/sj.ijo.0801745
50. Cameron EM. Challenging "Size Matters" Messages: An Exploration of the Experiences of Critical Obesity Scholars in Higher Education. *Canadian Journal of Higher Education*. 2016;46(2):111-126. doi:10.47678/CJHE.V46I2.186030
51. Rudolph CW, Wells CL, Weller MD, Baltes BB. A meta-analysis of empirical studies of weight-based bias in the workplace. *J Vocat Behav*. 2009;74(1). doi:10.1016/j.jvb.2008.09.008
52. Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and internalized weight stigma: A formulation model for an emerging psychological problem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2015;43(2). doi:10.1017/S1352465813000763
53. S. P. L. B. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: A systematic literature review. *Obesity*. 2015;23(9).
54. Janet Tomiyama A, Epel ES, McClatchey TM, et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. *Health Psychology*. 2014;33(8). doi:10.1037/hea0000107
55. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(5). doi:10.1111/jan.13511
56. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci*. 2015;26(11). doi:10.1177/0956797615601103
57. Gómez-Pérez D, Cancino M, Moreno Pl, Ortiz MS. Weight Stigma, Chronic Stress, Unhealthy Diet, and Obesity in Chilean Adults. *Int J Behav Med*. 2021;28(3). doi:10.1007/s12529-020-09917-1
58. Taylor VH, Forhan M, Vigod SN, McIntyre RS, Morrison KM. The impact of obesity on quality of life. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(2). doi:10.1016/j.beem.2013.04.004
59. Rand K, Vallis M, Aston M, et al. "It is not the diet; it is the mental part we need help with." A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2017;12(1). doi:10.1080/17482631.2017.1306421
60. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. Weight stigmatization and ideological. Beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res*. 2005;13(5). doi:10.1038/oby.2005.105
61. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity*. 2009;17(11). doi:10.1038/oby.2009.131
62. Robinson E, Sutin A, Daly M. Perceived weight discrimination mediates the prospective relation between obesity and depressive symptoms in U.S. and U.K. adults. *Health Psychology*. 2017;36(2). doi:10.1037/hea0000426
63. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. *Obesity*. 2015;23(5). doi:10.1002/oby.21052
64. Sikorski C, Luppá M, Luck T, Riedel-Heller SG. Weight stigma "gets under the skin" - Evidence for an adapted psychological mediation framework - A systematic review. *Obesity*. 2015;23(2). doi:10.1002/oby.20952
65. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Overvaluation of shape and weight as a mediator between self-esteem and weight bias internalization among patients with binge eating disorder. *Eat Behav*. 2014;15(2). doi:10.1016/j.eatbeh.2014.03.005
66. Daniëlsdóttir S, O'Brien KS, Ciao A. Anti-fat prejudice reduction: A review of published studies. *Obes Facts*. 2010;3(1). doi:10.1159/000277067
67. Boyd MA. Living With Overweight. *Perspect Psychiatr Care*. 1989;25(3-4):48-52. doi:10.1111/J.1744-6163.1989.TB01218.X
68. SL G, A M, JM P, AM S, WH D. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med*. 1993;329(14):207. doi:10.1056/NEJM199309303291406
69. Ramos Salas X, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine K. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Canadian Journal of Public Health*. 2017;108(5-6). doi:10.17269/cjph.108.6044
70. Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. Stigma, status, and population health. *Soc Sci Med*. 2014;103. doi:10.1016/j.socscimed.2013.10.004
71. Thompson L, Kumar A. Responses to health promotion campaigns: Resistance, denial and othering. *Crit Public Health*. 2011;21(1). doi:10.1080/09581591003797129
72. Fry CL. Critical questions we should ask in a changing Australian preventative health landscape: Competing interests, intervention limits and permissible health identities. *Health Promotion Journal of Australia*. 2010;21(3). doi:10.1071/he10170
73. Alberga AS, McLaren L, Russell-Mayhew S, Von Ranson KM. Canadian Senate Report on Obesity: Focusing on Individual Behaviours versus Social Determinants of Health May Promote Weight Stigma. *J Obes*. 2018;2018. doi:10.1155/2018/8645694
74. O'Brien KS, Puhl RM, Latner JD, Mir AS, Hunter JA. Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: A randomized trial. *Obesity*. 2010;18(11). doi:10.1038/oby.2010.79
75. Mensinger JL, Tylka TL, Calamari ME. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*. 2018;25. doi:10.1016/j.bodyim.2018.03.001
76. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: Physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes*. 2001;25(8). doi:10.1038/sj.ijo.0801681
77. Bertakis KD, Azari R. The impact of obesity on primary care visits. *Obes Res*. 2005;13(9). doi:10.1038/oby.2005.198
78. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes*. 2006;30(1). doi:10.1038/sj.ijo.0803105
79. Hansson LM, Rasmussen F. Association between perceived health care stigmatization and BMI change. *Obes Facts*. 2014;7(3). doi:10.1159/000363557
80. Gudzone KA, Bleich SN, Richards TM, Weiner JP, Hodges K, Clark JM. Doctor shopping by overweight and obese patients is associated with increased healthcare utilization. *Obesity*. 2013;21(7). doi:10.1002/oby.20189
81. Forhan M, Risdon C, Solomon P. Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. *Prim Health Care Res Dev*. 2013;14(4). doi:10.1017/S1463423612000643
82. Pryor W. The health care disadvantages of being obese. *N S W Public Health Bull*. 2002;13(7). doi:10.1071/nb02066
83. J. K. D. G. A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obes Surg*. 2002;12(1).
84. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. *J Adv Nurs*. 2008;64(2). doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x
85. Project Implicit. Accessed August 5, 2022. <https://implicit.harvard.edu/implicit/>
86. The British Psychological Society. Psychological perspectives on obesity: Addressing policy, practice and research priorities. Published online September 2019.
87. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clin Obes*. 2016;6(3). doi:10.1111/cob.12147
88. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*. 2015;16(4). doi:10.1111/obr.12266
89. Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, et al. Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity*. 2017;25(2). doi:10.1002/oby.21716
90. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, et al. GRADE Evidence to Decision (ETD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol*. 2017;81:101-110. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.09.009/ATTACHMENT/D8C1C473-FCEB-4D1D-A258-ED7F592CF998/MMC2.PDF

El capítulo de **Prácticas y políticas para reducir los sesgos sobre el peso en el manejo de la obesidad** está adaptado de las Guías Canadienses de Práctica Clínica de Obesidad en Adultos (las "Guías") que Obesity Canada posee y de quienes tenemos una licencia. La **Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica** adaptó las Guías teniendo en cuenta cualquier contexto relevante para a Chile utilizando un proceso de GRADE-ADOLOPMENT.⁵⁰

La **Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica** reconoce que Obesity Canada y los autores de las Guías no han revisado el capítulo de **Prácticas y políticas para reducir los sesgos sobre el peso en el manejo de la obesidad** y no asumen ninguna responsabilidad por los cambios realizados en dichas Guías, sobre cómo se presentan o difunden las Guías adaptadas. Como Obesity Canada y los autores de las Guías originales no han revisado el capítulo de **Prácticas y políticas para reducir los sesgos sobre el peso en el manejo de la obesidad**, dichas partes, de acuerdo con su política, renuncian a cualquier asociación con dichos Materiales adaptados. Las Guías originales pueden consultarse en inglés en: www.obesitycanada.ca/guidelines.