

# Licenciatura en Nutrición Trabajo Final Integrador

Autora: Micaela Yanina Deggeller Ledezma

## **FOBIA Y CREENCIAS HACIA LA OBESIDAD EN ESTUDIANTES Y PROFESIONALES LIGADOS A LA SALUD EN BUENOS AIRES DURANTE 2022**

2022

Tutoras: Lic. Celeste Concilio y Lic Eleonora Zummer

*Citar como: Deggeller Ledezma MY. Fobia y creencias hacia la obesidad en estudiantes y profesionales ligados a la salud en Buenos Aires durante 2022. Licenciatura en Nutrición. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2022*



FOBIA Y CREENCIAS HACIA LA OBESIDAD EN ESTUDIANTES Y PROFESIONALES LIGADOS A LA SALUD EN BUENOS AIRES DURANTE 2022

Deggeller Ledezma M

micaeladeggeller@gmail.com

Universidad ISALUD

---

## RESUMEN

**Introducción:** Conforme aumentan los casos de obesidad, aumenta la estigmatización hacia la población con esta condición. Los resultados del Mapa Nacional de la Discriminación 2019 muestran que la gordofobia es el segundo tipo de discriminación más sufrido en Argentina.

**Objetivo:** Evaluar y comparar las fobias y creencias hacia la obesidad en profesionales ligados a la salud en Buenos Aires durante 2022.

**Metodología:** Diseño descripto transversal. Se empleó una encuesta autoadministrada. La fobia a la obesidad se midió a través de Fat Phobia Scale – short form y las creencias hacia la obesidad mediante Beliefs About Obese People Scale, ambas traducidas al castellano.

**Resultados:** La muestra quedo conformada por 124 estudiantes y profesionales ligados a la salud. El 89,5% mostró tener actitudes negativas frente a la obesidad. De la misma manera, predomina la creencia de que la obesidad está bajo el control de la persona con un 69,4%. Los estudiantes tuvieron porcentajes más altos de actitudes negativas hacia la obesidad que los profesionales. No se encontró diferencias significativas entre el sexo y entre los rangos etarios.

**Conclusiones:** Se evidenció que hay un alto porcentaje de actitudes negativas hacia la obesidad y de la creencia de que la obesidad se encuentra bajo el control de la persona en estudiantes y profesionales ligados a la salud. El área que mostró el porcentaje más alto de actitudes negativas hacia la obesidad fue el área de nutrición.

**Palabras clave:** obesidad, fobia a la obesidad, creencias hacia la obesidad, diversidad corporal

## TABLA DE CONTENIDOS

<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
<u>MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE</u>	3
<u>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	16
<u>OBJETIVOS</u>	16
<u>VARIABLES</u>	17
<u>METODOLOGÍA</u>	19
<u>Diseño de investigación</u>	19
<u>Población</u>	19
- <u>Criterios de inclusión</u>	19
- <u>Criterios de exclusión</u>	19
- <u>Criterios de eliminación</u>	19
<u>Tipo de muestreo</u>	19
<u>Metodología de recolección de los datos</u>	19
<u>Tratamiento y análisis de los datos</u>	20
<u>RESULTADOS</u>	21
<u>CONCLUSIONES</u>	30
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	31
<u>ANEXOS</u>	36

## INTRODUCCIÓN

El término obesidad es originario del latín y hace referencia a "quien come mucho". La propia etimología de la palabra expone el pensamiento dominante hacia las personas con esta condición. En su concepción actual la obesidad se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. En los últimos años se ha notado un aumento exponencial de personas con obesidad. En nuestro país se calcula que el exceso de peso en adultos es del 67,9%, siendo un 33,9% de obesidad, según datos de la 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (1-3).

En una primera instancia parece simple decir que la obesidad es causada por comer en exceso y por el sedentarismo, sin embargo, la etiología puede ser más compleja. La obesidad está dada por la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. Cabe destacar que socialmente vivimos en un entorno obesogénico que fomenta el consumo excesivo de kilocalorías y nutrientes críticos como azúcares, grasas y sodio, además de ofrecer múltiples barreras para el desarrollo de actividad física y fomentar el comportamiento sedentario (4-5).

Conforme aumentan los casos de obesidad, aumenta la estigmatización hacia la población con esta condición. Los resultados del Mapa Nacional de la Discriminación 2019 muestran que la gordofobia es el segundo tipo de discriminación más sufrido en Argentina. La fobia a la obesidad, también conocida como "gordofobia" es un fenómeno social y cultural que hace referencia al odio, rechazo y violencia que sufren las personas por ser gordas, es una discriminación sistemática y estructural que se da en todos los ámbitos de la población. En el ámbito de la salud se puede ver reflejado en el enfoque pesocentrista y en creer que las corporalidades gordas son así por falta de voluntad y porque lo desean. También se ha expuesto que muchos profesionales de la salud que atienden a personas con obesidad no ven el historial clínico completo, ya que atribuyen cualquier dificultad al peso, limitando la posibilidad de realizar otros exámenes para otros diagnósticos. El estigma hacia estos cuerpos, por parte de profesionales ligados a la salud, contribuye a comportamientos que interfieren en la salud, tales como el retraso o evitación en la búsqueda de prestaciones médicas y una menor motivación (6-8).

Por todo lo mencionado, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar las fobias y creencias hacia la obesidad en profesionales ligados a la salud en Buenos Aires.

## MARCO TEÓRICO

### Obesidad

#### Historia de la obesidad

Durante el 90-95% de la historia, los humanos fueron cazadores recolectores favoreciendo el predominio del gen ahorrador que se caracteriza por facilitar el depósito de energía. Tras la revolución neolítica comenzaron a producir sus alimentos, dando inicio a una nueva etapa y a una serie de cambios. Este hecho puede ser considerado un antecedente lejano de la obesidad ya que fue el inicio de una sociedad civilizada y compleja.

En las culturas antiguas la obesidad era vista como un estado deseable, sin embargo, en el Imperio Medio Egipto hubo un cambio de paradigma y se la empezó a estigmatizar asociándola con la glotonería.

En Grecia Hipócrates, un referente de la medicina durante el siglo V a.C, estudió sobre este tema y realizó algunas descripciones que hasta la actualidad siguen siendo válidas. Las hacía en base a los síntomas de sus pacientes. Entre otros datos, este referente señalaba que las probabilidades de padecer muerte súbita eran más altas en las personas con obesidad que en las personas delgadas. Por su parte, el filósofo Platón indicó que la obesidad disminuía la esperanza de vida y que era necesario tener una dieta amplia en nutrientes y en cantidades adecuadas. En Roma, Galeno diferenció dos tipos de obesidad. La primera se consideraba natural y la segunda mórbida. Consideraba que la obesidad estaba relacionada con un estilo de vida inadecuado por lo que se le atribuía a la persona la total responsabilidad de su situación y un alto grado de culpabilidad (9).

Avanzando hacia la edad media, en la cultura cristiana durante los siglos V y VII San Agustín y Gregorio I incorporaron a la glotonería como uno de los siete pecados capitales. En ese tiempo la obesidad no era muy frecuente por la falta de disponibilidad alimentaria por lo que no estaba asociada con la glotonería. En este periodo, la medicina árabe tuvo gran importancia. Avicenna (siglos X-XI) fue un representante relevante y describió las siguientes recomendaciones para tratar

la obesidad: procurar un rápido descenso de los alimentos por el estómago y el intestino para evitar su completa absorción por el mesenterio; tomar alimentos voluminosos pero poco nutritivos; tomar un baño, a menudo, antes de comer; y ejercicio intenso. Por su parte, Japón relacionaba a la obesidad con la ingesta excesiva de alimentos y con graves consecuencias (9-10).

Siguiendo hacia Edad Moderna, a finales del siglo XV en Europa había mayor disponibilidad de comida por lo que se empezó a relacionar a la obesidad con la glotonería. Esto estigmatizó a la obesidad ya que se simplificó a las personas en este estado como sujetos que comen y beben sin límite (10).

Durante los siglos XVI-XVII aumentaron los textos y monografías sobre medicina general y consecuentemente los de la obesidad. Estos textos seguían influenciados por el pensamiento de Hipócrates y de Galeno pero aportaron aspectos físicos y químicos. Giovanni Alfonso Borelli (1608- 1679) creó la escuela yatomecánica y fue uno de los principales propagadores de ideas que eran menos estigmatizantes para las personas con obesidad que las que planteaba Galeno. En esta época el sobrepeso y la obesidad eran sinónimos de atractivos sexual, de fecundidad, de salud y de bienestar. Esto se ve reflejado en diversas imágenes pictóricas y en textos literarios (9).

En el siglo XVII hubo un gran interés por la obesidad y se publicaron aproximadamente 34 tesis doctorales con respecto a este tema. En 1727 se publicó la primera monografía en inglés sobre obesidad titulada "Discourse on the causes and effects of corpulency together with the method for its prevention and cure" y escrita por Thomas Short. En estos tiempos había incrementado grandemente el número de casos de sujetos con obesidad. El autor estigmatiza la obesidad ya que la vincula con pereza y glotonería. En la segunda mitad del siglo XVIII, en el año 1760, Malcom Flemyng publicó una segunda monografía sobre la obesidad. Consideraba a la obesidad severa como una enfermedad que acortaba la vida mediante la producción de alteraciones que resultaban ser peligrosas y describió cuatro causas de obesidad. La primera estaba relacionada con el exceso de comidas, principalmente de los alimentos grasos, sin embargo, señaló que no todas las personas con obesidad son grandes comedores. Las otras causas eran: una alteración en la textura de la membrana celular, un anormal estado de la sangre que facilitarían el depósito de la grasa y una evacuación defectuosa. Por otro lado, siguiendo en el mismo siglo, Joannes Baptista Morgagni publicó en 1765 una obra: *De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagata*. Esta inició la teoría anatomopatológica de la enfermedad y muestra dos descripciones de obesidad visceral con

comorbilidades asociadas que pueden representar el primer antecedente histórico de la obesidad central. En 1793 T. Beddoes recomendaba para la "corpulencia", término de la época para referirse a la obesidad, un aporte exógeno de oxígeno al practicar ejercicios para favorecer la utilización de grasas. En este periodo continuaban culpabilizando a las personas con obesidad por su condición y si bien había consejos razonables, otros no tenían sentido (9).

En Alemania en 1849, Arthur Hasall expone que algunos tipos de obesidad podían depender del aumento en número de las células adiposas. Algo muy importante para mencionar es que en este periodo, Adolphe Quételet establece que el peso corporal debe ser corregido en base a la estatura ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), elemento que fue olvidado hasta muy avanzado el siglo XX. Hoy este índice es conocido como índice de masa corporal (IMC). En el mismo siglo, T. L. Chambers publicó el libro más importante sobre la obesidad de ese tiempo, llamado *Corpulence, orexcess of fat in the human body* (1850). El autor discute los valores de normalidad y de sobrepeso en la antropometría y desarrolla dos conceptos: el primero es que la grasa humana depende casi completamente de las partes oleaginosas de los alimentos que se convierten en grasa dentro de nuestro cuerpo; y el segundo que para la formación de grasa es necesario que haya más material digerido del que se necesita. Además, menciona que la obesidad en la edad prepuberal no es reversible. Para el tratamiento sugirió que el licor potásico con leche podía servir junto con la caminata y una dieta con ingesta moderada de grasa. Para esta época ya existían libros de dietas, como el libro titulado *A letter on corpulence addressed to the public*, que fue muy popular en su época y fue escrito por un abogado. A través de varios textos literarios, se refleja que el ideal de belleza a lo largo de este siglo estaba vinculado con formas gordas (9, 11).

Para principios del siglo XX la obesidad se clasificó en endógena y en exógena, y se identificaron características de tipos especiales de obesidad, especialmente del tipo hormonal como en el síndrome de Cushing. En España, Gregorio Marañón (1887- 1960) en su texto "Gordos y flacos" expresa la multifactorialidad de la obesidad y da mucha importancia al factor endocrino. Describió el síndrome metabólico, sin darle un nombre, y afirmó que era de gran relevancia la pérdida de pocos kilos para la salud y prevención ya que el tratamiento era difícil. En Francia, el endocrinólogo Jean Vague realizó una descripción sobre el síndrome metabólico y su relación con la distribución central o androide de la grasa (9-12).

Luego de la II Guerra Mundial, Estados Unidos mostró su liderazgo en la investigación médica y en el campo de la obesidad. Se estudió la obesidad experimental, los cambios metabólicos y los mecanismos de la acumulación adiposa. También se estudió la ingesta alimentaria y su control, comenzando el desarrollo de métodos de control de la conducta alimentaria para la obesidad. Cabe destacar, que pese a los esfuerzos realizados para "luchar" contra la obesidad, los resultados fueron pocos y se constató que la reganancia de peso era constante. La modificación conductual, el tratamiento psicológico, la utilización de fármaco, la cirugía bariátrica, para tratar casos seleccionados de obesidad mórbida, tuvieron un crecimiento importante mientras paralelamente aumentaba la prevalencia de la obesidad en las dos últimas décadas del siglo XX y en el inicio del siglo XXI. También se descubrió la implicancia de la leptina que sirvió para avanzar en los efectos reguladores del hambre y en el conocimiento de su función de señal de déficit nutricional (9,11,13).

En la sociedad en Estados Unidos, después de la I Guerra Mundial se produjo un cambio en el ideal de belleza femenino siendo representado por cuerpos en extrema delgadez. Este ideal de belleza se expandió también en Europa. Gregorio Marañón, ya mencionado, en su monografía "Gordos y flacos" (1926) defiende la moda de la delgadez con insistencia por razones de tipo médico. Por los años 30 volvió la admiración por las figuras femeninas con curvas, reflejándose en las actrices del cine de la época, pero finalizada la II Guerra Mundial la moda de la delgadez tomó fuerza nuevamente y se extiende hasta la actualidad. Consecuentemente a los cambios de percepción e información sobre la obesidad, las personas con esta condición fueron y son estigmatizadas, cargando con la culpa social. Los profesionales de la salud, en su mayoría, han participado en la visión negativa que se tiene hacia la obesidad y hacia las personas con esta condición (9,12-13).

### **Definición**

Según la OMS la obesidad se define como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para identificarla se hace uso del índice de masa corporal (IMC). El IMC es un indicador que relaciona el peso de la persona con su talla. Se calcula dividiendo el peso de la persona en kilogramos con la talla al cuadrado en metros. Para el caso de la obesidad, se considera obesidad a un IMC igual o superior a 30 (2).

### **Causas y factores asociados a la obesidad**

En una primera instancia parece simple decir que la obesidad es causada por comer en exceso y por el sedentarismo, sin embargo, la etiología puede ser más compleja. La obesidad está dada por la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. Se calcula que entre el 40-70% de la variación en los fenotipos presentes en la obesidad son hereditarios y que la influencia de los factores ambientales puede explicar el 30% de los casos de obesidad (4, 14-15).

Edad: A mayor edad hay mayores cambios hormonales y predomina un estilo de vida menos activo que contribuye a la aparición de la obesidad.

Sexo femenino: El embarazo y la menopausia influyen en la ganancia de peso. Del mismo modo, el síndrome de ovario poliquístico, presente en mujeres, es una afección endocrina que impide la correcta ovulación y aumenta las probabilidades de tener obesidad.

Raza: En los afrodescendientes y en las personas de origen hispano hay más probabilidad de tener obesidad.

Alimentación poco saludable: Actualmente hay una tendencia universal de comer alimentos altos en grasa, sal y azúcares. Hay muchos alimentos de alta densidad calórica, muchas comidas rápidas y bebidas de alto contenido calórico.

Sedentarismo: La tecnología, la automatización de las actividades laborales y de los medios modernos de transporte junto con la vida urbana contribuyen a la disminución de la actividad física

Factores socioculturales: La obesidad está asociada a un menor nivel educacional y a un menor nivel de ingresos vinculado a un acceso limitado a establecimiento recreativos y a la falta de dinero para acceder a alimentos nutritivos.

Factores conductuales: El tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y los alimentos ultraprocesados están relacionado con la aparición de la obesidad.

Factores genéticos: La obesidad puede tener aspectos hereditarios. Los genes de una persona pueden afectar en cuanta grasa se almacena y en cómo se distribuye. También pueden haber anomalías cromosómicas (16-17).

Factores endocrinos: La obesidad ovárica, la hiperinsulinemia, la hiperfunción renal y el hipotiroidismo favorecen al almacenamiento de tejido adiposo y a la ganancia de peso (17).

Factor hipotalámico: Es poco frecuente. Se produce cuando hay un daño en el núcleo ventromedial del hipotálamo. Esto provoca hiperfagia y consecuentemente obesidad.

Ciertos medicamentos: Algunos medicamentos pueden provocar ganancia de peso. Algunos ejemplos son: los antidepresivos, anticonvulsivos, esteroides, antipsicóticos, medicamentos para la diabetes y betabloqueantes (16).

**Diagnóstico**

Se estableció al IMC como principal medida de diagnóstico y clasificación de la obesidad. Un IMC de 30kg/m<sup>2</sup> o más se considera obesidad.

También se sugiere la medición de la circunferencia de cintura (CC). Su aumento se asocia a desarrollo de diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedad cardiovascular, y a mayor morbimortalidad más allá del correspondiente al IMC en sí mismo. Además, es el mejor predictor antropométrico de la grasa visceral. Un CC arriba de 88cm en mujeres y arriba 102cm en hombres refleja mayor riesgo cardiovascular (18).

**Clasificación**

Tabla N°1 Clasificación de la obesidad según IMC

CLASIFICACIÓN	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Normo Peso	18.5 – 24.9
Exceso de Peso	> 25
Sobrepeso o Pre Obeso	25 - 29.9
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9
Obesidad Grado III o mórbida	> 40

Fuente: Torresani M. Somoza M. Lineamientos de Cuidado Nutricional. 3ª ed. Buenos Aires: EUDEBA; 2011

Tabla N°2 Clasificación de la obesidad según circunferencia de cintura

	Riesgo bajo	Riesgo	Riesgo muy
--	-------------	--------	------------

		Aumentado	aumentado
Hombres	<94 cm	94-102 cm	>102 cm
Mujeres	<80 cm	80- 88 cm	>88 cm

Fuente: Torresani M. Somoza M. Lineamientos de Cuidado Nutricional. 3ª ed. Buenos Aires: EUDEBA; 2011

### Clasificación de la obesidad según etiología

- De etiología determinada (2 % a 5 % de los casos).  
Enfermedades endócrinas - Lesiones hipotalámicas.
- De etiología indeterminada (95 % a 98 % de los casos).  
Factores genéticos - Factores ambientales

### Clasificación de la obesidad según anatomía de adipocitos

- Hipertrófica (aumento de tamaño de adipocitos).
- Hiperplásica o hipercelular (aumento de tamaño y número de adipocitos).

### Clasificación de la obesidad según distribución de la masa grasa (18)

- Difusa o armónica
- Localizada: Abdominal o Androide (predominio del tejido adiposo en la mitad superior del cuerpo y cintura).  
Femoroglútea o Ginoide (predominio del tejido adiposo en la mitad inferior del cuerpo).

### Prevalencia en Argentina

Según la 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada en 2018-2019, en niños, niñas y adolescentes de ambos sexos de 0 a 17 años, y en adultos de ambos sexos de 18 años y más, el exceso de peso fue de 67,9%; el sobrepeso fue de 34% y la prevalencia de obesidad fue de 33,9% en población adulta. El sobrepeso y la obesidad van creciendo año tras año (3).

## Fobia y creencias hacia la obesidad

La fobia a la obesidad, también conocida como "gordofobia" es un fenómeno social y cultural que hace referencia al odio, rechazo y violencia que sufren las personas por ser gordas, es una discriminación sistemática y estructural que se da en todos los ámbitos de la población. Esta conceptualización, da lugar a creencias y actitudes discriminatorias hacia las personas con sobrepeso y obesidad. Se basa en prejuicios que tienen acerca de los hábitos, costumbres y modos de vidas de las personas gordas ya que consideran que engordan por falta de voluntad y de autocuidado para llegar a ser delgados. Los resultados del Mapa Nacional de la Discriminación 2019 muestran que la gordofobia es el segundo tipo de discriminación más sufrido en Argentina, luego de las cuestiones estéticas. No está de más aclarar que según los datos arrojados, este fenómeno se percibió y expresó mayormente en mujeres (6-7,19-20).

La belleza hegemónica, es gordofóbica y reproduce que todo lo bello, valioso y deseable de los cuerpos responde a un único modelo, desconociendo la realidad de la diversidad. Por lo tanto, todo cuerpo que no sea semejante a ese modelo o no muestra querer acercarse a él debe ser juzgado y repudiado. Este modelo asume el tiempo y el dinero para entrenar, planificar y adquirir lo necesario para adquirir lo necesario para determinada alimentación y aspecto físico. El no entrenar, el no aproximarse a un modelo de cuerpo flaco denota una supuesta inferioridad social y económica. Este fenómeno no entiende de contextos, singularidades ni factores idiosincráticos para la construcción de la salud de una persona gorda y un punto que no suele ser tenido en cuenta es el impacto de la constante violencia en la salud mental de las personas. La discriminación constante genera culpabilidad y vergüenza que deteriora su estado mental, emocional y corporal. Además, quienes son blancos de esta estigmatización tienen dificultades en la salud mental, bajo rendimiento académico y dificultades para acceder a bienes capital, educación y oportunidades laborales.

Socialmente esto genera una mirada social sobre el cuerpo que dicta que siempre debe ser vigilado, siendo reflejado en el crecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria en nuestro país (6,20-21).

La gordofobia la podemos ver reflejada en la vida cotidiana en las miradas incómodas en el transporte público, en la prohibición de entrar a distintos centros recreativos, en el acoso callejero,

en los muebles no aptos para personas con determinados pesos, en chistes o comentarios sobre el peso, en el señalamiento de las prácticas alimentarias y deportivas, en consejos sobre dietas o apelaciones a que deberían entrenar, realizarse intervenciones quirúrgicas y farmacológicas para reducir su corporalidad, en burlas en el colegio, etc (6).

Vale aclarar que el uso del IMC para clasificar la obesidad o sobrepeso no garantiza ni determina que el peso corporal sea un factor de incidencia en la salud del consultante. De hecho, clasificar a las personas con términos que relación la delgadez con la normalidad y la gordura con anormalidad fortalece la discriminación (6-19).

### Prejuicio de peso en profesionales de salud

Se entiende por prejuicio de peso a las actitudes y creencias negativas hacia los demás debido a su peso. En el ámbito de la salud este prejuicio esta presenta al creer que las corporalidades gordas son así por falta de voluntad y porque lo desean. Asimismo, se ha promovido dentro de este ámbito un enfoque pesocentrista, que determina la salud o la enfermedad en base al peso corporal. Desde esta perspectiva, el descenso de peso es la primera solución para cualquier afección o dolencia en las personas gordas y se dejan de tener en cuenta otros factores y aspectos que constituyen la integralidad de nuestra salud. Este hecho está muy presente, tal es el caso que el INADI registró un aumento de las denuncias relacionadas a este tipo de discriminación en las consultas médicas. La presencia de gordofobia en las consultas de salud representa una vulneración del derecho básico al trato digno y a la atención sanitaria de calidad (6).

En 1969 se publicó un estudio donde los médicos encuestados afirmaban que preferían no tratar a pacientes con obesidad y que les generaba disgusto. También declararon que la obesidad era consecuencia de la falta de control y era una enfermedad no atractiva. Esta actitud negativa hacia el paciente con obesidad está influida por la cultura y por el pensamiento de que la obesidad es intratable por la tendencia casi constante de la reganancia de peso. En otro estudio se plantea que los profesionales de la salud que atienden a personas con obesidad no ven el historial clínico completo, ya que atribuyen cualquier dificultad al peso, limitando la posibilidad de realizar otros exámenes para otros diagnósticos e interfiriendo en la salud (8,9,22).

Es frecuente que las personas con obesidad sean atendidas por periodos de tiempo más breves y manifiesten una menor calidad de atención en comparación con personas delgadas. El estigma hacia estos cuerpos contribuye a comportamientos que interfieren en la salud, tales como el retraso o evitación en la búsqueda de prestaciones médicas y una menor motivación. Del mismo modo, este tipo de discriminación fue asociado con una presión arterial elevada. El estigma de obesidad presente en los profesionales de la salud, entonces, puede estar asociado a la empatía, la calidad y el tiempo en las consultas y en el optimismo y la voluntad para proporcionar ayuda que podría impactar en la salud (8-23).

### Diversidad corporal

La diversidad corporal es un término que se utiliza para referirse a que los seres humanos son distintos: desde los tamaños, colores, razas, orientaciones sexuales o identificaciones de género. El término diversidad refiere a que hay una variedad infinita de singularidades que constituyen a cada persona. No obstante, la cultura y la sociedad fomentan el pensamiento de que solo un tipo de cuerpo es el correcto y que las personas se deben adecuar a él. Las normas hegemónicas muestran modelos ideales a los que se debe acceder para ser valorado socialmente, de tal modo que los cuerpos serán más o menos valorados en referencia a la relación que se tenga con ese modelo.

En el año 2019 se sancionó en Argentina la Ley de Talles, reglamentada en julio del 2021. A través de ella, se puso en marcha un estudio antropométrico para la elaboración de la tabla regional de talles argentinos que promueve el Sistema único normalizador de talles de indumentaria (SUNITI). Esto tendrá impacto en la confección de indumentaria en la industria textil nacional ya que anteriormente no había concordancia entre los talles estandarizados y los talles de los habitantes de Argentina (6, 24).

### Herramientas para medir fobia y creencias hacia la obesidad

#### **Fat Phobia Scale – short form**

Es un cuestionario de catorce ítems sobre creencias y sentimientos hacia las personas gordas u obesas. La versión anterior tenía 50 ítems, sin embargo, esta versión muestra también una alta fiabilidad. Fue diseñada por Bacon, J.G., Scheltema, K.E., y Robinson, B.E y publicada en el 2001. En la escala se debe describir cual es el adjetivo que mejor describe en base a sus creencias a las personas con obesidad. La puntuación oscila entre el 1 y 5, las puntuaciones más altas indican una mayor fobia. Según el diseño de la escala, una puntuación  $\leq 2,5$  indicaría una postura neutral/positiva y una puntuación superior a 2,5 indicaría una postura negativa (25).

### **Beliefs about Obese Persons Scale (BAOP)**

Es una escala de ocho ítems que consiste en respuestas de escala Likert, con un puntaje desde uno (totalmente de acuerdo) hasta seis (totalmente en desacuerdo). Se expresan distintas preguntas sobre atributos de las personas con obesidad y la etiología. Determina la creencia acerca del control que tiene la persona con obesidad sobre su condición. Puntuaciones más altas indican la creencia más fuerte de que la obesidad no está bajo el autocontrol de la persona (26).

## ESTADO DEL ARTE

Durante abril y mayo del 2011 en el departamento de Ciencias de la Salud y Bellas Artes de la Universidad Yeditepe, Turquía, se examinaron las actitudes hacia la obesidad en 305 estudiantes. Para este estudio se utilizó la Escala F de Bacon y se encontró que la fobia a la obesidad es común entre los estudiantes universitarios, estando más presente en mujeres que en hombres. No hubo diferencias estadísticamente significantes en la fobia presente en estudiantes con obesidad y en estudiantes sin obesidad (28).

En Australia se estudiaron las actitudes y creencias hacia la obesidad en profesionales de la salud en rehabilitación que estaban empleados en el sector público y privado. Adicionalmente se evaluó la fobia hacia la obesidad en la misma población. Las escalas utilizadas fueron la Escala F, la escala modificada Beliefs About Obese People (BAOP) y la escala modificada Toronto Empathy Questionnaire (TEQ). Se demostraron niveles medios de fobia hacia la obesidad y de actitudes

negativas frente a la obesidad. Un 4% presentó altas actitudes negativas hacia la obesidad. También se descubrió que los participantes más jóvenes tenían niveles más altos de fobia que los adultos más grandes. Este estudio fue publicado en el 2014 (29).

Por otro lado, un estudio en el que participaron estudiantes de ciencias de la educación física de distintas universidades de Georgia, Wisconsin y Nueva York en Estados Unidos, analizó las actitudes socioculturales hacia la apariencia, las actitudes y fobias hacia la obesidad. Se utilizó la escala F, Antifat Attitudes Test (AFAT) y el Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3). Los resultados indicaron que los estudiantes tenían un sesgo explícito hacia las personas con sobrepeso y obesas. El ideal de cuerpo para la mayor parte de los participantes era un cuerpo atlético y obtuvieron puntajes por encima de valores medianos en cada escala (30).

En Chile, se realizó un estudio donde se analizaron actitudes negativas hacia la obesidad, la obsesión por la delgadez, la bulimia y la insatisfacción corporal en estudiantes universitarios vinculados al área de la salud durante el 2019. Los instrumentos que utilizaron fueron: Adaptación al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos (AFA), Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) y Redes semánticas naturales. Se vio que las mujeres presentaban valores más altos en todas las variables. En cuanto a las actitudes negativas hacia la obesidad, estuvieron más presentes en personas con presencia de obsesión por la delgadez (31).

En el año 2015 se realizó un estudio cuyo objetivo era valorar la fobia hacia la obesidad entre estudiantes de nutrición de dos escuelas de diferentes regiones de México. Participaron seiscientos treinta estudiantes de 18 a 25 años y se evaluó mediante la Escala F que contiene 14 pares de adjetivos que describen a las personas con obesidad. Como resultado el 12% de los participantes presentó actitudes neutrales frente a la obesidad mientras que el 88% presentó actitudes negativas y se vio una alta prevalencia de fobia a la obesidad (32).

También, otro estudio transversal realizado en México evaluó las actitudes, creencias y fobias hacia la obesidad en estudiantes de psicología y nutrición durante el año 2014. Participaron 528 estudiantes de las carreras de psicología y medicina de la Universidad Autónoma de Baja California. Las creencias sobre la obesidad fueron valoradas con la escala BAOP, las actitudes hacia las personas con obesidad mediante la escala Attitudes Toward Obese People (ATOP), y la fobia

hacia la obesidad con la escala F. Se observó una alta prevalencia de fobia y actitudes negativas hacia las personas con obesidad. Los participantes que consideraron que la obesidad no era resultado absoluto del auto control de las personas tenían una mejor actitud hacia obesidad. Por otro lado, los hombres presentaron un mayor grado de estigma que las mujeres (33).

No se encontró un estudio similar en Buenos Aires por lo que se consideró conveniente evaluar las fobias y creencias hacia la obesidad en profesionales ligados a la salud en Buenos Aires.

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué fobias y creencias hacia la obesidad hay en estudiantes y profesionales ligados a la salud en Buenos Aires durante 2022?

## OBJETIVOS

Evaluar y comparar las fobias y creencias hacia la obesidad en profesionales ligados a la salud en Buenos Aires durante 2022.

## VARIABLES

### 1. Variables de caracterización

1.1 Sexo: Femenino/ Masculino

1.2 Edad: (18-29) - (30-39) - (40-49) - (+50)

1.3 Área de estudio o trabajo: Medicina/ Nutrición/ Educación física.

1.4 Rol en el área: Estudiante/ Profesional

1.4.1 Sector de trabajo dentro del área seleccionada: Público/ Privado/ Ambos

### 2. Variables de estudio

2.1 Fobia a la obesidad: Según escala F de Bacon Short Form

- Actitud neutral o positiva hacia la obesidad: Puntaje  $\leq 2,5$
- Actitud negativa hacia la obesidad: Puntaje  $> 2,5$

2.2 Creencias hacia la obesidad: Según escala BAOP

- La obesidad está bajo el control de la persona: Puntaje  $< 24$
- La obesidad no está bajo el control de la persona: Puntaje  $> 24$

2.2.1 Percepción de la obesidad como enfermedad:

- Si: Considera a la obesidad como enfermedad.
- No: No considera a la obesidad como enfermedad.

2.2.2 Creencia sobre la influencia del exceso de peso corporal para el correcto ejercicio profesional:

- Si: Cree que el exceso de peso corporal afecta de alguna forma negativa su ejercicio en el área.
- No: Cree que el exceso de peso corporal del profesional no influye en el ejercicio profesional.

### 2.2.3 Conocimiento del término gordofobia:

- Si: Lo escuchó nombrar.
- No: No lo escuchó nombrar.

### 2.2.4 Creencia sobre la presencia de gordofobia en el sistema de salud:

- Siempre: Considera que la gordofobia siempre está presente en el sistema salud.
- Frecuentemente: Considera que la gordofobia frecuentemente está presente en el sistema de salud.
- Nunca: Considera que la gordofobia nunca está presente en el sistema de salud.

### 2.2.5 Ejemplo de presencia de gordofobia en el sistema de salud:

- Se categorizó según respuestas de los encuestados.

## METODOLOGÍA

### Diseño de investigación

Tipo de diseño: Descriptivo transversal

### Población

Población: Estudiantes y profesionales de nutrición, medicina y educación física de Buenos Aires

- Criterios de inclusión
  - Ser profesional o estudiante de nutrición, medicina y educación física
  - Ser sujetos mayores de 18 años
  - Residir, trabajar y/o estudiar en Buenos Aires
- Criterios de exclusión
  - No aceptar el consentimiento
- Criterios de eliminación
  - No finalizar la encuesta

### Tipo de muestreo

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia y autogenerado

### Metodología de recolección de los datos

Encuesta autoadministrada a través de Google Forms (ver anexo 3).

### Tratamiento y análisis de los datos

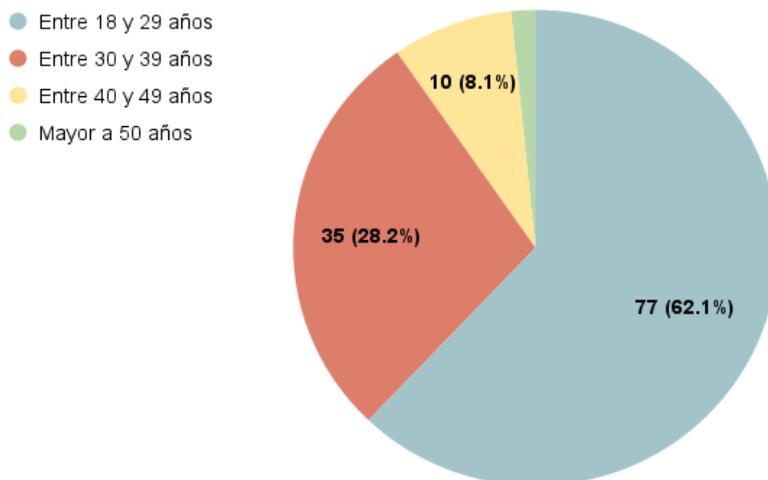
Para el análisis y tratamiento de los datos obtenidos se utilizó como herramienta de tabulación y cálculo una planilla de Microsoft Excel versión 2007 de elaboración propia.

## RESULTADOS

El total de la muestra obtenida fue de 124 estudiantes y profesionales ligados a la salud. El 72.6% (n=90) fue representado por mujeres mientras el 27.4% (n=34) por hombres.

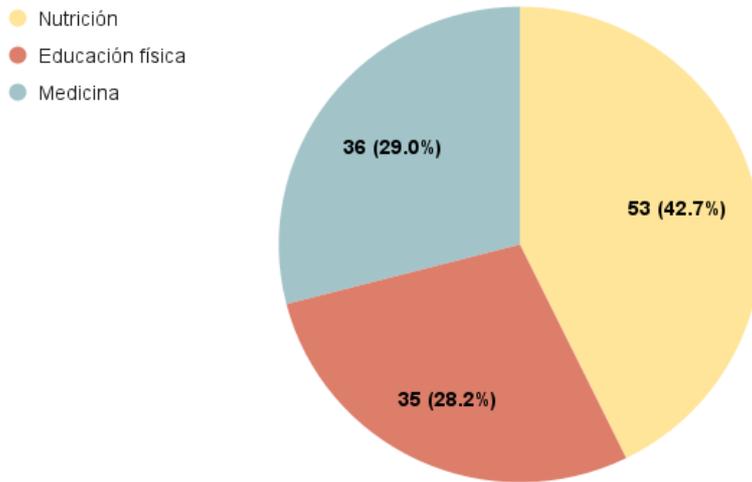
El rango etario predominante fue el de 18-29 años con un 62,1% (n=77), seguido por la población de 30-39 años con 28.2% (n=35). El resto tenía más de 40 años (ver gráfico N°1)

**Gráfico N° 1: Distribución de la muestra por edad**



Fuente: elaboración propia

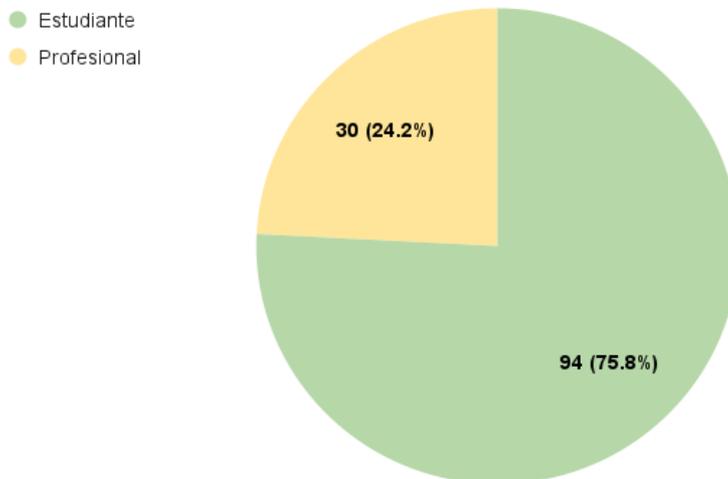
**Gráfico N° 2: Distribución de la muestra por área de estudio**



Fuente: elaboración propia

La población encuestada estuvo conformada principalmente por estudiantes y profesionales de nutrición (n=53). La población restante estuvo dividida de manera similar entre estudiantes y profesionales de educación física y medicina.

### Gráfico N° 3: Distribución de la muestra por rol en el área de estudio



Fuente: elaboración propia

Se puede observar que hubo una prevalencia alta de estudiantes frente a profesionales, esto explica el porcentaje alto del rango etario de 18-29 años. De los profesionales un 36,7% (n=11) trabaja en el sector público y en el privado; un 33,3% (n=10) trabaja en el sector privado y un 30% (n=9) en el sector público.

**Tabla N°1: Distribución del área de estudio o trabajo según el rol en el área y sexo**

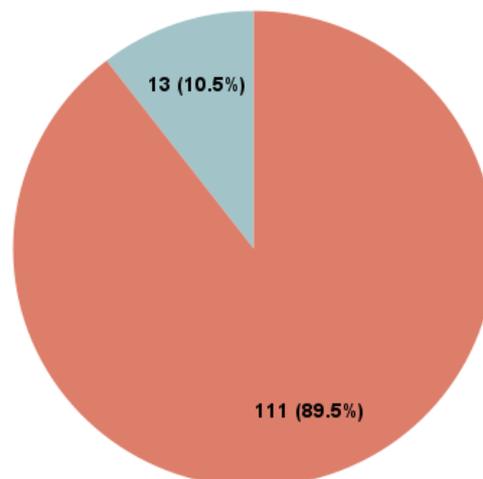
Área de estudio o trabajo	Rol en el área				Sexo			
	Estudiante		Profesional		Masculino		Femenino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nutrición n=56	49	92,45	4	7,55	5	0,43	48	90,57
Medicina n=36	18	50	18	50	12	33,33	24	66,67
Educación física n=35	27	77,14	8	22,86	17	48,57	18	51,43

Fuente: elaboración propia

El área de nutrición es el área con mayor porcentaje de estudiantes y mayor porcentaje de sexo femenino en la muestra. El área con un mayor porcentaje de profesionales es medicina y el área con un mayor porcentaje de sexo masculino es educación física. En todas las áreas hay mayor porcentaje femenino.

**Gráfico N° 4: Distribución de la muestra según fobia a la obesidad**

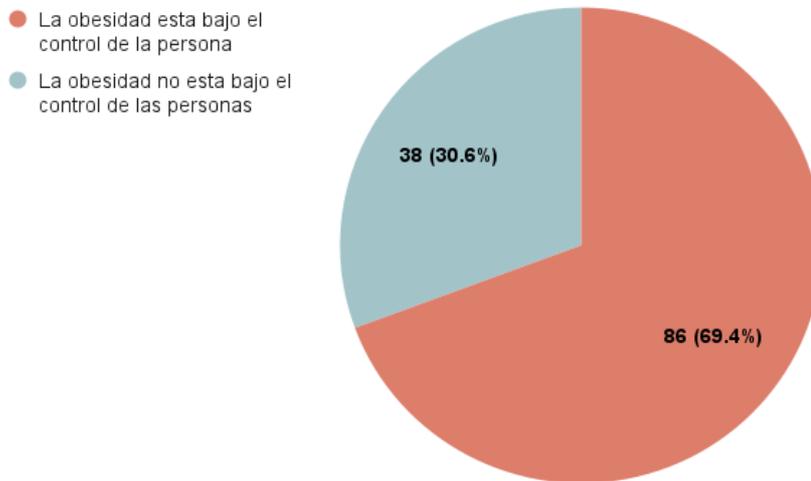
- Actitud negativa hacia la obesidad
- Actitud positiva/neutral hacia la obesidad



Fuente: elaboración propia

La muestra encuestada mostró casi en su totalidad tener actitudes negativas frente a la obesidad. El puntaje de Fat Phobia Scale promedio fue de 3.2.

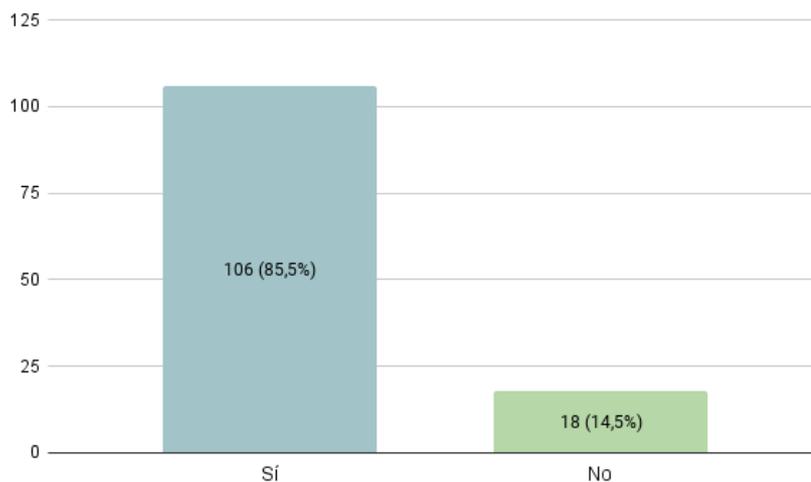
**Gráfico N° 5: Distribución de la muestra según creencias hacia la obesidad**



Fuente: elaboración propia

De acuerdo al relevamiento, predomina la creencia de que la obesidad está bajo el control de la persona. Sin embargo, a diferencia de los resultados arrojados a través de a escala F, en la escala BAOP los resultados se vieron más distribuidos entre las 2 categorías. El puntaje promedio fue de 20,7. El mayor puntaje fue 41 y el menor 3.

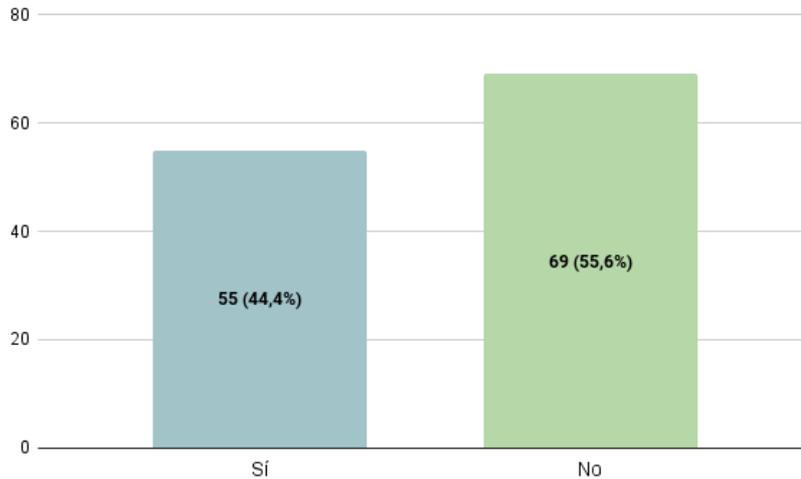
**Gráfico N° 6: Distribución de la muestra según percepción de la obesidad como enfermedad**



Fuente: elaboración propia

Una parte muy baja de la muestra considera que la obesidad no es una enfermedad. El resto de los profesionales y estudiantes afirmaron que era.

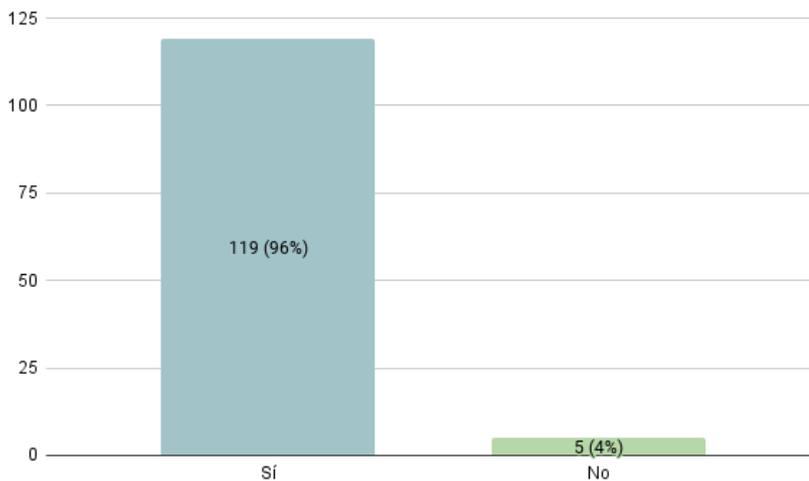
**Gráfico N° 7: Distribución de la muestra según creencia sobre la influencia del exceso de peso corporal para el correcto ejercicio profesional**



Fuente: elaboración propia

Se observaron porcentajes similares en las creencias sobre la influencia del peso en el ejercicio de profesional. Sin embargo, fue mayor la parte de la muestra que consideró que no influía (55,7%).

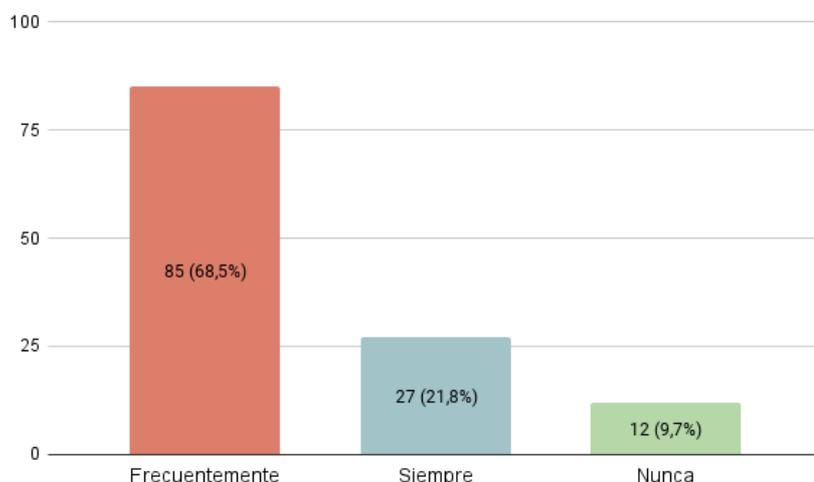
**Gráfico N° 8: Distribución de la muestra según conocimiento del término gordofobia**



Fuente: elaboración propia

El término gordofobia fue ampliamente reconocido y escuchado por la población encuestada.

**Gráfico N° 9: Distribución de la muestra según creencia sobre la presencia de gordofobia en el sistema de salud**



Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta la definición de gordofobia brindada, se encontró que el 90,3% de la muestra cree que está presente en el sistema de salud. Hay una pequeña parte que indicó lo contrario.

**Tabla N°2: Distribución de muestra según ejemplos de presencia de gordofobia en el sistema de salud**

Ejemplos de presencia de gordofobia en el sistema de salud	n	%
Creencia de que el exceso de peso es la causa de todos los problemas de salud en personas gordas	19	16,96
Creencia de que las personas gordas siempre quieren bajar de peso	8	7,14
Creencia de que las personas gordas son así solo por falta de voluntad	5	4,46
Creencia de que los nutricionistas y otros profesionales de la salud deben ser flacos	11	9,82
Creencia de que los nutricionistas y otros profesionales de la salud deben ser flacos	11	9,82
No responde	28	25
Otro	11	9,82
Sentimiento superioridad y rechazo hacia personas gordas por parte de profesionales de salud	15	3,39
Uso del IMC como único indicador de salud	4	3,57
Total	112	100

Fuente: elaboración propia

A la población que respondió que frecuentemente y siempre se encuentra presente la gordofobia en el sistema de salud se le solicitó ejemplos. Parte de esta población no respondió. En las respuestas se encontraron muchos ejemplos similares y repetidos, lo que indica que son situaciones muy comunes en este ámbito.

**Tabla N°3: Distribución de fobia hacia la obesidad según área de estudio o trabajo**

Área de estudio o trabajo
---------------------------

Fobia hacia la obesidad						
	Educación física		Medicina		Nutrición	
	n	%	n	%	n	%
Actitud negativa hacia la obesidad	30	85,71%	30	83,33%	51	96,23%
Actitud positiva/neutral hacia la obesidad	5	14,29%	6	16,67%	2	3,77%
Total general	35	100%	36	100%	53	100%

Fuente: elaboración propia

Se observó un mayor porcentaje de estudiantes y profesionales de nutrición con actitudes negativas hacia la obesidad teniendo en cuenta el total de encuestados por cada área de manera separada. Es decir, de la población total por áreas, nutrición es la cuenta con el menor porcentaje de actitud positiva/neutral hacia la obesidad frente al total de sus encuestados. Luego, continúa el área de educación física y finalmente medicina con el mayor porcentaje por área de actitud positiva/neutral hacia la obesidad. La actitud negativa hacia la obesidad implica la asociación de la pereza, la falta de atractivo, el baja autoestima, la inseguridad y la obsesión por comer con las personas gordas. Una actitud positiva o neutral no hace este tipo de asociaciones.

**Tabla N°4: Distribución de las creencias hacia la obesidad según área de estudio o trabajo**

Creencias hacia la obesidad	Área de estudio o trabajo					
	Educación física		Medicina		Nutrición	
	n	%	n	%	n	%
La obesidad está bajo el control de la persona	23	65,71%	28	77,78%	35	66,04%
La obesidad no está bajo el control de la persona	12	34,29%	8	22,22%	18	33,96%
Total general	35	100%	36	100%	53	100%

Fuente: elaboración propia

El área de medicina mostró ser el área con mayor porcentaje de población cree que la obesidad esta bajo el control de las personas. Le sigue nutrición y por último educación física con un porcentaje de 34,29 de su población con la creencia de la que obesidad no está bajo el control de la persona.

**Tabla N°5: Distribución de fobia hacia la obesidad según sexo**

Fobia hacia la obesidad	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%

Actitud negativa hacia la obesidad	80	88,89%	31	91,18%
Actitud positiva/neutral hacia la obesidad	10	11,11%	3	8,82%
Total general	90	100% <sup>o</sup>	34	100%

Fuente: elaboración propia

No hubo diferencia notable en cuanto a la fobia hacia la obesidad entre mujeres y hombres de la muestra, sin embargo, los hombres tuvieron un porcentaje levemente más alto.

**Tabla N°6: Distribución de las creencias hacia la obesidad según rol en el área**

Creencia hacia la obesidad	Rol en el área			
	Estudiante		Profesional	
	n	%	n	%
La obesidad está bajo el control de la persona	67	71,28%	19	63,33%
La obesidad no está bajo el control de la persona	27	28,72%	11	30,65%
Total general	94	100%	30	100%

Fuente: elaboración propia

Los estudiantes mostraron mayor porcentaje de la creencia que afirma que la obesidad esta bajo el control de la persona (63,3%).

**Tabla N°7: Distribución de fobia hacia la obesidad según rango de edad**

Fobia a la obesidad	Rango de edad							
	Entre 18 y 29 años		Entre 30 y 39 años		Entre 40 y 49 años		Mayor 50 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Actitud negativa hacia la obesidad	68	88,31%	31	88,57%	10	100%	2	100%
Actitud positiva/neutral hacia la obesidad	9	11,69%	4	11,43%				
Total general	77	100%	35	100%				

Fuente: elaboración propia

Todos los rangos etarios presentaron porcentajes altos de actitudes negativas hacia la obesidad. El 100% de la población mayor a 40 años presentó actitudes negativas hacia la obesidad.

**Tabla N°8: Distribución de las creencias hacia la obesidad según la percepción de la obesidad como enfermedad**

Creencia hacia la obesidad	Percepción de la obesidad como enfermedad			
	No		Si	
	n	%	n	%
La obesidad está bajo el control de la persona	11	61,11%	75	70,75%
La obesidad no está bajo el control de la persona	7	38,89%	31	29,25%
Total general	18	100%	106	100%

Fuente: elaboración propia

Se encontró que aquellos que no consideraron a la obesidad como enfermedad tuvieron un porcentaje más alto de la creencia de que la obesidad no está bajo el control de la persona. No hubo diferencia en las creencias hacia la obesidad entre las personas con una actitud negativa hacia la obesidad y aquellos con una actitud positiva/neutral hacia la obesidad. Ambos tuvieron porcentajes similares.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio se evidenció que hay un alto porcentaje de actitudes negativas hacia la obesidad y de la creencia de que la obesidad se encuentra bajo el control de la persona en estudiantes y profesionales ligados a la salud. Estos resultados muestran que mayormente la responsabilidad del exceso de peso está puesta principalmente sobre lo que la persona haga o deje de hacer.

El área que mostró el porcentaje más alto de actitudes negativas hacia la obesidad fue el área de nutrición. El área con mayor porcentaje de la creencia de que la obesidad está bajo el control de la persona fue el de medicina. El ejemplo más nombrado por los encuestados que lo refleja es la creencia de que el exceso de peso es la causa de todos los problemas de salud que se le presentan a las personas.

Ante los resultados vistos, se deberían realizar más campañas de sensibilización en las universidades y los lugares de trabajo, enseñando sobre la diversidad corporal para garantizar una correcta atención sanitaria a cualquier población, sin ejercer ningún tipo de discriminación.

Para próximas investigaciones se recomienda usar escalas traducidas al castellano validadas para mejores resultados. También se recomienda ampliar la muestra para que sea más significativa a la población en estudio y ampliar la búsqueda bibliográfica sobre las distintas perspectivas sobre la despatologización de la obesidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Fernández-Ramírez B, Baleriola-Escudero E. Estigma e identidad de las personas obesas en la semántica del discurso público. *Discurso y sociedad [revista de Internet]* 2012 [citado 16 Junio 2022] ;6 (2):314-359. Disponible en: [http://www.dissoc.org/ediciones/v06n02/DS6\(2\)Fernandez%20%26%20Baleriola.pdf](http://www.dissoc.org/ediciones/v06n02/DS6(2)Fernandez%20%26%20Baleriola.pdf)
- 2) Organización mundial de la salud [sede Web]. Ginebra: OMS; 9 Junio 2021 [citado 15 Junio 2022]. *Obesidad y sobrepeso [Aprox 2 pantallas]*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 3) Secretaría de Gobierno de Salud. 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo [Internet] Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019 [citado 16 de junio de 2022] ENNyS 2. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>
- 4) González-Muniesa P, Martínez-González MA, Hu F, Després JP, Matsuzawa Y, Loos R. Obesity. *Nat Rev Dis Primers [revista en Internet]* 2017 [Citado 15 junio 2022] ; 3 (17034):1-18. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp201734>
- 5) Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med [revista en Internet]* 1999 [citado 16 Junio 2022]; 29(6):563-570. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743599905856?via%3Dihub>
- 6) Ministerio de las mujeres, políticas de género y diversidad sexual. Cuadernillo de sensibilización sobre temática de diversidad corporal gorda[Internet]. Provincia de Buenos Aires. Gobierno de la provincia de Buenos Aires. 2022 [citado 16 Junio 2022]. Disponible en:

<https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/CUADERNILLO%201%C2%B0%20Formaci%C3%B3n%20de%20Formadores.pdf>

7) Instituto Nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo. Mapa Nacional de la Discriminación [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INADI; 2019 [citado 16 de junio 2022]. Disponible en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/05/mapa\\_nacional\\_de\\_la\\_discriminacion\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/05/mapa_nacional_de_la_discriminacion_0.pdf)

8) Drury CA, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance J Am Acad Nurse Pract [revista en Internet] 2002 [citado 16 Junio 2022]; 14 (12):554-561. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12567923/>

9) Foz M. Historia de la Obesidad. En: Formiguera X, director. Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. España: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2005. p. 3-19.

10) Stunkard A J, LaFleur W R, Wadden T A. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. Int J Obes Relat Metab Disord [revista en Internet] 1998 [Citado 15 junio 2022]; 22(12):1141-1144. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9877248/>

11) Jeffcoale W. Obesity is a disease: food for thought. Lancet [revista de Internet] 1998 [Citado 15 junio 2022]; 351(9106):903-904. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9525389/>

12) Marañón G. Gordos y flacos. 3ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 1936.

13) Harold J, Wain Ph D. Powers, Pauline S. Obesity — The Regulation of Weight. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980. pp. 427. American Journal of Clinical Hypnosis [revista en Internet] 1981 [Citado 15 junio 2022] 24(1):68-69. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/ref/10.1080/00029157.1981.10403290?scroll=top>

- 14) Comuzzie AG, Allison DB. The search for human obesity genes. Science [revista en Internet] 1998 [Citado 15 junio 2022]; 280 (5368 ):1374-1377. Disponible en: [https://www.science.org/doi/10.1126/science.280.5368.1374?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.science.org/doi/10.1126/science.280.5368.1374?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)
- 15) Hill JO. Genetic and environmental contributions to obesity. The American Journal of Clinical Nutrition [revista en Internet] 1998 [Citado 15 junio 2022] ; 68 (5):991-992. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajcn/article/68/5/991/4648592>
- 16) Clínic Barcelona Hospital Universitario [sede Web]. España: Clínic Barcelona Hospital Universitario; 17 Agosto 2018 [citado 15 Junio 2022]. Causas de la obesidad. [Aprox 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad/causas-y-factores-de-riesgo>
- 17) Barbany M, Foz M. Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. An Sist Sanit Navar [revista en Internet] 2009 [citado 16 de junio de 2022]; 25 (1):7-16. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5466>
- 18) Torresani M, Somoza M. Lineamientos de Cuidado Nutricional. 3ª ed. Buenos Aires: Eudeba; 2011.
- 19) Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. Curr Obes Rep [revista en Internet] 2015 [citado 16 de junio 2022]; 4 (2):182-190. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-015-0153-z>
- 20) Instituto Nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo. Discursos discriminatorios y gordofobia [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INADI: 2020 [citado 16 de junio 2022]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_gordofobiaaspecto\\_fisico\\_1\\_1\\_1.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_gordofobiaaspecto_fisico_1_1_1.pdf)
- 21) Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: Important considerations for public health. Am J Public Health [revista en Internet] 2010 [citado 16 Junio 2022]; 100 (6):1019-1028. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866597/#:~:text=Current%20evidence%20sugges,ts%20that%20weight,stigmatization%20on%20health%20is%20concerning.>

22) Maddox GL, Liederman V. Overweight as a social disability with medical implications. J Med Educ [revista en Internet] 1969 [citado 16 Junio 2022]; 44(3): 214-220. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5774591/>

23) Jay M, Kalet A, Ark T, McMacken M, Messito MJ, Richter R, et al. Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and specialty: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res [revista en Internet] 2009 [citado 16 Junio 2022]; 9 (106):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2705355/>

24) Ley Nacional de Talles. Ley N°27.521. Argentina: Congreso de la Nación Argentina; 2020.

25) Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. Int J Obes Relat Metab Disord [revista de Internet] 2001 [citado 16 Junio 2022]; 25 (2):252-257. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11410828/>

26) Allison DB, Baskin ML. Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-related Problems. Measures, Theory, and Research. 2nd ed. Los Angeles: Sage Publications; 1995.

27) Hayran O, Akan H, Özkan AD, Kocaoglu B. Fat phobia of University Students: Attitudes Toward Obesity. J Allied Health [revista en Internet] 2013 [citado 16 Junio 2022]; 42 (3):147-150. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/asahp/jah/2013/00000042/00000003/art00006#expand/collapse>

28) Wise FM, Harris DW, Olver JH. Attitudes to Obesity Among Rehabilitation Health Professional in Australia. J Allied Health [revista en Internet] 2014 [citado 16 Junio 2022]; 43 (3): 162-168. Disponible en: [https://www.ingentaconnect.com/content/asahp/jah/2014/00000043/00000003/art00009?utm\\_source=TrendMD&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=Journal\\_of\\_Allied\\_Health\\_TrendMD\\_0#expand/collapse](https://www.ingentaconnect.com/content/asahp/jah/2014/00000043/00000003/art00009?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=Journal_of_Allied_Health_TrendMD_0#expand/collapse)

29) Langdon J, Rukavina P, Greenleaf C. Predictors of obesity bias among exercise science students. *Adv Physiol Educ*[revista de Internet] 2016 [citado 16 Junio 2022]; 40 (1):157-164.

Disponible

en: \_\_\_\_\_

<https://journals.physiology.org/doi/epdf/10.1152/advan.00185.2015>

30) Escandón N, Larenas J. Actitudes antiobesidad, sintomatología alimentaria y significados asociados a la obesidad en estudiantes universitarios vinculados al área de la salud. *Nutr hosp* [revista de Internet] 2020 [citado 16 Junio 2022]; 37 (2):285-292. Disponible en:

<https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37n2/1699-5198-nh-37-02-285.pdf>

31) Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A, Castillo-Ruiz O, Bezares-Sarmiento V, León-González JP. Fobia hacia la obesidad en estudiantes mexicanos de nutrición. *Nutr hosp* [revista de Internet]

2015 [citado 16 Junio 2022]; 32 (6):2956-2957. Disponible en:

<http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9812.pdf>

32) Soto L, Armendariz-Anguiano AL, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. Creencias, actitudes y fobias hacia la obesidad entre estudiantes mexicanos de las carreras de medicina y psicología. *Nutr hosp* [revista de Internet] 2014 [citado 16 Junio 2022]; 30 (1):37-44. Disponible en: \_\_\_\_\_

<http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7512.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### **Fat Phobia Scale – short form**

(Traducido al español)

Instrucciones: A continuación se enumeran 14 pares de adjetivos que a veces son usados para describir a las personas con obesidad o gordas. Para cada par de adjetivos, coloque una X en la línea más cercana al adjetivo que sientas que describe mejor tus sentimientos y creencias.

1. Perezoso    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    Trabajador  
                  5    4    3    2    1
2. Sin fuerza de voluntad    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    Con fuerza de voluntad  
  5    4    3    2    1
3. Atractivo    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    No atractivo  
                  1    2    3    4    5
4. Buen autocontrol    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    Poco autocontrol  
                                  1    2    3    4    5
5. Rápido    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    Lento  
                  1    2    3    4    5
6. Perseverante    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    No es perseverante  
                          1    2    3    4    5
7. Activo    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    Inactivo  
                  1    2    3    4    5
8. Débil    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    Fuerte  
                  5    4    3    2    1
9. Autocomplaciente    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    No es autocomplaciente  
                                  5    4    3    2    1
10. No le gusta la comida    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    Le gusta la comida  
  1    2    3    4    5
11. Sin forma    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    Bien proporcionado  
                      5    4    3    2    1

12. Come poco \_\_\_\_\_ Come en exceso  
 1 2 3 4 5

13. Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro  
 5 4 3 2 1

14. Tiene baja autoestima \_\_\_\_\_ Tienen alta autoestima  
 5 4 3 2 1

Instrucciones de puntuación:

Paso 1: Para los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 10 y 12, puntúe de la siguiente manera:

1 2 3 4 5

Paso 2: Para los ítems 1, 2, 8, 9, 11, 13 y 14, puntúe de la siguiente manera:

5 4 3 2 1

Paso 3: sume la puntuación de cada elemento para obtener la puntuación total. Luego divida por 14 (o el número de elementos respondidos, lo que sea menor). El rango de puntuaciones es 1-5.

Puntuaciones altas= más "fobia a la obesidad". Puntuaciones bajas=menos 'gordofobia'.

## ANEXO 2

### Beliefs about Obese Persons Scale (BAOP)

(Traducido al español)

#### **BAOP: Beliefs About Obese Persons Scale**

Marque las siguientes declaraciones, en el margen izquierdo, según su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas. Por favor, no deje ningún espacio en blanco. Use los números de la siguiente escala para indicar su respuesta. Asegúrese de colocar un signo menos o más (- o +) al lado del número que elija para mostrar si está de acuerdo o en desacuerdo.

-3	-2	-1	+1	+2	+3
Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy medianamente en desacuerdo	Estoy un poco en desacuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Estoy medianamente de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo

1. \_\_\_\_\_ La obesidad ocurre a menudo cuando se come como una forma de compensación por la falta de amor o atención.

2. \_\_\_\_\_ En muchos casos, la obesidad es el resultado de un desorden/trastorno biológico.

3. \_\_\_\_ La obesidad es generalmente causada por comer en exceso.
4. \_\_\_\_ La mayoría de las personas con obesidad tienen esta condición por no hacer suficiente ejercicio.
5. \_\_\_\_ La mayoría de las personas con obesidad comen más que las personas que no tienen obesidad.
6. \_\_\_\_ La mayoría de las personas con obesidad tienen malos hábitos alimentarios que los conducen a la obesidad.
7. \_\_\_\_ La obesidad rara vez es causada por la falta de fuerza de voluntad.
8. \_\_\_\_ Las personas pueden ser adictas a la comida, al igual que otras son adictas a las drogas, y estas personas generalmente se terminan teniendo obesidad.

ANEXO 3

## Fobia y creencias hacia la obesidad en estudiantes y profesionales ligados a la salud en Buenos Aires

Estimado/a

Mi nombre es Micaela Deggeller y estoy realizando mi trabajo final integrador (TFI) de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Isalud.

El objetivo de este estudio es evaluar y comparar las fobias y creencias hacia la obesidad en profesionales ligados a la salud en Buenos Aires durante 2022.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consistirá en recabar información referida a estos temas. Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta. En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.



micaeladeggeller@gmail.com (no se comparten)

[Cambiar cuenta](#)



\*Obligatorio

Usted acepta responder este cuestionario \*

Si

No

 [micaeladeggeller@gmail.com](mailto:micaeladeggeller@gmail.com) (no se comparten)  
[Cambiar cuenta](#)



**\*Obligatorio**

Sexo \*

- Femenino
- Masculino

¿Cuál es su rango etario? \*

- Entre 18 y 29 años
- Entre 30 y 39 años
- Entre 40 y 49 años
- Mayor a 50 años

Área de estudio o trabajo: \*

- Nutrición
- Medicina
- Educación física

Rol en el área: \*

- Estudiante
- Profesional

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

 micaladeggeller@gmail.com (no se comparten)  
[Cambiar cuenta](#)



\*Obligatorio

En el área seleccionada, usted se desenvuelve en el: \*

- Sector público
- Sector privado
- Ambos

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

A continuación se enumeran 14 pares de adjetivos o frases que a veces son usados para describir a las personas con obesidad o gordas. Para cada par de adjetivos/frases, marque la opción más cercana al adjetivo/frase que sientas que describe mejor tus sentimientos y creencias.

1) \*

	1	2	3	4	5	
Perezoso	<input type="radio"/>	Trabajador				

2) \*

	1	2	3	4	5	
Sin fuerza de voluntad	<input type="radio"/>	Con fuerza de voluntad				

3) \*

	1	2	3	4	5	
Atractivo	<input type="radio"/>	No atractivo				

4) \*

	1	2	3	4	5	
Con buen autocontrol	<input type="radio"/>	Con poco autocontrol				

---

5) \*

	1	2	3	4	5	
Rápido	<input type="radio"/>	Lento				

---

6) \*

	1	2	3	4	5	
Perseverante	<input type="radio"/>	No perseverante				

---

7) \*

	1	2	3	4	5	
Activo	<input type="radio"/>	Inactivo				

8) \*

	1	2	3	4	5	
Débil	<input type="radio"/>	Fuerte				

---

9) \*

	1	2	3	4	5	
Autocomplaciente	<input type="radio"/>	No es autocomplaciente				

---

10) \*

	1	2	3	4	5	
No le gusta la comida	<input type="radio"/>	Le gusta la comida				

---

11) Con respecto al físico \*

	1	2	3	4	5	
Sin forma	<input type="radio"/>	Con forma				

12) \*

	1	2	3	4	5	
Come poco	<input type="radio"/>	Come en exceso				

13) \*

	1	2	3	4	5	
Inseguro	<input type="radio"/>	Seguro				

14) \*

	1	2	3	4	5	
Con baja autoestima	<input type="radio"/>	Con alta autoestima				

Atrás

Siguiente

Borrar formulario

Marque las siguientes declaraciones, según su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas.

La obesidad ocurre a menudo cuando se come como una forma de compensación por la falta de amor o atención. \*

- Estoy totalmente en desacuerdo
- Estoy medianamente en desacuerdo
- Estoy un poco en desacuerdo
- Estoy un poco de acuerdo
- Estoy medianamente de acuerdo
- Estoy totalmente de acuerdo

En muchos casos, la obesidad es el resultado de un desorden o trastorno biológico. \*

- Estoy totalmente en desacuerdo
- Estoy medianamente en desacuerdo
- Estoy un poco en desacuerdo
- Estoy un poco de acuerdo
- Estoy medianamente de acuerdo
- Estoy totalmente de acuerdo

La obesidad es generalmente causada por comer en exceso. \*

- Estoy totalmente en desacuerdo
  - Estoy medianamente en desacuerdo
  - Estoy un poco en desacuerdo
  - Estoy un poco de acuerdo
  - Estoy medianamente de acuerdo
  - Estoy totalmente de acuerdo
- 

La mayoría de las personas con obesidad tienen esta condición por no hacer suficiente ejercicio. \*

- Estoy totalmente en desacuerdo
  - Estoy medianamente en desacuerdo
  - Estoy un poco en desacuerdo
  - Estoy un poco de acuerdo
  - Estoy medianamente de acuerdo
  - Estoy totalmente de acuerdo
-

La mayoría de las personas con obesidad comen más que las personas que no tiene obesidad \*

- Estoy totalmente en desacuerdo
  - Estoy medianamente en desacuerdo
  - Estoy un poco en desacuerdo
  - Estoy un poco de acuerdo
  - Estoy medianamente de acuerdo
  - Estoy totalmente de acuerdo
- 

La mayoría de las personas con obesidad tienen malos hábitos alimentarios que los conducen a la obesidad. \*

- Estoy totalmente en desacuerdo
  - Estoy medianamente en desacuerdo
  - Estoy un poco en desacuerdo
  - Estoy un poco de acuerdo
  - Estoy medianamente de acuerdo
  - Estoy totalmente de acuerdo
-

La obesidad rara vez es causada por la falta de fuerza de voluntad. \*

- Estoy totalmente en desacuerdo
- Estoy medianamente en desacuerdo
- Estoy un poco en desacuerdo
- Estoy un poco de acuerdo
- Estoy medianamente de acuerdo
- Estoy totalmente de acuerdo

Las personas pueden ser adictas a la comida, al igual que otras son adictas a las \*  
drogas, y estas personas generalmente se terminan teniendo obesidad.

- Estoy totalmente en desacuerdo
- Estoy medianamente en desacuerdo
- Estoy un poco en desacuerdo
- Estoy un poco de acuerdo
- Estoy medianamente de acuerdo
- Estoy totalmente de acuerdo

Atrás

Siguiente

Borrar formulario

¿Considera que el exceso de peso en un profesional ligado a la salud puede afectar negativamente su ejercicio profesional? \*

- Sí
- No
- 

¿Considera que la obesidad es una enfermedad? \*

- Sí
- No
- 

¿Escuchó nombrar el término "gordofobia"? \*

- Sí
- No
-

Teniendo en cuenta la siguiente definición: \*

"La gordofobia es fenómeno social y cultural que hace referencia al odio, rechazo y violencia que sufren las personas por ser gordas. Esta forma de discriminación se funda sobre la base de una serie de prejuicios que señalan los hábitos, costumbres y modos de vida de las personas gordas, pues se considera socialmente que las personas engordan por falta de voluntad e ignorancia sobre el autocuidado y la gestión adecuada de su cuerpo para que éste sea delgado"

¿Considera que la gordofobia está presente en el área de la salud?

- Siempre
- Frecuentemente
- Nunca

Atrás

Siguiente

Borrar formulario



micaeladeggeller@gmail.com (no se comparten)



[Cambiar cuenta](#)

\*Obligatorio

¿Podría nombrar un ejemplo de la presencia de gordofobia en el sistema de la salud? \*

Tu respuesta

Atrás

Enviar

Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Link: <https://forms.gle/SuLSrbfobNrMzjjT6>