

Sesgo de peso en profesionales de la salud mental: Alzando la voz de usuarias de servicios de salud mental

Weight bias among mental health professionals: Raising the voices of users of mental health. Services

PhD. Ana Maria Gallardo Zanetta

Académica Escuela de Psicología Universidad Gabriela Mistral.

Investigadora colaboradora en Millennium Institute for Research on Depression and Personality (MIDAP)

(Rec: marzo de 2023- Acept: noviembre de 2023)

Resumen

El sesgo de peso se refiere a la inclinación a realizar juicios no razonables en base al peso de la persona. Cuando dicho sesgo es fuente de exclusión, rechazo social y discriminación sistemática y estructural, se convierte en un estigma por tamaño corporal. Los profesionales de salud también replican sesgos de peso en la consulta, con implicancias importantes para quien se atiende en los servicios de salud. Objetivo: Analizar las experiencias de sesgo de peso en usuarias de servicios de salud mental y su impacto, tanto en ellas, como en la alianza terapéutica con su terapeuta tratante (psicólogos/as y/o psiquiatras). Método: Se trató de un estudio cualitativo, no experimental, transversal mediante entrevistas. Participantes: Se entrevistó a 25 mujeres que reportaron haber percibido sesgo de peso en terapia de salud mental. Resultados: Se analizó cómo el sesgo de peso afecta en la alianza terapéutica en sus tres componentes, así como impacta en las usuarias de terapias de salud mental. Conclusiones: El sesgo de peso se presenta en la consulta de salud mental. Es importante visibilizar esto con el objetivo de que el espacio terapéutico no se transforme en un nuevo espacio de opresión.

Palabras claves: sesgo de peso, estigma de peso, salud mental, profesionales salud mental

Abstract

Weight bias refers to the inclination to make unreasonable judgments based on a person's weight. When this bias is a source of systematic and structural discrimination, exclusion, and social rejection, it becomes a stigma based on body size. Health professionals also replicate weight biases in health services, with important implications for users.

Aim: To analyse the weight bias experiences among mental health service users and its impact on them and the therapeutic alliance with their treating therapist (psychologists and psychiatrists).

Method: This was a qualitative, non-experimental, cross-sectional study using interviews. Participants: Twenty-five (25) women who reported perceiving weight bias in mental health therapy were interviewed.

Results: Three components of the therapeutic alliance were analysed, as well as how weight bias affected mental health users.

Conclusions: Weight bias occurs in mental health services, and it is essential to make this visible to prevent oppression in the therapeutic space.

Keywords: weight bias, weight stigma, mental health, mental health professional

Introducción

El sesgo de peso (weight bias) se refiere a la inclinación a realizar juicios no razonables en base al peso de la persona (Washington, 2011) como, por ejemplo, asumir que todas las personas de cuerpo grande son sedentarias o perezosas (Pearl y Puhl, 2018).

El sesgo de peso conduce al estigma de peso cuando el tamaño corporal es fuente de discriminación, exclusión y rechazo social, que se replica de forma sistemática y estructural (Bastos, 2019).

En el campo de la psicología, un concepto similar es el de gordofobia (Gallardo, 2021). Dicho concepto ha sido utilizado para describir el miedo a la gordura (Robinson, Bacon y O'Reilly, 1993), así como también las actitudes, estereotipos sociales negativos y prejuicios hacia las personas con sobrepeso (Harris, Waschull y Walters, 1990; Robinson et al, 1993), actos de violencia física, verbal, moral, psíquica (Noronha y Deufel, 2014) y las barreras sociales, como es la discriminación en espacios laborales (De Domingo y Guzmán, 2014).

El estigma de peso y la gordofobia deben comprenderse desde una mirada interseccional, es decir, comprender que es un tipo de discriminación que se cruza con otras variables que son fuentes de exclusión, tal como el género, raza y clase social, entre otras (Gallardo, 2021).

Respecto de la variable género, algunos estudios señalan que el estigma de peso es más fuerte hacia las mujeres que hacia los hombres (Sattler, Deane, Tapsell y Kelly, 2018). Por ejemplo, Fikkan y Rothblum (2012) muestran que este tipo de exclusión incluso podría ser la causa que mujeres de cuerpos más grandes tengan acceso a empleos peor remunerados que mujeres de un IMC (Índice de Masa Corporal) más bajo. La presión que se pone a las mujeres podría deberse a los valores culturales asociados a la delgadez, belleza y estereotipos de género (Gallardo, 2021; Plá, Adam y Bernabeu, 2013), teniendo un impacto importante en el acceso a posibilidades para las mujeres.

En general, el estigma de peso tiene consecuencias importantes en la vida de las personas, derivadas de las experiencias sociales de discriminación y exclusión (Magallares, 2014; Plá et al., 2013; Rubino et al., 2020). Por ejemplo, el estigma de peso está asociado a insatisfacción corporal, desórdenes alimentarios y evitación de actividades físicas relacionados con una disminución en la percepción de autoeficacia en torno a estilos de vida saludables (Friedman et al, 2008; Himmelstein et al, 2017; Jackson, 2016).

Recientemente, también se está estudiando el vínculo entre la experiencia de vivir estigma de peso y experimentar pensamientos y riesgo suicida (Daly, Robinson y Sutin, 2020; Douglas, Kwan y Gordon, 2021). Si bien algunas teorías antiguas señalan que la fuente de este riesgo se debía al impacto del peso (IMC) en la salud mental, teorías más actuales indican que el problema no sería el peso, sino que sería producto del impacto de los tratos discriminatorios recibidos y la percepción de sentirse como una carga para el resto (Hunger, Dodd, y Smith, 2020).

De acuerdo a Sutin, Stephan y Terracciano (2015), personas que sufren de este tipo de discriminación pueden aumentar hasta un 60% el riesgo de mortalidad controlando

posibles consecuencias debido al peso. Una posible explicación, es que a menudo el estigma proviene de los vínculos afectivos más cercanos, lo que podría aumentar el riesgo asociado a conductas y emociones problemáticas.

Más aún, actualmente se describe que percibir estigma de peso es una fuente de estrés crónico, siendo un importante determinante social de salud (Brochu, Pearl y Simontacchi, 2018; Emmer, Bosnjak y Mata, 2020; Rubino et al., 2020).

Por otra parte, cuando las personas viven en contexto de discriminación y estigma, suelen internalizar estos estereotipos negativos y culpase a sí mismos de su situación, generando un impacto negativo en su bienestar (Curl y Brown, 2020; Gallardo y Franco, 2020; OAC, 2018). En esta línea, Pearl y Puhl (2018) señalan que el estigma de peso internalizado está asociado a sintomatología como la depresión, ansiedad, baja autoestima, mala imagen corporal, conducta alimentaria alterada, desregulación emocional, estrés y riesgo cardiometabólico. Dichos autores indican que alrededor del 50% de las personas con cuerpos grandes viven con altos niveles de estigma internalizado.

Estigma de peso y profesionales de la salud

A pesar de las consecuencias que tiene el estigma de peso en la salud de las personas, la consulta no está exenta de este tipo de discriminación. Es más, estudios de autorreporte plantean que profesionales de la salud muestran actitudes negativas, prejuicios, discriminación y discursos hostiles hacia pacientes de cuerpo grande (Friedman et al, 2008; Puhl y Latner, 2007; Thuan y Avignon, 2005), e incluso, una peor calidad en su atención médica (Washington, 2011). Esto podría ocurrir dado que los discursos biomédicos que asocian el peso a estilos de vida poco saludables han colaborado al sesgo epistemológico de que la persona gorda es física y moralmente enferma, perezosa y poco rigurosa (Christiansen, 2018).

Cuando dicho estigma es percibido en profesionales de la salud, las personas tienden a percibir más estrés en la consulta médica, evitar el tratamiento, desconfiar del equipo médico y disminuir la adherencia en sus tratamientos (Phelan, Burgess, Yaezel, Hellerstedt, Griffin y Van Ryn, 2015). Sin embargo, poco se ha estudiado cuando el estigma de peso proviene de profesionales de la salud mental, su impacto en la adherencia a la terapia, en la alianza terapéutica y en general, en la vida de las personas.

Al igual que en otras profesiones ligadas a la salud, los profesionales de la salud mental no están inmune al sesgo de peso (Puhl, Latner, King, Luedicke, 2014; Puhl y Brownell, 2003). En este sentido, es importante destacar que cada terapeuta carga con su propia historia. Así mismo, terapeutas también son portavoces de una cultura, y también de los estereotipos que conforman sus estructuras conceptuales (Ceberio, Moreno y Des Champ, 2000).

Uno de los primeros estudios llevados a cabo en este campo consistió en mostrar imágenes de una mujer caucásica a profesionales de la salud mental. Dicha imagen fue alterada para mostrar la imagen de la mujer en distintas tallas. En dicho experimento, profesionales de la salud mental tendían a asumir que la mujer de talla grande (sobrepeso y obesidad) presentaba más síntomas psicológicos que aquellas mujeres sin sobrepeso (Young y Powell, 1985).

Un estudio realizado por Puhl y colegas (2014) que incluyó a profesionales de la salud mental especialistas en trastornos de la conducta alimentaria, concluyó que dichos profesionales tienen un nivel similar de estigma de peso en relación a otros profesionales de la salud. Del mismo modo, dicho estudio señala que aquellos profesionales con un mayor estigma de peso tienden a atribuir el peso a causas conductuales, y a expresar mayor negatividad y frustración.

De este modo, Quirk (2017) señala que alguna de las formas que puede tomar el sesgo de peso en salud mental consisten en: 1) Asumir que todos los pacientes de peso alto tienen patrones de alimentación alterados, 2) que el peso de los pacientes es fuente de problema o 3) que el peso es una expresión de desajustes psicológicos.

Otra forma de estigma de peso en profesionales de la salud mental consiste en invisibilizar su malestar emocional debido a su peso. Un ejemplo de esto se evidencia en el artículo publicado por Harrop (2019, p.9) quien explica que profesionales de la salud mental estarían poco dispuestos a cuestionar problemas de insatisfacción corporal cuando una mujer tiene un cuerpo grande.

Ciertamente, el estudio del sesgo de peso en profesionales de la salud mental es de suma relevancia, ya que dichos sesgos podrían influenciar negativamente la percepción que tiene él/la terapeuta acerca de su paciente (Quirk, 2017). Sin embargo, una revisión sistemática y metaanálisis llevado a cabo por Lawrence y colegas (2021) muestran que la investigación llevada a cabo en profesionales de la salud mental es escasa o más bien nula en comparación a la evidencia que existe actualmente en relación al estigma de peso en profesionales de la salud física.

De acuerdo con Davis-Coelho, Waltz y Davis-Coelho (2000), los profesionales de la salud mental de menor edad o menos experiencia terapéutica podrían presentar más sesgos de peso que profesionales de más edad. Los autores señalan que esto se puede deber a que los terapeutas noveles podrían estar más sujetos a su propia gordofobia internalizada o a que los terapeutas de mayor edad han ganado más peso a lo largo de su vida, por lo que tiende a ser un tema más normativo. Así mismo, señalan que los terapeutas con más experiencia estarían menos influenciados a características superficiales de los clientes.

La presente investigación tiene como objetivo, identificar los sesgos de peso en la atención de profesionales de la salud mental. Para cumplir dicho objetivo, se entrevista a usuarias de salud mental, quienes relatan su experiencia al haber recibido comentarios y/o sugerencias terapéuticas con sesgo de peso.

Se espera que estos resultados puedan ser un insumo para la formación de profesionales de la salud mental, así como material para revisar en supervisiones clínicas. Tal como señala Davis-Coelho y colegas (2000, p. 684) *“el campo de la psicología puede reforzar la opresión a ciertos miembros de la sociedad, o puede servir para combatir dicha opresión”*.

Alianza terapéutica

En la presente investigación, se tuvo la alianza terapéutica como foco. En este sentido, Bordin (1976) define la alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta, definiendo 3 componentes principales: (a) Acuerdo en las tareas: Aquellas acciones pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico y que son relevantes para

la mejoría; (b) Acuerdo en los objetivos: Acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia; (c) Vínculo positivo: Compartir mutuamente confianza y aceptación.

Estudios en el campo de la psicoterapia relacionados con la alianza terapéutica señalan que este es un robusto predictor de resultados, mientras que una alianza débil se correlaciona con una potencial finalización unilateral de los tratamientos por parte del paciente (Salgado, 2016).

Objetivo General

Analizar las experiencias de sesgo de peso en usuarias de servicios de salud mental y su impacto tanto en las usuarias, como en la alianza terapéutica con tu terapeuta tratante (psicólogos/as y/o psiquiatras).

Objetivo Específicos

1. Analizar experiencias de sesgo de peso en usuarias de servicios de salud mental.
2. Analizar el impacto que tiene el sesgo de peso de los terapeutas tratantes en las usuarias.
3. Analizar el impacto que tiene el sesgo de peso de los terapeutas tratantes en la alianza terapéutica.

Método

Se llevó a cabo un estudio con un diseño cualitativo y transversal. Para esto, se realizó entrevistas cualitativas, las que se analizaron mediante la teoría fundamentada, la cual se define como una teoría basada en la recolección de datos y análisis sistemático de datos empíricos (Glaser y Strauss, 1967). El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa computacional ATLAS.ti versión 9.1.

Participantes

Las participantes fueron 25 mujeres adultas que contestaron una invitación a través de redes sociales. 22 mujeres eran chilenas, 2 mujeres mexicanas y 1 mujer colombiana. La edad promedio de las mujeres fue de 31,8 años, todas con distintos niveles educativos y/o profesiones. El requisito de participación fue haber asistido a terapia con psiquiatra o psicólogo/a, sin considerar el sistema de salud al que accedieron (público o privado).

No existió un criterio de inclusión en cuanto a diagnóstico de salud mental para participar, pero dichos antecedentes fueron solicitados durante la entrevista, y se pueden observar en la tabla 1.

Procedimiento

Se publicó una invitación a través de redes sociales. Se informó los objetivos de la investigación a las participantes, y se les preguntó si estaban dispuestas a participar a través de una entrevista por Zoom. Previo a la cita, se les envió un consentimiento informado donde se volvió a explicar los objetivos de la investigación, la metodología y el almacenamiento de los datos. Así mismo, se leyó el consentimiento antes de iniciar la entrevista para asegurar que la participante conociera las condiciones del estudio.

La entrevista se inició consultando si las entrevistadas conocían el concepto de sesgo de peso, y qué entendían ellas por este concepto. De este modo, se aseguró que todas las

participantes estuviesen en conocimiento de qué se trataría la investigación. En caso de que no supieran o la pregunta fuese incompleta, se les leyó una definición para asegurar que la participante estuviese en conocimiento de lo que se trataría la investigación.

El anonimato de la paciente se aseguró grabando el audio de la entrevista en un dispositivo aparte (celular, Tablet), sin grabar en ningún momento el rostro de la participante. Dicho material fue transcrito, omitiendo el nombre de la paciente y del/la terapeuta tratante, así como también fue omitido el nombre de la institución, clínica u hospital mencionado.

Tabla 1*Identificación de las participantes*

Participante	Edad (años)	Nivel educativo	Motivo de consulta	Tratante	Sexo profesional tratante
CA	46	EU	TAB	Psic	H
CB	30	EU	TCA (adolescencia); TA y Dep	Psic	H
CC	32	EU	AE	Psi	H
JD	25	ET	T. del ánimo no especificado	Psic	H
YE	26	EU	TCA	Psi	M
PF	34	EU	Crisis vital	Psic	M
MG	29	ET	Baja de peso y t. del ánimo	Psic	M
VH	44	EU	Dep	Psic	H
VI	36	EUNC	Consulta sobrepeso desde la infancia	Psic	M
VJ	32	EU	Consulta por burnout laboral TEPT	Psi	H
CK	26	EU	Dep y autocortes	Psi	M
LL	42	EU	AE y relación de pareja compleja	Psi	M
NM	20	EU	Sintomatología Dep	Psi	M
PN	21	EU	Problemas de pareja	Psi	M
VO	26	EU	Dep y dolores crónicos	Psic	H
PQ	39	EU	TCA (Bulimia)	Psic	M
VR	31	EU	Crisis de pánico. Problemas de pareja	Psi	M
CS	33	EU	Dep y TCA (trastorno por atracón)	Psi	H
CT	33	EU	Duelo y TA	Psi	H
NC	39	EU	TA	Psi	2 H y 1 M
VV	26	ET	TEA y, TCA (T. Atracón)	Psi	M
MW	29	EU	Dep y IS	Psi	M
JM	29	EU	Dep y IS	Psic	H
PX	38	EU	DPP y TA	Psic	M
DY	29	EUNC	TAB y TEA. Antecedentes TCA.	Psi	M

*EUF= Estudios Universitarios en Formación EU= Estudios Universitarios; EUNC= Estudios Universitarios No Completados; ET= Estudios Técnicos; Psi= Psicóloga; Psic= Psiquiatra; H= Hombre; M= Mujer; TAB= Trastorno del Ánimo Bipolar; Dep= Depresión; IS= Ideación Suicida DPP= Depresión Post Parto; TCA= Trastorno de la Conducta Alimentaria; TEA= Trastorno del Espectro Autista; TA= Trastorno Ansioso; AE= Autoestima

Resultados

A continuación, se realizará un análisis de los relatos obtenidos de las usuarias de servicios de salud mental, incluyendo una viñeta para graficar el tipo de respuesta.

Objetivo 1: Analizar experiencias de sesgo de peso en usuarias de servicios de salud mental.

Para analizar los relatos del primer objetivo, se consideraron todas las menciones y relatos relacionadas con experiencias de sesgo de peso observados por parte de las usuarias en sus terapeutas (psicólogos y psiquiatras) y se organizaron en distintas categorías y códigos (Tabla 2). Para cada categoría, se propuso un nombre de fantasía para ilustrar mejor el contenido del código.

Tabla 2

Códigos y nombres de fantasía asignado a las experiencias de sesgo de peso

Código	Nombre de fantasía	Grounded
La baja de peso como motivo de consulta	<i>"Mi terapeuta determinó que el motivo de consulta era bajar de peso"</i>	28
Bajar de peso para mejorar la salud mental	<i>"Todos tus problemas de salud mental se resuelven bajando de peso"</i>	19
Indicaciones no propias de profesionales de salud mental	<i>"Mi terapeuta me daba consejos para bajar de peso"</i>	12
Responsabilizar a las usuarias por tener sobrepeso	<i>"Tú tienes la culpa/responsabilidad de estar así"</i>	11
Asociación del peso a problemas de salud mental	<i>"Todos tus problemas se deben al sobrepeso"</i>	9
Gordofobia sexista	<i>"Nadie te querrá gorda como estas"</i>	9
Normalización de la gordofobia en terapia	<i>"Mi terapeuta normalizaba la gordofobia"</i>	6
Conflictos no elaborados de la terapeuta	<i>"Me daba cuenta que el problema lo tenía mi terapeuta"</i>	4
Determinar tratamiento farmacológico por el peso	<i>"Mi peso determinaba mi tratamiento"</i>	4
No visibilizar conductas de riesgo	<i>"Me terapeuta no cuestionaba mis conductas de riesgo"</i>	2

A continuación, se incluye viñetas extraídas de las entrevistas, para ilustrar el tipo de respuesta que fue codificada en cada código incluyendo el nombre de fantasía asignado.

La baja de peso como motivo de consulta: *"Mi terapeuta determinó que el motivo de mi consulta era bajar de peso."*

Este código se utilizó para organizar el relato de mujeres que señalaban asistir a psicoterapia o consulta con un psiquiatra con un determinado motivo de consulta. Sin embargo, dicho motivo de consulta no fue considerado por su terapeuta. En cambio, los profesionales de salud mental estimaron que el motivo de consulta era la baja de peso.

"Primero fui a una sesión con un enfermero y me derivó a un CESFAM (Centro de Salud Familiar) por tendencias suicidas. Se demoraron como un mes en derivarme y llegué con esta psicóloga. En verdad no quería ayudarme con mi problema, solo quería que bajara de peso. No sé si ese es el objetivo de los psicólogos del CESFAM (ríe). Además, era la única psicóloga del lugar" (Profesional: Psicóloga /Paciente: Edad: 29 años. MC: Ideación suicida).

"El tema principal de la terapia era problemas de autoestima, problema de límites y el duelo de mi madre el 2006. En ese contexto, uno de los temas era la autoestima, y claro, yo llegaba a la consulta y me decía: "oye subiste

de peso de nuevo, ¿en qué habíamos quedado?" El tema es que yo consideraba que estaba pasada de peso y ella lo exacerbó. Efectivamente, subí de peso. Yo sentí que ella exacerbó el tema. Me pasaba que llegaba, me miraba y me decía: "oye, pero engordaste de nuevo", y yo le decía: "parece". Y me decía que: "no, que había acordado que íbamos a estar mejor" (Profesional: Psicóloga /Paciente: LL Edad: 42 años. MC: Autoestima y relación de pareja).

Bajar de peso para mejorar la salud mental: *"Todos tus problemas se solucionarían bajando de peso"*

Este código incluyó todos los relatos en que la participante explica que su psicoterapeuta o psiquiatra habría señalado que la solución a su malestar emocional era la baja de peso.

"Llegué a terapia psicológica porque tenía sintomatología, pero no iba a psicólogo por los tabúes porque era mal visto. Yo me autolesionaba para soportar el dolor emocional, y dije "sola no puedo". Partí con psicóloga y me dijo que necesitábamos ayuda. Me mandó al psiquiatra en el Servicio de Salud Público. El psiquiatra me dijo "pésate antes y después de venir, porque bajando de peso te vas a sentir bien". Literal, esas eran sus palabras. Jamás me sentí escuchada en lo que yo quería decir" (Profesional: Psicólogo /Paciente: Edad: 26 años. MC: Consulta por sintomatología depresiva y auto-cortes).

"Empezamos a trabajar en eso, pero en la tercera consulta, me comenzó a decir que la vida es una fiesta, que uno se debe arreglar para la fiesta, arreglarse el pelo, ponerse bonito, maquillarse y bajar de peso. Yo porque tenía que bajar de peso, porque me escondía dentro de la grasa para ocultar emociones, pero que era muy importante bajar de peso. Me acuerdo de que un día llegué, fui de vacaciones y a la vuelta llegué con otra ropa distinta, y me dijo: "ay, pero has bajado de peso", como un avance en el tema psicológico, y le dije: "yo estoy pesando lo mismo" (...) Entonces me mandó unos audios para bajar de peso, como hipnosis, y deshacerse del peso. Es como que el peso fuera mi problema, y si bajo de peso entonces toda mi vida emocional se soluciona automáticamente" (Profesional: Psicóloga /Paciente: UN. Edad: 39 años. MC: Trastorno ansioso).

Indicaciones no propias de profesionales de la salud mental:

"Mi terapeuta me daba consejos para bajar de peso"

Este código reúne los relatos en que se señala que profesionales de la salud mental realizaban intervenciones o consejos que no son propios de la formación de un psicólogo/a o psiquiatra. Este código alude principalmente a dar consejos de dietas o sugerir dietas específicas, lo cual se considera como un intrusismo.

"Pero que ahora en retrospectiva encuentro que es pésimo, me daba consejos de dieta. Me decía que debía comer carbohidratos solo una vez al día. Ningún nutri extremo me había dicho que comiera tan pocos carbs" (Profesional: Psicólogo /Paciente: MS. 33 años. MC: T. por atracción).

"Entonces yo le dije, primero deberíamos ver el tema que me lleva a atracones y después el tema de bajar de peso (...) Me dijo que buscara un IG que es muy controversial de ayunos intermitentes (...). Entonces me dijo que siguiera una dieta ayurveda. Yo le dije que no tengo los medios para sostener una dieta así (...). Fueron 45 minutos que me intentó convencer de que tenía que hacer una dieta. Después de eso ya no fui más" (Profesional: Psicóloga. Paciente: MW. 29 años. MC: Depresión).

Responsabilizar a las usuarias por tener sobrepeso: "Tú tienes la culpa/responsabilidad de estar así"

Este código incluyó relatos en los que la participante señalaba que su profesional de la salud la había culpado por su peso sin considerar que el peso es resultado de la interacción de múltiples factores.

"Mi psiquiatra me culpaba de ser bulímica y estar gorda. Que no sacaba nada con ser bulímica si no vas a bajar de peso" (Profesional: Psiquiatra. Paciente: CB 30 años. MC: TCA).

"Tú tienes en tus manos la solución de tus problemas, que el tema del peso estaba en mis manos, que yo tenía que hacer eso... Eso me iba a ayudar a mi autoestima, que así iba a dejar de llorar" (Profesional: Psicóloga. Paciente: PSN, 21 años. MC: Problemas de pareja).

Asociar el peso a problemas de salud mental: "Todos tus problemas se deben al sobrepeso"

Similar a códigos como "bajando de peso se solucionan

tus problemas"; este código incluyó todos aquellos relatos en que los profesionales de la salud explican el origen de los problemas de salud mental al peso de la usuaria.

"Una psiquiatra determinó que mis problemas en la vida eran por ser gorda. Que yo no podía seguir con ese peso, y que al operarme iba a cambiar mi vida. Mi tristeza, retraimiento social y mi rabia con el mundo eran por ser gorda. La gente nunca me ha gustado mucho, prefiero estar sola, y eso no tenía que ver con ser gorda (...), pero ella determinó que sí" (Profesional: Psiquiatra/ Paciente: VI. Edad 36 años. MC: Obesidad en la infancia).

Gordofobia y sexismo: "Nadie te querrá gorda como estás"

Este código fue utilizado para reunir todos los relatos en que el profesional de la salud mental utilizó el cuerpo de la paciente para responsabilizar a la persona por su sufrimiento, o le explicó a la usuaria que su valor como mujer pasaba por su atractivo físico normativo, o justificó infidelidades de las parejas en base a la apariencia física de la consultante.

"Ella me pregunta si he subido de peso (...). Lo que pasa es que nosotras las mujeres cuando tenemos problemas de pareja tendemos a subir de peso, para alejarlo, dejar de ser objeto de deseo, para yo quitarle el deseo al hombre con quien yo no quiero estar, subí de peso" (Profesional: Psicóloga. Paciente: VL 36 años. MC: Crisis de pánico. Problemas de pareja).

"Lo que pasa es que yo estaba con un pololo que me decía que estaba gorda. Lo pasaba tan mal, y mi psicóloga me dijo que tenía que bajar de peso porque a los hombres no les gustan gordas" (Profesional: Psicóloga. Paciente: PSN, 21 años. MC: Problemas de pareja).

Normalización de la gordofobia en terapia: "Mi terapeuta normalizaba la gordofobia"

Este código fue utilizado para incluir todos los relatos en que las usuarias relataban experiencias de gordofobia o estigma de peso en su entorno, y esta era normalizada por los terapeutas. También se incluyó relatos en que la usuaria traía a la terapia los propios sesgos internalizados, pero al exponerlos frente a su terapeuta/psiquiatra, no decía nada al respecto o no confrontaba la idea, generando una confirmación del relato de la usuaria. Así mismo, se incluyó un relato en que la terapeuta emite comentarios gordofóbicos a su paciente.

"Era yo la que decía en terapia que nadie me quería por ser gorda, no era ella la que me hacía ver que no tenía pareja por ser gorda, sino más bien yo se lo hacía ver a ella. Sin embargo, ella tampoco me decía lo contrario... entonces claro, si ella no me dice nada es porque tengo razón que nadie me quiere por gorda" (Profesional: Psicóloga. Paciente: VL 36 años. MC: Crisis de pánico. Problemas de pareja).

"En esa época estaba muy vulnerable, estaba mal. Me cortaba el pelo y me decía: "ese corte de pelo te queda pésimo porque de verdad te ves gorda (...), que me quedaba pésimo el color, te hace ver mayor". Después me decía que cambiara los lentes porque eran anticuados, que se me veía la cara gorda. Muy pegada con la cara gorda y esas cosas" (Profesional: Psicóloga /Paciente: LL. Edad: 42 años. MC: Autoestima y relación de pareja).

Conflictos no elaborados de la terapeuta: *"Me daba cuenta que el problema lo tenía mi terapeuta"*

Este código fue utilizado para reunir todos los relatos en que la usuaria señala percibir conflictos internos de imagen corporal en sus respectivas terapeutas. En este caso, sólo se aludió a terapeutas mujeres, quienes en más de una ocasión hablaron de sus propias dietas o problemas con el peso con su paciente.

"Ella era una mujer de unos 40 años, se vestía bien. Era bien guapa. Se notaba que el problema lo tenía ella. Ella estaba cada vez más delgada, y la veía en la consulta y me decía que ahora comencé con este método, que un libro que también me compré, no era la dieta X, era de una psicóloga de cómo evitar la leptina y te quita el apetito" (Profesional: Psicóloga/ Paciente: PF. Edad 34 años. MC: Crisis vital).

Determinar el tratamiento farmacológico por peso: *"Mi peso determinaba mi tratamiento"*

Este código reunió dos relatos en que las usuarias señalaron que su psiquiatra había determinado el tratamiento a seguir en función de si el medicamento hacía subir o bajar de peso, sin consultar si esto era importante para la usuaria.

"(...) te digo que prefiero mi salud mental por sobre lo que voy a subir. Pero ella, que es experta en trastornos de la conducta alimentaria, siempre me dijo que buscáramos un antidepresivo que no dé tanta hambre. Buscábamos medicamentos que no hicieran engordar, porque me daba miedo engordar, pero ella es especialista en TCA, entonces tratamos ese tema. Dime que eso da lo mismo, subir un par de kilos, que los medicamentos tampoco te harán subir eternamente, sino que un rango" (Profesional: Psiquiatra. Paciente: VI 36 años. MC: Obesidad en la infancia).

No visibilizar conductas de riesgo: *"Mi terapeuta no cuestionaba mis conductas de riesgo"*

Este código reunió relatos en que la usuaria señalaba tener conductas de riesgo, pero no eran visibilizadas por el

profesional de la salud, o bien, conductas de riesgo que surgen a partir de la consulta con el/la profesional de la salud.

"Le contaba que estaba muy ansiosa, que comía y escupía la comida porque por el bypass no podía vomitar...entonces si me daba un atracón, yo comía, comía y escupía, entonces ella me decía que si así me sentía mejor para no engordar... Yo ahora lo veo y me parece descabellado, pero en ese tiempo me sentía escuchada, avalada y pensaba que tal vez no lo estaba haciendo tan mal (...)" (Profesional: Psiquiatra. Paciente: VI 36 años. MC: Obesidad en la infancia).

"Recuerdo haber salido muchas veces de mi cabeza con ganas de esconderme... Me iba caminando a la casa, me restringía los alimentos para que la próxima sesión no me encontrara tan gorda" (Profesional: Psicóloga. Paciente: LL 42 años. MC: Autoestima y relación de pareja compleja).

"No es como que estuviera a la deriva con mi salud mental porque estaba en control y era para cuidarme, y está bien que no vuelvas con él, porque pues sí estaba poniéndome muy mal. Porque un día, dos días antes, yo decía: "no voy a comer, no voy a comer para que cuando me pese, yo pese menos y no me diga nada". Pero luego me dije a mí misma: "eso no está bien" (Profesional: Psiquiatra. Paciente: JM, 29 años. MC: Depresión e Ideación Suicida).

Objetivo 2: Analizar el impacto del sesgo de peso en las usuarias.

Para analizar los relatos del segundo objetivo, se consideraron todas las menciones y relatos relacionadas con la experiencia subjetiva que tuvieron las entrevistadas al percibir sesgo de peso en su terapia. Dichas respuestas se organizaron en distintas categorías y códigos (Tabla 3). Para cada categoría, se propuso un nombre de fantasía para ilustrar mejor el contenido del código.

Tabla 3

Impacto del sesgo de peso por parte de profesionales de la salud mental en usuarias de servicios de salud mental

Código	Nombre de fantasía	Grounded
Emociones displacenteras	<i>"Sentía miedo y vergüenza de expresar lo que me pasaba"</i>	29
Iatrogenia	<i>"Ir a terapia me hacía mal"</i>	20
No sentirse escuchada	<i>"Mi terapeuta no escuchaba lo que me traía a terapia"</i>	17
Normalizar el estigma de peso	<i>"Es lo que me acostumbré a escuchar toda mi vida"</i>	16
Sentirse juzgada	<i>"Me sentía juzgada en mi terapia"</i>	11
Silenciarse	<i>"Mejor me quedo callada"</i>	3

Emociones displacenteras: *"Sentía miedo y vergüenza de expresar lo que me pasaba"*

Este código reunió relatos en que la usuaria percibe emociones displacenteras en terapia o sesiones, debido a comentarios emitidos por el/la profesional de la salud en relación al peso.

"Estaba pasando por un mal momento, y fui a la psicóloga. Entonces la psicóloga me decía: "¿y has pensado

en operarte?" Y yo le decía: "pero es que no...le dije que no, porque aún puedo bajar de peso sola". Y me dijo: "yo te puedo dar un montón de datos y todo, pero trata de controlarte, porque imagínate lo mal que estás y todo, y ¿además estar gorda? Esto empeora tu situación". Y yo...me sentí tan mal, me sentí peor de lo que estaba porque yo veía que mi vida... ahora lo pienso y digo, no me puedes decir eso así, yo pensaba y ahora cómo me supero" (Profesional: Psicóloga/ Paciente: PF. Edad 34 años. MC: Crisis vital).

"Recuerdo haber salido muchas veces de mi cabeza con ganas de esconderme... me iba caminando a la casa, me restringía los alimentos para que la próxima sesión no me encontrara tan gorda" (Profesional: Psicóloga. Paciente: LL 42 años. MC: Autoestima y relación de pareja compleja).

latrogenia: *"Ir a terapia me hacía mal"*

Este código reúne los relatos en los que las entrevistadas comienzan a tener conductas de riesgo a causa de comentarios realizados por sus tratantes en torno a su peso o cuerpo.

"(...) y me dice que está bien (que tome metformina) porque vas a bajar de peso más rápido. (...) Estaba poniéndome muy mal. Porque un día, dos días antes, yo decía: "no voy a comer. No voy a comer para que cuando me pese, yo pese menos y no me diga nada" (Profesional: Psiquiatra/ Paciente: JM. 29 años. MC: Depresión).

"Asistí un año...harto tiempo, y en vez de salir mejor, salía peor. Desperdié un año de mi vida estando con ella" (Profesional: Psicóloga. Paciente: PSN, 21 años. MC: Problemas de pareja).

"(...) Entonces a la segunda sesión me pesa para saber cuánto logré bajar de peso en esos 2 meses. Me generó un gran estrés que me pesara y estar bajo la lupa si bajé o subí de peso" (Profesional: Psiquiatra. Paciente: JM. 29 años. MC: Depresión).

No sentirse escuchada: *"Mi terapeuta no escuchaba lo que traía a terapia"*

Este código reúne relatos en que la usuaria expresa no sentirse escuchada en terapia. Este código reúne tanto aquellas situaciones en que el motivo de consulta era invalidado, o la usuaria señala que su sufrimiento no era escuchado por su terapeuta.

"Jamás me sentí escuchada lo que yo quería decir. Su consejo era ese (que bajara de peso)" (Profesional: Psiquiatra. Paciente: CK. 26 años. MC: Depresión y auto-cortes).

Normalizar el estigma de peso internalizado: *"Es lo que me acostumbré a escuchar toda la vida"*

Este código reúne relatos en los que las participantes no cuestionan el estigma de peso desde los profesionales de la salud mental, ya que han vivido experiencias previas de violencia hacia el cuerpo.

"No, y eso tiene una razón de ser. Sufrí de tanto bullying en el colegio y nunca fui capaz de confrontar a esos niños y adolescentes. Me acostumbré a que es normal que la gente me juzgue por mi peso y que opinen por mi peso, y recibo eso inconsciente o conscientemente como que es normal (...). Entendí que todo el mundo tiene derecho a opinar sobre mi cuerpo. Entonces cuando un psicólogo se enfoca mi peso, no lo confronto. Como, por ejemplo: "explíqueme qué beneficios emocionales, mental o espiritual me va a traer" (Profesional: Psicóloga /Paciente: UN. Edad: 39 años. MC: Trastorno ansioso).

Sentirme juzgada: *"Me sentía juzgada en mi terapia"*

Este código reúne relatos en los que las participantes señalan haber percibido un juicio de valor por parte de profesionales de salud mental hacia su corporalidad y la experiencia.

"A mí me ha pasado que habitualmente me siento juzgada. Cuando uno llega al psicólogo, y te sientes incomprendida, sientes que te están juzgando. El peso para mí es un fallo, si estoy gorda, es porque fallé, entonces me da miedo lo que me juzguen" (Profesional: Psicóloga/ Paciente: CS. Edad: 33 años. MC: Depresión y TCA).

Silenciarse: *"Mejor me quedo callada"*

Este código agrupa todos los relatos en los que las entrevistadas prefieren guardar silencio. El silenciarse puede ocurrir por temor a un comentario que perciban más hiriente, o por la desorganización emocional que implica recibir un comentario asociado al sesgo de peso.

"Tampoco me atreví a decirle nada por miedo a que dijera algo peor, que "lo hago por ti" (Profesional: Psiquiatra/ Paciente: JD. Edad: 25 años. MC: TAB).

"No le dije nada. La primera vez, cuando me dijo que tenía que cerrar la boca quería llorar, pero me quedé ahí. La segunda me quedé en shock" (Profesional: Psiquiatra / Paciente: PX, 38 años. MC: Depresión Posparto).

Objetivo 3: Analizar el impacto del sesgo de peso en la alianza terapéutica.

Para analizar los relatos del tercer objetivo, se consideraron todas las menciones y relatos relacionados con el vínculo terapéutico y se organizaron en distintas categorías y códigos (Tabla 4). Para cada categoría, se propuso un nombre de fantasía para ilustrar mejor el contenido del código.

Tabla 4

Impacto del sesgo de peso en la alianza terapéutica

Código	Nombre de fantasía	Grounded
Relación Jerárquica	<i>"Mi terapeuta sabe"</i>	17
Ruptura	<i>"Simplemente dejé de ir"</i>	14
Vínculo confianza	<i>"Pensé que me lo decía por mi bien"</i>	3

Relación jerárquica: *"Mi terapeuta sabe"*

Las participantes señalan que no cuestionan a sus psicólogos/as y/o psiquiatras tratantes debido a que asumen que son quienes tienen el conocimiento, y que sus comentarios están orientados a mejorar la calidad de vida de los usuarios.

"Yo fui por temas de autoestima y temas de pareja. Me dijo: "estás gorda, tienes que hacer algo", pero ¿cómo me dice eso, si me siento mal?, fue chocante. Yo la verdad me sentía súper mal, pero normalizaba todo lo que me

decía, porque pensaba que era un consejo. Pero ahora lo veo como una violencia. Mi yo del pasado lo veía como un consejo. Mi yo de hoy en día lo ve como violencia. Yo no lo haría con otra persona” (Profesional: Psicóloga. Paciente: PN. Edad: 21 años. MC: Problemas de pareja).

“El psicólogo es autoridad, y yo soy mala para explotar, primero pienso muchas cosas y después lo digo. En terapia se ponen en una posición jerárquica que no debería ser. Ella se sintió con la total libertad de juzgar mi personalidad, mi peso” (Profesional: Psicóloga. Paciente: VR. Edad: 31 años. MC: Crisis de pánico y problemas de pareja).

Ruptura: “Simplemente dejé de asistir”

No, porque quedé sin palabras. Pero no fui más...yo he hecho consulta en salud mental, y a mis pacientes les digo que esperen...dele la chance de tres o cuatro sesiones, pero yo no quise más. Valerie

“Cuando iba a sesiones me decía: “a ver, te voy a hacer unas observaciones de lo que vi la semana pasada”, súper pesada, sin preguntar cómo estaba ni nada. Esto te pasó porque tú quisiste que te pasara, pero yo... quería sentirme escuchada y desarrollar herramientas, cosas así, no a culparme. Un día le dije, ¿sabes qué? Solo vengo a sentir culpa. Tomé mi bolso, exigí que me devolvieran la plata de la

consulta y me fui” (Profesional: Psicóloga. Paciente: PSN, 21 años. MC: Problemas de pareja).

Vínculo de confianza: “Yo confiaba en mi terapeuta”

Este código se utilizó para describir la experiencia de pacientes/usuarios que no cuestionaron a sus terapeutas producto de la confianza que depositaron en sus competencias profesionales.

“En ese tiempo me sentía pésimo, pero pensaba que era un espacio de sinceridad, y yo pensaba que me lo decía para ayudarme, con la motivación de ayudarme a estar mejor, para que atinara y comenzara a bajar de peso, que me preocupara por mi aspecto, que tomara mejores decisiones. Estaba en la lógica de que me estaba tratando de ayudar. Pero claro, yo estaba muy vulnerable en esa época de mi vida, estaba muy insegura con en mi aspecto. Estaba con mucha pena por muchos años. Tenía menos herramientas emocionales” (Profesional: Psicóloga /Paciente: LL Edad: 42 años. MC: Autoestima y relación de pareja).

Para finalizar, los principales resultados de la investigación se resumen en la tabla 5, donde se observa cómo se puede observar el sesgo de peso en terapia de salud mental, y cómo aquello podría afectar los distintos componentes de la alianza terapéutica.

Tabla 5

Síntesis de los resultados obtenidos para cada dimensión de la alianza terapéutica

Dimensión Alianza Terapéutica	Definición	Observación de Resultados
Acuerdo en las tareas	Acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico y que son relevantes para la mejoría	Usuarios relatan que sus tratantes proponen la baja de peso como una forma de mejorar la salud mental, o sugieren unilateralmente actividades que ayuden a la baja de peso, sin que sea este el motivo de consulta.
	Compartir mutuamente confianza y aceptación	Pacientes muestran miedo y estrés. Intervenciones pueden ser iatrogénicas para el paciente. Las pacientes no expresan sus vivencias dado que el vínculo es jerárquico, y asumen que su profesional de la salud está en conocimiento de lo que es mejor para ellas. El vínculo puede funcionar como un medio para normalizar la gordofobia internalizada.
Vínculo positivo		
Acuerdo en los objetivos	Acuerdo entre terapeuta y paciente respecto de cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia	Pacientes relatan que sus tratantes proponen la baja de peso como un objetivo de consulta. En algunos casos, invalidando los objetivos que traen las usuarias a terapia.

Conclusiones

Si bien resulta contradictorio que profesionales de la salud mental entrenados en reflexionar acerca de determinantes psicosociales en el bienestar de las personas puedan ser parte de un sistema opresor, es cierto que la disciplina de la psicoterapia no es estática y de hecho se ve influida por las condiciones sociohistóricas y ecosistémicas, las cuales condicionan los modos en que se plantea el saber terapéutico (Campo, 2004).

Una muestra de esto es que, aunque el estudio del estigma de peso en el campo de la salud física es basto, es casi inexistente en el campo de la salud mental (Lawrence et al., 2021). Una posible hipótesis a desarrollar en próximos trabajos y que se basa en uno de los resultados presentados, es que es complejo

visibilizar discriminación en espacios de vínculos tan estrechos como es la terapia de salud mental. De este modo, el presente artículo es relevante ya que permite visibilizar que profesionales de la salud mental también pueden ser portavoces de la cultura gordofóbica en que se forman como profesionales y ejercen su práctica clínica.

Los resultados presentados son coherentes con los planteamientos de Quirk (2017), que señalan que el estigma de peso podría afectar la forma en que los terapeutas comprenden al paciente y el origen de sus problemas psicológicos. Esto fue visibilizado a través del relato de las pacientes/usuarios.

Específicamente, la presente investigación tuvo la alianza terapéutica como foco. En este sentido, Bordin (1976) define la

alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta, definiendo 3 componentes principales de la alianza terapéutica. La tabla 5 muestra un resumen de cómo la alianza terapéutica puede verse afectada cuando los profesionales de la salud mental no son conscientes de sus propios sesgos. De este modo, los resultados apuntan que el sesgo de peso no solo influye en la manera de comprender los problemas de las pacientes/usuarios, sino que puede tener un impacto en la forma en que se lleva a cabo la terapia y el vínculo terapéutico.

Considerando la evidencia y los resultados presentados en el presente artículo, se concluye que profesionales de la salud que se forman en estigma de peso y que tienen un enfoque de peso inclusivo, podrían evitar que el estigma se replique en la práctica clínica además de promover un cuidado respetuoso hacia la salud de las personas (Brochu, 2020a; Brochu, 2020b).

Por último, se explicitan algunas limitaciones del presente estudio. Dado que la presente investigación utiliza una metodología cualitativa, no busca ser representativa. Sin embargo, busca visibilizar la experiencia de personas que voluntariamente acceden a las entrevistas. Por otra parte, es importante señalar que la presente investigación fue realizada mediante un muestreo por conveniencia, por lo que es muy probable que las participantes tuviesen mayor información o toma de conciencia respecto de estas temáticas. De este modo, sería importante complementar los resultados mediante estudios cuantitativos.

Referencias

- Bastos, M. (2019). Os corpos gordos merecem ser vividos. *Revista Estudos Feministas*, 27(1), 1-6. DOI: 10.1590/1806-9584-2019v27n156453
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brochu PM. (2020b). Testing the effectiveness of a weight bias educational intervention among clinical psychology trainees. *J Appl Soc Psychol*. <https://doi.org/10.1111/jasp.12653>. In press.
- Brochu, P.M. (2020a). Weight stigma as a risk factor for suicidality. *Int J Obes* 44, 1979-1980 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0632-5>
- Brochu PM, Pearl RL, & Simontacchi LA. (2018). Weight stigma and related social factors in psychological care. In: Cassin S, Hawa R, Sockalingam S, editors. *Psychological care in severe obesity: a practical and integrated approach*. (Cambridge: Cambridge University Press; p. 42-60.
- Campo, M.S. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Opción*. 20 (44) 120-137.
- Ceberio, M., Moreno, J. & Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Perspectivas Sistémicas*. 60. 1-16.
- Christiansen, M. (2018). "Homo Caloricus": La construcción epistemológica del estigma lipofóbico en los discursos mediáticos de salud pública. *Salud Colectiva*, 14(3), 623-637. DOI: 10.18294/sc.2018.1602doi: 10.18294/sc.2018.1602
- Curll, S. & Brown, M. (2020). Weight stigma and psychological distress: A moderated mediation model of social identification and internalised bias. *Body Image*, 35, 207-217.
- Daly M, Robinson E, Sutin AR. (2020). Perceived overweight and suicidality among US adolescents from. *Int J Obes*. 44(10):2075-2079. doi: 10.1038/s41366-020-0620-9
- Davis-Coelho, K., Waltz, J., & Davis-Coelho, B. (2000). Awareness and prevention of bias against fat clients in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 682-684.
- De Domingo, M. & López, G. (2014). La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de Bioética*, 24(2), 273-284.
- Douglas, J., Kwan, M. & Gordon, K. (2021). The roles of weight stigma, emotion dysregulation, and eating pathology in suicide risk. *Body Image*. 38, 162-170
- Emmer, C., Bosnjak, M. & Mata, J. (2019). The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obesity Review*, 21 (1), 1-13, <https://doi.org/10.1111/obr.12935>
- Fikkan JL & Rothblum ED. (2012). Is fat a feminist issue? Exploring the gendered nature of weight bias. *Sex Roles* 66(9-10): 575-592.
- Gallardo, A.M. (2021). Gordofobia: Una deuda en el campo de la psicología. *Revista Perspectivas*. 37, 151-168.
- Gallardo, AM & Franco, P. (2019). Cuestión de peso: Estudio exploratorio y comparativo de la actitud hacia el peso de las mujeres en relaciones cotidianas y profesionales de la salud en una muestra de mujeres chilenas. *Summa Psicológica UST*, 17(2), 195-203. DOI: 10.18774/0719-448.x2020.17.461
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing.
- Harris, M. B., Waschull, S., & Walters, L. (1990). Feeling fat: Motivations, knowledge, and attitudes of overweight women and men. *Psychological Reports*, 67(3), 1191-1202. DOI: <https://doi.org/10.2466/PRO.67.8.1191-1202>
- Harrop, E. (2019). Typical-Atypical Interactions: One Patient's Experience of Weight Bias in an Inpatient Eating Disorder Treatment Setting. *Women Therapy*, 42(1), 45-58. doi:10.1080/02703149.2018.1524068.
- Himmelstein, M., Puhl, R. & Quinn, D. (2017). Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), 421-431.
- Hunger, J. M., Dodd, D. R., & Smith, A. R. (2020). Weight-based discrimination, interpersonal needs, and suicidal ideation. *Stigma and Health*, 5(2), 217-224. <https://doi.org/10.1037/sah0000188>
- Jackson, S. (2016). *Obesity, weight, stigma and discrimination*. *Obesity and Eat Disorders*, 2(16), 1-3.
- Lawrence, B., Kerr, D., Pollard, C., Theophilus, M., Alexander, E., Haywood, D. & O'Connor, D. (2021). Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity. A Research Journal*. 29:1802-1812 DOI: 10.1002/oby.23266
- Magallares, A. (2014). Prejuicios, discriminación y calidad de vida en obesidad mórbida. En M.A. Rubio, M. D. Ballesteros-Pomar, Sánchez-Pernaute y Torres-García (Eds.), *Manual de obesidad mórbida* (pp. 79-84). Madrid: Panamericana.
- Noronha, A. & Deufel, C. (2014). Reflexões teóricas sobre a gordofobia na mídia: o corpo na contemporaneidade. *V Seminário Nacional de Pesquisa em Educação*.
- OAC (2018). Comprensión del Estigma de la Obesidad. Rescatado desde <https://www.obesityaction.org/geteducated/public-resources/brochuresguides/comprehension->

del-estigma-de-la-obesidad/

- Pearl RL & Puhl RM. (2018). Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obesity Review*. 19. 1141-63. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Phelan, S., Burgess, D., Yaezal, M., Hellerstedt, Griffin, J. & Van Ryn, J. (2015). Obesity Treatment/Outcomes Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity reviews*. 16. 319-326. doi: 10.1111/obr.12266
- Plá, I., Adam, A. & Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental*, 11(46), 20-28.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4, 213-227.
- Puhl, R. M. & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580.
- Puhl, R. M., Latner, J. D., King, K. M., & Luedicke, J. (2014). Weight bias among professionals treating eating disorders: Attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 65-75. doi:10.1002/eat.22186
- Quirk, T. (2017). Weight bias: investigating the impact of an empathy-evoking intervention in reducing mental health professionals' anti-fat attitudes. (Unpublished Doctoral thesis, City, Universtiy of London)
- Robinson, B., Bacon, L. C. & O'Reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 467-480.
- Rubino, F., Puhl, R.M., Cummings, D.E. et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 26, 485-497 <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Salgado, M. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectiva en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13 (1), 46-55
- Sattler, K., Deane, F., Tapsell, L. & Kelly, P. (2018). Gender differences in the relationship of weight-based stigmatization with motivation to exercise and physical activity in overweight individuals. *Health Psychol Open*. 5(1). 1-11. doi: 10.1177/2055102918759691
- Sutin, A., Stephan, Y & Terracciano, A. (2015). Weight discrimination and risk of mortality. *Psychological Science*, 26 (11) (2015), pp. 1803-1811, 10.1177/0956797615601103
- Thuan, J. F. & Avignon, A (2005). Obesity Management: Attitudes and Practices of French General Practitioners in a Region of France. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1100-1106. DOI: 10.1038/sj.ijo.0803016.
- Young, L. M., & Powell, B. (1985). The effects of obesity on the clinical judgments of mental health professionals. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26(3), 233-46.
- Friedman, K.E., Reichmann, S., Constanzo, P., Zello, A., Ashmore, J. & Musante, G. (2005) Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity Research*. 13(5). 907-16.
- Washington, R. (2011). Childhood obesity: issues of weight bias. *Preventing Chronic Diseases*, 8(5), 4-94.