



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Licenciatura en Nutrición

“Sesgo de peso en personas con obesidad desde la perspectiva de los Estudiantes de la Licenciatura en nutrición de la Facultad de Medicina y Ciencias de la salud de la Universidad Abierta Interamericana (UAI).”

Autora: NAVARRO BENZI, Paola Geraldine.

Tutora y coautora: Lic. OMMI ACOSTA, Marcela.

Fecha: MARZO/2024.

Datos de contacto:

- geral.navarro.benzi@gmail.com (Autora)
- marcelaommi.acostasero@uai.edu.ar (Tutora)

ÍNDICE

RESUMEN	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
<i>Población y ámbito de estudio</i>	<i>5</i>
<i>Diseño</i>	<i>5</i>
<i>Criterios de elegibilidad</i>	<i>5</i>
<i>Muestreo.....</i>	<i>5</i>
VARIABLES	6
<i>Variables de caracterización</i>	<i>6</i>
<i>Variables en estudio</i>	<i>6</i>
<i>Análisis de la información</i>	<i>7</i>
<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>7</i>
<i>Aspectos éticos</i>	<i>7</i>
<i>Instrumentos de recolección de datos y procedimientos</i>	<i>8</i>
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIÓN.....	17
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.....	17
ANEXOS.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMEN

Introducción

La obesidad (OB) es una enfermedad crónica, prevalente, compleja, progresiva y recidivante. Resulta ser una de las formas más frecuentes de malnutrición y se confirma que continúa aumentando sostenidamente en Argentina.

Los estereotipos basados en el peso y la discriminación por el peso se refieren a formas explícitas de prejuicio y trato injusto (conductas prejuiciosas) hacia personas con SP/OB. En diversos estudios se ha encontrado evidencia de sesgo negativo en profesionales y estudiantes del área de la salud.

Este trabajo proporciona una visión global de la investigación reciente sobre este problema y su impacto negativo en la salud, situando el énfasis en estudiantes de la Lic. en Nutrición, futuros profesionales de la Salud.

Objetivo

Analizar aspectos relacionados con el sesgo de peso en personas con obesidad, desde la perspectiva de los estudiantes de la Licenciatura de nutrición UAI.

Metodología

Es un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo.

Se realizó una encuesta electrónica y autoadministrada a 91 estudiantes de la Lic. en nutrición UAI, durante el año 2023 (ambos turnos/sedes, de todos los años en curso, ambos sexos y todas las edades). La misma incluyó 24 preguntas sobre características sociodemográficas y estado académico del encuestado; Experiencia personal y las percepciones negativas en relación a la patología; Declaraciones específicas sobre las causas de la OB (se utilizó la herramienta BAOP, recientemente validada al español).

Resultados

Predominaron las afirmaciones sobre la OB considerada como una enfermedad, la mala calidad de vida en las personas con OB y la relación de la OB con la depresión. Un cuarto de los estudiantes piensan que el causal de la OB es la falta de voluntad. Casi el 70% de los participantes estuvo de acuerdo en que personas con OB son adictas a la comida, que la OB es el resultado de una alteración biológica y/o se debe a los malos hábitos alimentarios, dichas declaraciones son características del pensamiento estigmatizante.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio proporcionan una visión global sobre la problemática del estigma de peso desde la perspectiva de los estudiantes de la Licenciatura de nutrición UAI, donde una de sus bases es la suposición errónea de que la obesidad se deriva principalmente de una falta de responsabilidad personal.

Por ese motivo, resulta imprescindible hacer hincapié en la importancia del rol del nutricionista y del equipo de trabajo multidisciplinario para garantizar la implementación de estrategias que permitan alcanzar el diagnóstico y tratamiento de la OB.

Palabras claves: *prejuicio, actitud negativa, obesidad, patrón de conducta, atención diferencial, estigma relacionado al peso.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que me dio la fuerza para no rendirme en los momentos difíciles.

A mis padres, Paola y Horacio, y a mis hermanos Antonella, Miqueas, Manasés y Pía, los cuales me brindaron su apoyo y me instaron a tener confianza en mí misma.

A mi tutora Ommi Acosta Sero, por su atención, constante compromiso con la investigación y la excelencia con la que brinda sus conocimientos.

A las amistades fieles, que entendieron los tiempos de un estudiante que también trabaja y aceptaron lo poco que pude ofrecer.

INTRODUCCIÓN

La obesidad (OB) es una enfermedad crónica caracterizada por la acumulación excesiva de grasa corporal, provocando un incremento progresivo del peso y mayor riesgo de desarrollar otras patologías, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos tipos de cáncer (1,2). La regulación del peso corporal en personas con OB no solo es el resultado de las elecciones personales centradas en la nutrición y la actividad física, sino que, además, contribuyen otros factores, incluidos los biológicos, genéticos, hormonales, psicológicos y ambientales, los cuales podrían promover un balance energético positivo y la ganancia de grasa corporal (2,3). Además, se ha observado que existe una asociación altamente coordinada, entre las vías inflamatorias y las metabólicas, por lo cual, los pacientes con OB presentan un estado inflamatorio crónico (4). El sobrepeso (SP) y la OB resultaron ser las formas más frecuentes de malnutrición y se confirma que continúa aumentando sostenidamente en Argentina. En la población adulta, la prevalencia de exceso de peso fue de 67,9% según la 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, en concordancia con lo observado en la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, donde la prevalencia de exceso de peso fue de 66,1% (5).

Frecuentemente es utilizado el índice de masa corporal (IMC) para identificar el SP y la OB en adultos, mediante una simple relación entre el peso y la talla (1). Sin embargo, dada la complejidad de la patología, asumir que un individuo no está sano o no adopta hábitos de vida saludables debido a una relación entre su peso y su talla corporal, es una forma de sesgo negativo de peso (6). Se ha estudiado la presencia de sesgo y estigma de obesidad en estudiantes de ciencias de la salud, el cual se define como la devaluación y denigración social hacia de personas con exceso de peso y con frecuencia implica actitudes que generan exclusión, marginación e inequidad (7,8).

Las personas con exceso de peso son frecuentemente objeto de prejuicios y discriminación en diversos entornos que incluyen los laborales, los centros de salud, las instituciones educativas, las relaciones interpersonales y los medios de comunicación. El estigma relacionado con el peso es heredado entre generaciones, sociedades y culturas; tiene efectos fisiológicos y consecuencias psicológicas perjudiciales que pueden contribuir a incrementar aún más el peso corporal. La exposición al estigma relacionado al exceso de peso confiere un mayor riesgo de experimentar trastornos del estado de ánimo o ansiedad, depresión, trastornos del comportamiento alimentario y disminución de la autoestima (7,9,15).

En diversos estudios se ha encontrado evidencia de sesgo negativo en profesionales y estudiantes del área de la salud, los cuales exhiben un sesgo de peso implícito y explícito en todas las etapas de su formación. Esto afecta negativamente la práctica clínica, los resultados de los pacientes y la confianza de éstos hacia los profesionales (6,9,10,15).

Se percibe menor respeto hacia estos pacientes, menor deseo de ayudarlos y es más probable que vean estas consultas clínicas como una pérdida de tiempo (11). El sesgo de peso exhibido en estudiantes de ciencias de la salud puede continuar en su práctica futura, comprometiendo la prestación de atención que reciben las personas que viven con SP y OB (12). Asimismo, la evidencia sugiere que el sesgo negativo sobre el peso está asociado con percepciones erróneas sobre las causas de la OB, las cuales a menudo describen a las personas con OB como holgazanes, irresponsables, con baja autodisciplina y cierto grado de ignorancia, entre otras (6,7,12,13).

Las herramientas más utilizadas en dichos estudios para estimar la presencia de sesgo negativo son “Attitudes Toward Obese Persons Scale (ATOP)”; “Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)”; “Fat Phobia Scale”; “Universal Measure of Bias-Fat Scale (UMB-FAT)” ; la Prueba de Asociación Implícita (IAT) sobre actitudes hacia el peso: Inventario breve de Situaciones Estigmatizantes (SSI) y “La Escala de Creencias acerca de las personas con Obesidad (BAOP)”. Dichas herramientas, se basan en entrevistas semiestructuradas y encuestas anónimas, las cuales se enfocan en las asociaciones entre conceptos, estereotipos y las actitudes discriminatorias hacia los pacientes con OB, analizando la relación entre la patología y diversas variables (como las sociodemográficas, relaciones sociales, salud psicológica, calidad de vida, etc.) En el presente estudio se utilizó la BAOP, la cual evalúa las creencias sobre las causas de la OB y se encuentra validada al español. (7,9,10,12–14).

Con respecto al impacto de la problemática planteada, el peso del paciente influye en el tiempo de consulta brindada por el estudiante en sus prácticas profesionales y en las percepciones de los mismos, en los enfoques y estrategias de tratamiento (13,14). Todo lo mencionado refleja que el estigma del peso en el campo de la OB es un factor psicosocial relevante para su prevención y tratamiento que requiere más atención, teniendo en cuenta que este puede perpetuar la patología. Por lo tanto, en el presente estudio se han abordado las actitudes y comportamientos negativos con respecto a los individuos con OB por parte de los estudiantes de la carrera de grado licenciatura en nutrición de la Universidad Abierta Interamericana, los cuales serán futuros profesionales de la Salud.

OBJETIVO GENERAL

- Analizar aspectos relacionados con el sesgo de peso en personas con obesidad, desde la perspectiva de los estudiantes de la Licenciatura de nutrición UAI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En estudiantes de la Licenciatura en nutrición (UAI):

- Describir las experiencias personales relacionadas con el exceso de peso.
- Describir las percepciones negativas sobre la obesidad.
- Analizar actitudes explícitas relacionadas con el peso de las personas con OB según características sociodemográficas, nivel académico y autopercepción del estado nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Población y ámbito de estudio: Estudiantes de la Licenciatura en nutrición de la Facultad de Medicina y Ciencias de la salud de la Universidad Abierta Interamericana (UAI).
- Diseño: **OBSERVACIONAL, ANALÍTICO, TRANSVERSAL Y PROSPECTIVO.**
- Criterios de elegibilidad:

✓ CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estudiantes de Lic. en Nutrición UAI, que estén activos.
- Todas las sedes y todos los turnos.
- Estudiantes del 1er año a 4to año de la carrera.
- Ambos sexos biológicos.
- Todas las edades.

✗ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Los estudiantes de Lic. en Nutrición que se nieguen a participar.

- Muestreo: NO PROBABILÍSTICO, INTENCIONAL según la aceptación de participar en el estudio.

VARIABLES

Variables de caracterización

Se relevaron los siguientes datos de la muestra estudiada: Edad (18 a 30 años/ 31 a 50 años/ $\geq$ 50 años); Sexo biológico (femenino/masculino); Autopercepción del estado nutricional (bajo peso/normopeso/sobrepeso/obesidad); Año en curso de la carrera (1° año/2° año/3° año/4° año) considerando el año en el cual se encuentre cursando la mayor cantidad de materias; Antigüedad en la carrera (1 año/2 años/3 años/4 años/ $\geq$ 5 años) teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el ingreso a la carrera hasta la actualidad sin contar los períodos de baja durante la misma; Sede de cursada: lomas/centro; Turno de cursada (mañana /tarde/ noche).

Variables en estudio

- **Sexo biológico:** Femenino/masculino.
- **Antecedente personal de exceso de peso:** si/no. Según presencia de aumento significativo de peso y/o presencia de sobrepeso u obesidad en el pasado o actualmente, que haya provocado sensación de disconformidad con el propio cuerpo.
- **Antecedente familiar de exceso de peso:** si/no. Según presencia de obesidad en algún miembro conviviente de la familia en el pasado o actualmente, que haya provocado sensación de disconformidad con el propio cuerpo.
- **Necesidad de consulta profesional por la presencia de exceso de peso:** sí/no. Según antecedente de consulta a profesionales de la salud para el tratamiento del exceso de peso en el pasado o actualmente.
- **Percepciones negativas sobre la obesidad:** Se determinó presentando a los participantes las siguientes 5 afirmaciones sobre las personas con OB: “Las personas con OB tienen mala calidad de vida.”/ “La OB es una enfermedad”/ “La OB está relacionada con la ignorancia”/“La OB está relacionada a la falta de voluntad/pereza”/“La OB está relacionada con la depresión”.
- **Actitudes explícitas antiobesidad:** Se determinó a través de la escala de creencias sobre las personas con OB (beliefs about obese persons scale - BAOP), adaptada al español. Se compone de ocho ítems con declaraciones específicas sobre las causas de la OB.

Para las dos últimas variables, se utilizó una escala de Likert como opciones de respuesta según el nivel de acuerdo con la afirmación, otorgando los siguientes puntajes a las siguientes categorías: totalmente de acuerdo=5/ de acuerdo=4/ ni de acuerdo, ni en desacuerdo=3/ en desacuerdo=2/ totalmente en desacuerdo=1. El puntaje total se obtuvo de la sumatoria de los puntajes parciales de las cinco afirmaciones, con un rango de puntaje posible mínimo de 5 y máximo de 25 puntos en el caso de las percepciones negativas sobre la obesidad y un puntaje posible mínimo de 8 y máximo de 40 para las actitudes explícitas antiobesidad. Se consideró que a mayor puntaje total, mayor es probabilidad de sesgo negativo. (7,12).

Análisis de la información

Las variables categóricas se reportaron a través de frecuencias absolutas y relativas.

Las variables numéricas se reportaron a través de medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desvío estándar-DE o cuartil 1 (Q1) y cuartil 3 (Q3), mínimo y máximo valor hallado), según cumplimiento del supuesto de normalidad.

Se relacionó descriptivamente el puntaje total obtenido de la escala de creencias sobre las personas con obesidad (BAOP) con el sexo biológico, la autopercepción del estado nutricional, el año en curso de la carrera a través del cálculo del promedio y DE del puntaje para cada categoría de las variables mencionadas.

Los datos fueron procesados con las herramientas estadísticas de Excel y el software estadístico SPSS versión 24.

Tamaño de la muestra

Se tuvo acceso a un total de 91 participantes.

Aspectos éticos

El presente estudio se realizó conforme a la Declaración de Helsinki y se procedió a informar a los participantes sobre el objetivo y las características del estudio, se les solicitó autorización para el uso de los datos obtenidos, respetando la confidencialidad de los datos personales a través de la anonimización de estos. Los participantes dieron su consentimiento previo a completar la encuesta electrónica, quedando esta acción registrada en los resultados de la encuesta.

Instrumentos de recolección de datos y procedimientos

El instrumento de recolección de datos que se utilizó es una encuesta electrónica y auto administrada, la cual tuvo una duración de 5 minutos, incluyendo 24 preguntas en total, las cuales fueron divididas en tres secciones.

La primera sección se compone de 7 preguntas sobre las características sociodemográficas y estado académico del encuestado, la segunda sección está compuesta por 9 preguntas sobre la experiencia personal y las percepciones negativas en relación a la patología y la tercera sección, 8 preguntas con declaraciones específicas sobre las causas de la OB (herramienta BAOP, la cual evalúa las creencias sobre las causas de la OB y se encuentra validada al español). Ésta se compone de ocho ítems, en donde los encuestados deben indicar el grado en que acuerdan con cada afirmación mediante una escala tipo Likert de 6 valores que va desde -3 (totalmente en desacuerdo) a +3 (totalmente de acuerdo)(7). Los ítems sobre sesgo negativo hacia personas con OB y sobre actitudes explícitas antiobesidad pertenecen a la segunda y tercera sección respectivamente.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 91 estudiantes, de los cuales el 92,2% eran mujeres y el 68,1% se ubicó dentro del rango etario de 18 a 30 años. Con respecto a la autopercepción del estado nutricional, el “normopeso” ha sido la respuesta con mayor prevalencia. En la tabla N°1 se pueden observar el resto de las características de los estudiantes encuestados.

Tabla N°1. Características sociodemográficas y estado académico.

EDAD, N (%)	N (%)
18 a 30 años	62(68,1)
31 a 50 años	29(31,9)
≥ 50 años	0
SEXO BIOLOGICO, N (%)	
Femenino	83(92,2)
Masculino	7(7,8)
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL, N (%)	
Bajo peso	1(1,1)
Normopeso	68(75,6)
Sobrepeso	18(20)
Obesidad	3(3,3)
AÑO EN CURSO DE LA CARRERA, N (%)	
1° año.	16(17,6)
2° año.	20(22)
3° año.	28(30,8)
4° año.	27(29,7)
TIEMPO CURSANDO LA CARRERA, N (%)	
1 año	12(13,2)
2 años	23(25,3)
3 años	19(20,9)
4 años	20(22)
≥ 5 años	17(18,7)
SEDE DE CURSADA, N (%)	
Lomas	25(27,5)
Centro	66(72,5)
TURNO DE CURSADA, N (%)	
Mañana	47(51,6)
Tarde	7(7,7)
Noche	37(40,7)

Fuente:Elaboración propia.

Con respecto a las experiencias percibidas por los estudiantes sobre los aspectos relacionados con la OB, más del 70% manifestó un aumento de peso significativo en alguna etapa de su vida que lo hizo sentir disconforme con su cuerpo y más del 80% tiene un familiar

que ha pasado por la misma situación. El 35,2% de los estudiantes se ha sentido observado y/o juzgado por su cuerpo en el transcurso la carrera profesional (Tabla N.º 2).

Tabla N.º2. Experiencias personales relacionadas con el exceso de peso.

Experiencias personales	SI N(%)	NO N(%)
Aumento de peso significativo en alguna etapa de la vida.	70(76,9)	21(23,1)
Aumento de peso de un familiar/conviviente.	80(87,9)	11(12,1)
Concurrencia a una consulta nutricional para lograr descenso de peso.	46(50,5)	45(49,5)
Se sintió observado/juzgado por su peso/cuerpo (durante la carrera).	32(35,2)	59(64,8)

Fuente: Elaboración propia.

El puntaje promedio (DE) total obtenido según el grado de acuerdo sobre las afirmaciones relacionadas con las percepciones negativas sobre la OB, fue de 16,18 (3,1), mínimo de 9 y máximo de 24. Entre los puntajes parciales, predominaron las afirmaciones sobre la obesidad considerada como una enfermedad, seguida de aquella sobre la mala calidad de vida en las personas con OB.

Con respecto a las categorías de respuesta, la neutralidad en el acuerdo presentó un mayor porcentaje en la afirmación relacionada con la depresión y más del 45 % de acuerdo con dicha asociación.

Los mayores porcentajes en desacuerdos se observaron principalmente en la afirmación sobre la falta de voluntad o pereza. Cabe destacar que un 25,3 % (n=23) y un 17,6% (n=16) manifestaron algún grado de acuerdo ante estas últimas dos afirmaciones respectivamente (Tabla N.º 3).

Tabla N° 3. Percepciones negativas sobre de la OB.

Afirmaciones sobre aspectos negativos de la OB	Puntajes parciales media (DE)	Totalmente de acuerdo N (%)	De acuerdo N (%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. N (%)	En desacuerdo. N (%)	Totalmente en desacuerdo. N (%)
<i>“Las personas con OB tienen mala calidad de vida.”</i>	3,56 (1,01)	17 (18,7)	33(36,3)	29(31,9)	10(11)	2(2,2)
<i>“La OB en una enfermedad”</i>	4,18 (0,93)	41(45,1)	34(37,4)	12(13,2)	3(3,3)	1(1,1)
<i>“La OB está relacionada con la ignorancia”</i>	2,45 (1,03)	2(2,2)	14(15,4)	26(28,6)	32(35,2)	17(18,7)
<i>“La OB está relacionada a la falta de voluntad/pereza”</i>	2,55 (1,1)	4(4,4)	19(20,9)	20(22)	29(31,9)	19(20,9)
<i>“La OB está relacionada con la depresión”</i>	3,31 (0,85)	4(4,4)	38(41,8)	36(39,6)	11(12,1)	2(2,2)

DE: Desvío estándar. Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las actitudes explícitas relacionadas con el peso de las personas con OB, en el total de la muestra, el puntaje promedio (DE) total fue de 27,29 (7,7), mínimo de 16 y máximo de 38 puntos. La afirmación relacionada con los malos hábitos alimentarios presentó el mayor puntaje y la relacionada con la falta de voluntad el menor puntaje (Tabla 4).

Según las categorías de grado de acuerdo, casi el 70% de los participantes estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo en que personas con obesidad son adictas a la comida, que la OB es el resultado de una alteración biológica y/o se debe a los malos hábitos alimentarios. La mitad de la muestra se manifestó en desacuerdo o en total desacuerdo ante la afirmación sobre falta de voluntad como causa de OB.

La afirmación sobre la existencia de mayor ingesta en personas con OB comparadas con quienes no presentan OB fue la que menos predominó en alguna de las categorías ya que el 35%, 30% y 35% de la muestra se manifestó en acuerdo, neutral y desacuerdo respectivamente.

Tabla N° 4. Puntaje global de las actitudes explícitas relacionadas con el peso de las personas con OB.

Afirmaciones sobre la OB	Puntaje parcial Media (DE)
La OB como forma de compensar la falta de amor o atención	3,46 (0,95)
La OB como resultado de una alteración biológica	3,7 (0,78)
Ingesta excesiva como causa de OB	3,35 (0,99)
Falta de ejercicio como causa de OB	3,36 (1,03)
Existencia de mayor ingesta en personas con OB comparadas con quienes no presentan OB	3,04 (1,08)
Malos hábitos alimentarios en personas con OB	3,82 (0,83)
Falta de voluntad como causa de OB	2,66 (1,05)
Presencia de adicción a la comida en personas con OB	3,88 (0,81)

DE: Desvío estándar. Fuente: elaboración propia

Al analizar la relación entre las actitudes explícitas relacionadas con el peso de las personas con OB y las características de los estudiantes, se halló que las personas de sexo biológico masculino presentaron mayor puntaje comparados con el sexo femenino, los estudiantes que cursaban el último año de la carrera presentaron el menor puntaje promedio respecto al resto de los años y no se observaron diferencias en el puntaje según la autopercepción del estado nutricional (Tabla 5).

Tabla N°5. Actitudes explícitas relacionadas con el peso de las personas con OB según características de los estudiantes.

Características de los estudiantes	Puntaje total Media (DE)	Puntaje mínimo – máximo
Sexo biológico		
Femenino	27,01 (4,76)	16 – 38
Masculino	30,57 (2,22)	28 – 34
Año de cursada		
1ero	28,19 (4,5)	20 – 37
2do	29,05 (4,5)	20 – 38
3ro	27,71 (4,25)	17 – 35
4to	25 (4,79)	16 - 34
Autopercepción del estado nutricional		
Normopeso	27,49 (4,7)	16 – 38
Sobrepeso	27,17 (4,6)	16 - 35
Obesidad	27 (6)	21 - 33

DE: desvío estándar. Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Las personas con OB se enfrentan no solo a un mayor riesgo de complicaciones médicas graves, sino también a una forma generalizada y resistente de estigma social. A menudo percibidas como perezosas, glotonas, carentes de fuerza de voluntad y autodisciplina. Tal percepción cultural es inconsistente con la evidencia científica actual que demuestra que la regulación del peso corporal no está completamente bajo control volitivo y que los factores biológicos, genéticos y ambientales contribuyen críticamente a la OB. La prevalencia de sesgo de peso y estigmatización de las personas con OB, puede contribuir a empeorar los problemas asociados a la enfermedad y crear barreras adicionales para un tratamiento y prevención efectivos. (1,6,9,10,15).

En el presente estudio, se puede observar que más del 90% son mujeres, el rango etario predominante es de 18 a 30 años y la mayoría se autopercibe “normopeso”. Sin embargo, podemos hallar diversidad en la cantidad de años de su trayectoria estudiando la licenciatura, el año en curso de la carrera de Nutrición UAI, sede y turno de cursada.

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los estudiantes se autopercibe “normopeso”, sin embargo un tercio de los mismos se ha sentido juzgado/observado por su cuerpo/peso durante la carrera, lo cual vislumbra la presencia de sesgo de peso (8-10,17).

Los resultados de una investigación en estudiantes españoles sobre los efectos de la interiorización de los prejuicios relacionados con el peso, mostraron que una mayor interiorización de los prejuicios se asocia a más insatisfacción corporal, más deseo de adelgazar, más episodios de atracón y un mayor riesgo general de TCA, independientemente de la edad, IMC y nivel socioeconómico, siendo esta asociación más importante en mujeres (13,18).

Es interesante mencionar, que aunque el sexo femenino supera el 90% de la muestra en el presente estudio, se halló que las personas de sexo biológico masculino presentaron mayor puntaje comparados con el sexo femenino, por lo tanto mayor es la probabilidad de sesgo negativo en masculinos.

En relación a las experiencias personales con el exceso de peso, la gran mayoría ha atravesado aumento de peso significativo en alguna etapa de la vida (propio/en familiares), lo cual se relaciona y coincide con los porcentajes de OB y SP actuales en Argentina, exponiendo la importancia de su abordaje (1).

Geller G, et al, halló que el 47% de los estudiantes de medicina encuestados habían luchado personalmente con la pérdida de peso. Mientras que la mayoría de los estudiantes percibían que la OB es una enfermedad (89%) o conductual (88%), el 74% percibió que es el

resultado de la ignorancia, y el 28% que las personas con OB son perezosas (6). En relación con el presente estudio, también se observan porcentajes elevados de estudiantes que han experimentado un aumento de peso significativo (76,9%) y más de la mitad de la muestra solicitó ayuda profesional frente a esto. Asimismo, la afirmación sobre la OB-enfermedad resultó mayor al 80% y más de un cuarto opina que la OB es consecuencia de falta de voluntad/pereza.

Tanto en la muestra de estudiantes UAI, como en la investigación de Lewitan B y col, se ha hallado una relación inversa entre el año de la carrera y estigma. No obstante, es posible que exista una colinealidad entre edad y años de graduado. Al respecto, será interesante analizar esta relación en futuros estudios (7).

Con respecto a la percepción sobre causas de la OB se observó que predominaron las afirmaciones sobre la OB considerada como una enfermedad, seguida de aquella sobre la mala calidad de vida en las personas con OB y la afirmación sobre la OB asociada a la depresión. Si bien la depresión es mayormente considerada como consecuencia de la enfermedad en sí, múltiples estudios han identificado que es el estigma de la OB el que se asocia a un incremento del malestar psicológico y de problemas de salud mental, incluyendo síntomas de depresión y ansiedad, pobre autoestima, aislamiento social, incremento del consumo de alcohol y otras sustancias (18,19).

Sobre las creencias acerca de las personas con OB (escala BAOP), casi el 70% de los participantes estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo en que personas con OB son adictas a la comida, que la OB es el resultado de una alteración biológica y/o se debe a los malos hábitos alimentarios. Dichos resultados expresan declaraciones características del pensamiento estigmatizante (7).

Lewitan D y col , realizaron un estudio que utiliza la misma herramienta de investigación, donde la afirmación relacionada con los malos hábitos alimentarios o que no realizan ejercicio físico presentaron el mayor puntaje. En este sentido, las personas con exceso de grasa corporal serían las únicas responsables de su propia de patología. Esto posee múltiples implicancias negativas. Por un lado, incrementa el estigma hacia la persona con exceso de peso, por el otro, condiciona el estilo de abordaje de la enfermedad y, por último, posee impacto sobre las políticas públicas para controlar la pandemia de OB. Si bien el comportamiento alimentario individual es importante, las personas toman decisiones relacionadas con su estilo de vida en un entorno construido (7).

La creencia de que la OB es un problema básicamente de responsabilidad individual, guarda una estrecha relación con las actitudes negativas por parte de los profesionales

sanitarios. En relación a esto, se examinó un estudio realizado con profesionales sanitarios españoles, donde se observa cómo las actitudes estigmatizantes hacia la obesidad y la atribución de las causas principales de la obesidad a la responsabilidad personal, son bastante frecuentes entre nuestros profesionales y pueden llevar a un tratamiento inadecuado de las personas con obesidad (18).

Por su parte, miembros de un panel de expertos revisaron la evidencia disponible sobre las causas y los daños del estigma del peso en un consenso internacional. Su investigación sustancial ha demostrado que el estigma y la discriminación de peso son problemas generalizados y globales. En dicho consenso se evaluaron las influencias negativas en el compromiso con la atención primaria y se identificó: tratamiento despectivo, condescendiente e irrespetuoso, falta de capacitación, ambivalencia, atribución de todos los problemas de salud al exceso de peso, suposiciones sobre el aumento de peso, barreras para la utilización de la atención médica, expectativa de un tratamiento diferencial de atención médica, baja confianza y mala comunicación, evitación o retraso de los servicios de salud y búsqueda de asesoramiento médico de múltiples profesionales de la salud. Algunos aspectos de los mencionados no han sido evaluados en el presente estudio, ya que éste se ha centrado en actitudes explícitas, sin embargo, encuentra similitud en la esencia debido a que expresan declaraciones características del pensamiento estigmatizante (16).

En la revisión sistemática y metaanálisis realizado por Lawrence B, et al, un total de 41 estudios de diferentes países que cumplieron con los criterios de inclusión y proporcionaron datos suficientes para ser metaanalizados. Un efecto agrupado moderado (diferencia media estandarizada = 0,66; IC del 95 %: 0,37-0,96) mostró que los profesionales de la salud demuestran un sesgo de peso explícito en escala de fobia a la grasa, la escala de actitudes antigrasas y la escala de actitudes hacia las personas obesas. Los hallazgos demuestran que los médicos, enfermeras, dietistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla, podólogos y fisiólogos del ejercicio mantienen actitudes implícitas y/o explícitas hacia las personas con obesidad. Sumado a esto, un estudio reciente multinacional realizado en Australia, Canadá, Francia, Alemania, Reino Unido y EE. UU. muestra que entre un 56-61% de adultos con obesidad participantes en programas de pérdida de peso informan haber padecido estigma a causa de su peso en los centros de salud por parte del equipo de nutrición. Con lo cual se evidencia que el estigma de la obesidad está generalizado en nuestra sociedad, a nivel mundial y Argentina no es la excepción (21,22).

Como limitaciones del presente estudio se puede mencionar el hecho de que existe tendencia a responder lo que se cree socialmente correcto o lo que el entrevistador desea escuchar, por lo cual hay posibilidades de que algún participante no haya contestado objetivamente. Otra limitación fue que gran parte de los estudios de referencia fueron realizados con médicos como participantes, dejando en evidencia la carencia de investigación sobre el sesgo de peso en la especialidad nutrición.

En relación al nivel adquisitivo de los estudiantes de la UAI (muestra), se puede deducir que son mayoritarias las clases con ingresos suficientes para solventar los gastos de una universidad privada (clase media/media alta/alta). Debido a esto, se podría llegar a la conclusión que una limitante es la falta de representación de personas con menor poder adquisitivo. Por último, la gran parte de los estudios de referencia son de diversos países, ya que en Argentina no se cuenta con abundante investigación reciente sobre el objeto de este estudio.

La evidencia existente respalda que gran porcentaje de personas con OB pueden aceptar el estigma de peso y devaluarse a sí mismas (es decir, el autoestigma relacionado con el peso). Éste se produce cuando los individuos se culpan a sí mismos por su exceso de peso y manifiestan estigma del peso autodirigido (19). Al respecto, no fue objeto de estudio en la presente investigación, sin embargo será interesante analizar el autoestigma relacionado con la OB y sus consecuencias, en futuros estudios.

CONCLUSIÓN

La muestra posee mayor porcentaje de mujeres de 18 a 30 años, autopercebidas “normopeso”. Sin embargo, los varones presentaron mayor puntaje y por lo tanto, mayor sesgo de peso negativo. Es interesante destacar que se ha hallado una relación inversa entre el año de la carrera y el estigma de peso. Los estudiantes declaran poseer experiencias con el exceso de peso (propio /en familiares) y un tercio se ha sentido observado durante su trayecto como estudiante de nutrición.

En relación con las percepciones negativas sobre la OB, predominaron las afirmaciones sobre la OB considerada como una enfermedad, sobre la mala calidad de vida en las personas con OB y la relación de la OB con la depresión. Un cuarto de los estudiantes piensan que el causal de la OB es la falta de voluntad. Casi el 70% de los participantes estuvo de acuerdo en que personas con OB son adictas a la comida, que la OB es el resultado de una alteración biológica y/o se debe a los malos hábitos alimentarios, dichas declaraciones son características del pensamiento estigmatizante(6-10,12,14).

En este estudio se vislumbra que una base de estigma es la suposición errónea de que la OB deriva principalmente de la responsabilidad individual y puede ser revertida por completo mediante las decisiones voluntarias, obviando la evidencia reciente que muestra que la OB es una enfermedad crónica prevalente, compleja, progresiva y recidivante. Esto puede ejercer influencias negativas en las políticas de salud pública, el acceso a los tratamientos y la investigación(7,16).

Por ese motivo, resulta imprescindible hacer hincapié en la importancia del rol del nutricionista y del equipo de trabajo multidisciplinario, que permita identificar los criterios clínicos y biológicos más significativos (no solo el IMC), para garantizar la implementación de estrategias que permitan alcanzar el diagnóstico y tratamiento de la OB. Elaborando intervenciones efectivas dirigidas al individuo a fin de generar hábitos saludables, pero aún más para establecer políticas públicas que modifiquen el contexto obesogénico que constituye el principal condicionante de esta enfermedad (17).

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflicto de interés en relación a este manuscrito para divulgar.

ANEXOS**VARIABLES DE CARACTERIZACION**

Variables de caracterización	Unidades o categorías	Escalas de medición	Definiciones
Edad	18 a 30 años 31 a 50 años ≥ 50 años	Categórica ordinal	Se consideran los años cumplidos.
Sexo biológico	Femenino/ masculino.	Dicotómica o binaria.	-
Autopercepción del estado nutricional.	Bajo peso/ Normopeso/ Sobrepeso/ Obesidad.	Categórica ordinal	Bajo peso: peso autopercebido más bajo de la normalidad. Normopeso: peso autopercebido dentro de la normalidad. Sobrepeso: peso autopercebido levemente por encima de la normalidad. Obesidad: peso autopercebido por encima del sobrepeso y excesivamente por encima de la normalidad.
Año en curso de la carrera.	1º año 2º año 3º año 4º año	Categórica ordinal	Se considera el año en el cual se encuentre cursando la mayor cantidad de materias.
Antigüedad en la carrera.	1 año 2 años 3 años 4 años ≥ 5 años	Categórica ordinal	Tiempo transcurrido desde el ingreso a la carrera hasta la actualidad, sin contar los períodos de baja de la carrera.
Sede de cursada	Lomas/Centro	Dicotómica o binaria.	Según la sede en la que se encuentre cursando la mayoría de las materias, excepto las prácticas pre-profesionales.
Turno de cursada	Mañana /tarde/ noche	Categórica o polinómica	Según el turno en el que se encuentre cursando la mayoría de las materias, excepto-las prácticas pre-profesionales.

VARIABLES EN ESTUDIO

Variables en estudio	Unidades o categorías	Escalas de medición	Definiciones
Sexo biológico	Femenino/ masculino.	Dicotómica o binaria.	-
Antecedente personal de exceso de peso	sí/no	Dicotómica o binaria.	Según presencia de aumento significativo de peso y/o presencia de sobrepeso u obesidad en el pasado o actualmente, que haya provocado sensación de disconformidad con el propio cuerpo.
Antecedente familiar de exceso de peso	sí/no	Dicotómica o binaria.	Según presencia de obesidad en algún miembro conviviente de la familia en el pasado o actualmente, que haya provocado sensación de disconformidad con el propio cuerpo.
Necesidad de consulta profesional por la presencia de exceso de peso	sí/no	Dicotómica o binaria.	Según antecedente de consulta a profesionales de la salud para el tratamiento del exceso de peso en el pasado o actualmente.
Percepciones negativas sobre la obesidad	Puntaje	numérica discreta.	Se determinará presentando al participante las siguientes 5 afirmaciones sobre las personas con OB: “Las personas con OB tienen mala calidad de vida.” “la OB es una enfermedad” “La OB está relacionada con la ignorancia” “La OB está relacionada a la falta de voluntad/pereza” “La OB está relacionada con la depresión” Se estimarán los siguientes puntajes parciales de cada afirmación a través de una escala de likert de 5 opciones totalmente de acuerdo =5 De acuerdo=4 ni de acuerdo, ni en desacuerdo= 3 En desacuerdo = 2 Totalmente en desacuerdo=1 Se sumarán los puntajes parciales de las cinco afirmaciones, con un rango de puntaje posible mínimo de 5 y máximo de 25 puntos en el caso de las percepciones negativas sobre la obesidad. Se considera que, a mayor puntaje total, mayor es probabilidad de sesgo negativo(7,12).

Actitudes explícitas antiobesidad	puntaje	numérica discreta.	Se estimará a través de la escala de creencias sobre las personas con OB (Beliefs About Obese Persons Scale - BAOP), adaptada al español. Se compone de ocho ítems con declaraciones específicas sobre las causas de la OB. Los encuestados deben indicar el grado en que acuerdan con cada afirmación mediante una escala tipo Likert de 5 valores: Totalmente de acuerdo =5 De acuerdo=4 ni de acuerdo, ni en desacuerdo= 3 En desacuerdo = 2 Totalmente en desacuerdo=1 Se sumarán los puntajes parciales de las 5 afirmaciones, con un rango de puntaje posible mínimo de 8 y máximo de 40 para las actitudes explícitas antiobesidad. Se considera que, a mayor puntaje total, mayor es probabilidad de sesgo negativo(7,12).
-----------------------------------	---------	--------------------	---

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS : ENCUESTA ELECTRÓNICA

ENCUESTA

Lo invito a realizar una breve encuesta.

El propósito del estudio es conocer, mediante una serie de preguntas, su opinión y punto de vista referente a la obesidad en relación a diversas variables (como las sociodemográficas, relaciones sociales, salud psicológica, calidad de vida, etc.)

Las investigadoras se comprometen a respetar la privacidad de sus datos personales y garantizar que sus respuestas serán anonimizadas. Participará de manera libre y voluntaria, tiene el derecho a negarse hacerlo, no recibirá retribución económica ni de ningún tipo, pudiendo elegir no participar.

Si está de acuerdo, por favor indique:

- ☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO.**
- ☐ **PREFIERO NO PARTICIPAR.**

PRIMERA SECCIÓN: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTADO ACADÉMICO.

1- ¿CUÁL ES SU EDAD?

- ☐ 18 a 30 años
- ☐ 31 a 50 años
- ☐ ≥ 50 años

2- ¿CUÁL ES SU GÉNERO?

- ☐ MASCULINO
- ☐ FEMENINO

3- ¿Cómo percibe su estado nutricional en referencia a su peso corporal?

- ☐ BAJO PESO
- ☐ NORMOPESO
- ☐ SOBREPESO
- ☐ OBESIDAD

4- AÑO EN CURSO DE LA CARRERA LIC. EN NUTRICIÓN:

- ☐ 1º año
- ☐ 2º año
- ☐ 3º año
- ☐ 4º año

5- ¿HACE CUÁNTOS AÑOS QUE ESTÁ ESTUDIANDO LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN EN LA UAI?

- ☐ 1 año
- ☐ 2 años
- ☐ 3 años
- ☐ 4 años
- ☐ ≥ 5 años

6- ¿CUÁL ES LA SEDE EN LA CUAL CURSA ACTUALMENTE?

- ☐ SEDE LOMAS
- ☐ SEDE CENTRO

7- ¿CUÁL ES EL TURNO EN EL CUAL CURSA ACTUALMENTE?

- ☐ TURNO MAÑANA
- ☐ TURNO TARDE
- ☐ TURNO NOCHE

SEGUNDA SECCIÓN: EXPERIENCIA Y OPINIÓN – ASPECTOS RELACIONADOS A LA OBESIDAD

1- ¿Ha tenido un aumento de peso significativo en alguna etapa de su vida, que lo haya hecho sentir disconforme con su peso?

- ☐ SI
- ☐ NO

2- ¿Algún miembro de su familia/conviviente ha presentado aumento de peso en el pasado o actualmente, que lo haya hecho sentir disconforme con su peso?

- ☐ SI
- ☐ NO

3- ¿Tuvo que asistir a una consulta nutricional para descender de peso en alguna etapa de su vida?

- ☐ SI
- ☐ NO

4- ¿En algún momento de la carrera Lic. en nutrición se sintió observado/juzgado por su peso/cuerpo?

- ☐ SI
- ☐ NO

5- Seleccione la opción que más se relacione a su opinión frente a la siguiente afirmación:

“Las personas con obesidad tienen mala calidad de vida”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

6- Seleccione la opción que se más relacione a su opinión frente a la siguiente afirmación:

“La obesidad es una enfermedad”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

7- Seleccione la opción que más se relacione a su opinión frente a la siguiente afirmación:

“La obesidad está relacionada con la ignorancia”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

8- Seleccione la opción que más se relacione a su opinión frente a la siguiente afirmación:

“La obesidad está relacionada a la falta de voluntad/pereza”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

9- Seleccione la opción que más se relacione a su opinión frente a la siguiente afirmación:

“La obesidad está relacionada con la depresión”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

TERCERA SECCIÓN: CAUSAS DE LA OBESIDAD.

1) “A menudo, la obesidad ocurre cuando comer se utiliza como una forma de compensar la falta de amor o atención.”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

2) “En muchos casos, la obesidad es el resultado de una alteración biológica.”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

3) “La obesidad es normalmente causada por comer demasiado.”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

4) “Mucha gente obesa tiene este problema a causa de no realizar ejercicio físico.”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

5) “La gente obesa come más que la gente no obesa.”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

6) “La mayoría de la gente obesa tiene malos hábitos alimenticios, los cuales les llevan a su obesidad.”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

7) “La obesidad es causada por la falta de fuerza de voluntad.”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

8) “La gente puede ser adicta a la comida como otros son adictos a las drogas, y suele llegar a ser obesa.”

- ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO
- ☐ DE ACUERDO
- ☐ NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
- ☐ EN DESACUERDO
- ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud (OMS). Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 29 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. García Milian AJ, Creus García ED. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. Rev Cuba Med Gen Integral. septiembre de 2016;32(3):0-0.
3. Tejero ME. Genética de la obesidad. Bol Méd Hosp Infant México. diciembre de 2008;65(6):441-50.
4. Blancas-Flores G, Almanza-Pérez JC, López-Roa RI, Alarcón-Aguilar FJ, García-Macedo R, Cruz M. La obesidad como un proceso inflamatorio. Bol Méd Hosp Infant México. abril de 2010;67(2):88-97.
5. Secretaría de la salud de la Nación Argentina. 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. Biblioteca Cesni [Internet]. [citado 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>
6. Geller G, Watkins PA. Addressing Medical Students' Negative Bias Toward Patients With Obesity Through Ethics Education. AMA J Ethics. 1 de octubre de 2018;20(10):E948-959.
7. Lewitan D, Katz M, Formoso J, Anger V, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina. Estigma en obesidad: validación al español de la escala de creencias sobre las personas con obesidad (BAOP). Actual En Nutr [Internet]. 2022 [citado 1 de noviembre de 2023];23(4). Disponible en: <http://www.revistasan.org.ar/article.php?doi=10.48061/SAN.2022.23.4.195>
8. Moran C, Terrasa SA. El estigma de la obesidad.[Internet]. 30 de septiembre de 2022 [citado 5 de diciembre de 2023];25(3):e007033. Disponible en: <https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/7033>

9. Vilugrón F, Cortés M, Valenzuela J, Rojas C, Gutiérrez P, Vilugrón F, et al. Obesidad, estigma relacionado con el peso y su asociación con la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios chilenos. *Nutr Hosp.* junio de 2023;40(3):543-50.
10. Yildiz M, Yalcinoz Baysal H. Prejudice against obesity in university students studying in health-related departments. *Perspect Psychiatr Care.* abril de 2019;55(2):170-4.
11. Goss AL, Rethy L, Pearl RL, DeLisser HM. The “difficult” cadaver: weight bias in the gross anatomy lab. *Med Educ Online.* 25(1):1742966.
12. Phelan SM, Burgess DJ, Puhl R, Dyrbye LN, Dovidio JF, Yeazel M, et al. The Adverse Effect of Weight Stigma on the Well-Being of Medical Students with Overweight or Obesity: Findings from a National Survey. *J Gen Intern Med.* septiembre de 2015;30(9):1251-8.
13. Obara AA, Vivolo SRGF, Alvarenga MDS. Weight bias in nutritional practice: a study with nutrition students. *Cad Saude Publica.* 20 de agosto de 2018;34(8):e00088017.
14. Jayawickrama RS, O’Connor M, Flint SW, Hemmingsson E, Lawrence BJ. Explicit and implicit weight bias among health care students: a cross-sectional study of 39 Australian universities. *EClinicalMedicine.* 1 de abril de 2023;58:101894.
15. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep.* junio de 2015;4(2):182-90.
16. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* abril de 2020;26(4):485-97.
17. Galante M, O’donnell V, Gaudio M, Begué C, King A, Goldberg L. Situación epidemiológica de la obesidad en la Argentina. *Revista argentina de cardiología.* abril de 2016;84(2):1-10.

18. Sánchez D, Carracedo A. El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa - ScienceDirect [Internet]. [citado 3 de marzo de 2024]. Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530016422000301>
19. Alimoradi Z, Golboni F, Griffiths MD, Broström A, Lin CY, Pakpour AH. Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*. 1 de julio de 2020;39(7):2001-13.
20. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2020;21(1):e12935.
21. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, Theophilus M, Alexander E, Haywood D, et al. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)*. 1 de noviembre de 2021;29(11):1802-12.
22. Puhl RM, Lessard LM, Pearl RL, Himmelstein MS, Foster GD. International comparisons of weight stigma: addressing a void in the field. *Int J Obes*. septiembre de 2021;45(9):1976-85.