



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**EMOCIONES, ACTITUDES Y CREENCIAS  
RELACIONADAS A LA OBESIDAD EN ESTUDIANTES Y  
PROFESIONALES DE LA SALUD**

# **T E S I S**

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA,**

PRESENTA:

**DIANA LIZBETH SAUCEDO FERNÁNDEZ**

DIRECTORA:

**DRA. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM**

REVISORA:

**DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA**

SINODALES:

**DR. JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ**

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**DRA. KARLA EDITH GONZÁLEZ ALCÁNTARA**



**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS ACADÉMICOS**

A la Facultad de Psicología y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por ser mis dos casas de estudio.

A la Dra. Ana Rojas quien me aceptó con mucho cariño, siempre con la disposición y paciencia para poner en práctica todo lo que aprendí durante la carrera, por las enseñanzas nuevas, resolver mis dudas y por la motivación para seguir mi vida académica.

A la Dra. Angélica Juárez por brindarme la orientación para corregir el estilo de mi trabajo y por las observaciones para mejorarlo, sobre todo por la disposición para atender a mis solicitudes en tiempo y forma.

A la Dra. Karla E. González Alcántara y a la Dra. Cecilia Silva por ser mis madres académicas desde segundo semestre y abrirme las puertas del laboratorio, así como por confiar en mí y enseñarme todos los aspectos en torno a una investigación y por los diversos apoyos que me otorgaron para formarme profesional y académicamente.

A la Mtra. Mariana Valdés, jefa de la Carrera de Nutriología; al Dr. Víctor Macías, jefe de la Carrera de Médico Cirujano; y al Dr. Jorge Barona, jefe de la CUAS Zaragoza por facilitarme el contacto con sus estudiantes y profesores para extenderles la invitación a participar en esta investigación, así como por el apoyo y respeto que siempre me brindaron al tratarme como una profesional.

A mis sinodales por la comprensión, atención y apoyo brindado para concluir este trabajo, así como por los conocimientos brindados y con ello ser el escalón para ayudarme a llegar a la siguiente etapa de mi vida académica.

## AGRADECIMIENTOS PERSONALES

A mis padres Rosa Isela y José Luis quienes me dieron todas las herramientas para permitirme llegar hasta donde estoy y ser mi ejemplo para lograr mis objetivos con disciplina, dedicación y amor lo cual me está permitiendo cumplir mis metas; a mis hermanos Pepe y Ricardo por brindarme el apoyo que estuvo en sus capacidades y proporcionarme momentos lúdicos entre la realización de mis deberes.

A mis hermanitos Emi y Vale quienes durante toda la carrera me enseñaron más de lo que podría enseñarles y siempre me recibieron con tanto cariño mejorando hasta el más complicado de los días; a mis tíos Rosa y Alfredo, jamás podré pagarles todo el cariño y apoyo que me brindaron para hacer más llevadero mi camino universitario.

A mis familiares quienes resultaron igual de importantes en mi vida académica al interesarse por mis metas y ayudarme en lo que pudieron, muchas veces un oído fue suficiente para sentirme apoyada.

A todas las amistades quienes me acompañaron durante la universidad, así les haya conocido fuera de ella.

A Mariana Verdeja quien fue pieza clave para el origen de este trabajo, gracias a ti estoy más cerca de llegar a mis sueños. A mis hermanas Leslie, Victoria y Andrea quienes fueron mi gran apoyo en todos los aspectos de mi vida durante los últimos seis años, qué fortuna tenerlas y espero que nos acompañemos en nuestros demás logros. A Nicole, Ross, Ángel, Alexis, Héctor Lalito, Oscar Morales, Kim y Emiliano por el cariño y la motivación brindada, así como la confianza que depositaron en mí incluso cuando llegaba a dudar de mis capacidades. Siempre a Saúl por ser mi cómplice y mejor amigo desde hace 18 años, gracias por motivarme y estar ahí para escucharme.

A los profesores que me inspiraron, acompañaron y motivaron para luchar por mis sueños siempre mostrando disciplina, pero a la vez disfrutando el camino. Especialmente al Dr. Diego Luna-Bazaldúa quien además demostró ser un gran amigo desde el primer semestre de la carrera hasta la fecha.

A Donna, Choco y Kika quienes fueron compañeras leales tanto en mi vida universitaria como en la realización de todo este proyecto.

A todos los participantes y a quienes me ayudaron a contactarles, de cierta manera la realización de este proyecto la comparto con ustedes.

Aunque parezca risible, también quiero agradecer a los guionistas de *Yo soy Betty, la fea* (1999) por el vasto vocabulario y estilo que me sirvió para estructurar y redactar mis ideas.

Finalmente quiero agradecerme a mí, por tomar este reto con el cual fui capaz de atravesar muchos límites y crecer tanto personal como académicamente, sin desistir a pesar de los eventos caóticos que llegué a vivir para los cuales la realización de esta tesis fue el escape que necesité y disfruté.

*Para abuelita, Paty, Víctor, y con mucha nostalgia y amor para Lupita y Carlos.*

*Comparto este logro con ustedes anhelando uno de sus abrazos,  
pero satisfecha porque a pesar de estar en otro plano pude  
sentir su amor y apoyo en la realización de este trabajo.*

**ÍNDICE**

<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1: Modelos Explicativos De La Obesidad</b>	<b>7</b>
Factores Psicológicos	9
Factores Biológicos	13
Factores Socio-Culturales	15
<b>Capítulo 2: Diagnóstico y Tratamiento</b>	<b>16</b>
Diagnóstico	17
Índice de Masa Corporal	17
Relación Cintura-Cadera	17
Cálculo del Tamaño de la Estructura Corporal	17
Calibrador	18
Perfil Genético de la Obesidad	18
Impedancia Bioeléctrica	19
Tratamiento	21
Dietas	21
Ejercicio	24
Farmacológico	24
Productos Milagro	26
<b>Capítulo 3: Estigma Sanitario</b>	<b>30</b>
Emociones	31
Actitudes	31
Creencias	35
<b>Planteamiento del Problema</b>	<b>37</b>
Justificación	37
Objetivos	38
Objetivo General	38
Objetivos Específicos	38
Pregunta de Investigación	39
Hipótesis	39
Variables	39
<b>MÉTODO</b>	<b>41</b>
Tipo de Estudio y Diseño	41
Participantes	41
Muestreo	44
Procedimiento	44

Lineamientos éticos	45
Instrumentos	45
Cuestionario Sociodemográfico	45
Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP)	46
Test de Asociaciones Implícitas	46
Diferencial Semántico	48
Siluetas de Stunkard	49
<b>Análisis de Datos</b>	<b>50</b>
<b>Resultados</b>	<b>51</b>
<b>Discusión</b>	<b>68</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>70</b>
<b>Limitaciones y sugerencias</b>	<b>72</b>
<b>Referencias</b>	<b>73</b>
<b>APÉNDICES</b>	<b>89</b>
Apéndice A. Carta Consentimiento	89
Apéndice B. Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP)	90
Apéndice C. Pantalla de la prueba en los bloques de categorías individuales.	91
Apéndice D. Pantalla de la prueba en los bloques de categorías asociadas.	92
Apéndice E. Diferencial Semántico.	93
Apéndice F. Siluetas de Stunkard.	94
Apéndice G. Cuestionario Sociodemográfico.	95

## Resumen

Las emociones, actitudes y creencias negativas hacia las personas con obesidad suelen originar tratos injustos por parte del personal de salud lo cual perjudica el bienestar de este sector de la población. **Objetivo:** Comparar las emociones, actitudes y creencias hacia las personas con obesidad que tienen los estudiantes y profesionales de la salud para caracterizar el trato que brindan a partir de ello, lo cual influye en la adherencia del paciente al tratamiento. **Diseño y método:** Estudio descriptivo transversal con 70 estudiantes de los primeros semestres de las licenciaturas en medicina y nutrición y 66 profesionales de la salud de las mismas licenciaturas con mínimo dos años de experiencia quienes participaron voluntariamente accediendo a la plataforma digital *Gorilla Experiment Builder* (gorilla.sc) donde contestaron el Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP), el Test de Asociaciones Implícitas, un Diferencial Semántico y las Siluetas de Stunkard. **Resultados:** Los resultados fueron analizados mediante las pruebas *t* de Student para muestras independientes, se encontraron diferencias significativas entre estudiantes y profesionales. **Conclusiones:** Se invita a la implementación de programas educativos que difundan la multifactoriedad de la obesidad para fomentar empatía.

*Palabras clave:* estigma, obesidad, profesionales de la salud. medicina, nutrición



## Introducción

La obesidad es una condición compleja debido a que suele originarse por diversos factores que incluso pueden coexistir, sin embargo, actualmente se considera a la responsabilidad individual como única causa y tratamiento de ésta creando conductas discriminatorias a quienes presentan esta condición, conductas que también están presentes en el sector sanitario. Por ello, la estructura de la presente investigación se compone de los siguientes apartados:

Para entender la multifactoriedad de la obesidad, en el capítulo uno, se describen los modelos explicativos más comunes, sin embargo, no debe limitarse la causa a ellos ya que pueden coexistir con otros dependiendo de cada individuo.

En el capítulo dos, se describen los distintos tratamientos con los cuales se aborda a la obesidad actualmente partiendo de un diagnóstico realizado por distintos métodos lo cual respalda la multicausalidad de la condición.

En el capítulo tres, se profundiza en las emociones, creencias y actitudes del personal de la salud ante esta condición, así como los estereotipos y estigmas que surgen de la interacción de emociones, creencias y actitudes negativas hacia las personas con obesidad ya que suelen ser origen del trato que el personal sanitario le da a sus pacientes.

Posteriormente se describe el procedimiento mediante el cual se analizan las creencias, emociones y actitudes de dos grupos: estudiantes de nuevo ingreso a las licenciaturas de medicina y nutriología; y profesionales con mínimo dos años de experiencia en los mismos campos de estudio.

Finalmente, se presentan los resultados obtenidos en cada grupo, después se analizaron por licenciatura para caracterizar las actitudes, creencias y emociones de cada pareja de grupos comparados y así dar paso a la discusión donde se comparó lo obtenido con lo revisado en los antecedentes.

## Capítulo 1: Modelos Explicativos De La Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define al sobrepeso y a la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa la cual puede perjudicar la salud y se presenta en diversos países sin importar su nivel de desarrollo.

Sin embargo, la definición de la OMS indica que no en todos los casos de sobrepeso u obesidad se perjudica a la salud, incluso actualmente existe el movimiento conocido como *Health at Every Size (HAES)* el cual, respaldado por evidencia científica, establece que el peso no debe ser un indicador de la salud porque así como pueden existir personas delgadas con problemas de salud, pueden existir personas con peso elevado pero con niveles saludables de colesterol, presión y hasta con mejor actividad física. Destacando así que, a pesar del supuesto de que la obesidad se correlaciona con problemas como la diabetes o la hipertensión, esto no indica que necesariamente sea la causa ya que pueden coexistir por un elemento en común que las origina (Schons, 2022).

Información reciente indica que la obesidad es una enfermedad crónico-degenerativa con múltiples causas que van más allá de la dieta y el ejercicio ya que hay varios pacientes que, aunque cumplan con la alimentación y actividad adecuada no logran bajar de peso (Solano, 2022). Incluso, en los últimos 40 años, ningún país ha reducido su prevalencia de obesidad y sobrepeso por lo cual existe la posibilidad de que estemos en presencia de distintas enfermedades con manifestaciones similares a la obesidad, las cuales también tienen sus causas en factores genéticos, biológicos, ambientales e individuales (De Domingo Bartolomé y López Guzmán, 2014; Solano, 2022; World Obesity Federation, 2019).

A pesar de que la misma OMS (2021) reconoce que la obesidad es multicausal, la población e incluso el sistema de salud se sigue enfocando en destacar la responsabilidad individual por temor a que se pierda validez en la importancia de mantener hábitos saludables (Bautista-Díaz et al., 2019) descuidando así la importancia de difundir las causas que no están bajo el control personal lo cual ha sido origen de múltiples actitudes en contra de la población catalogada con obesidad o sobrepeso.

Aunque la multicausalidad de la obesidad se ha informado en instituciones dedicadas a la formación de profesionales de la salud y que los estudiantes difunden esa misma información, se ha encontrado que implícitamente continúan señalando a las personas obesas como únicas responsables de su condición (López et al., 2014; Sánchez-Carracedo, 2022), incluso muestran las mismas actitudes aversivas hacia las personas con obesidad, que sus pares de licenciaturas no orientadas a la salud (López et al., 2014). A pesar de que en los años cercanos al 2014 se detectó una reducción del estigma, en investigaciones realizadas dos años después se halló que el 90% de los estudiantes de licenciatura en activación física tenían aversión contra la obesidad y miedo a engordar, a la vez que asignaban atributos negativos a las personas con obesidad (Lorenzo et al., 2016).

Además de las enfermedades orgánicas con las cuales la obesidad puede ser comórbida, se ha hallado que la propia discriminación de la que son objeto las personas genera estrés fisiológico, el cual altera el control neuroendócrino aumentando la adiposidad y por ende mantiene o incluso aumenta, su peso corporal (Esquivias-Zavala et al., 2022). La misma discriminación social puede potenciar las consecuencias psicológicas y biofisiológicas de las personas con exceso de peso corporal (Bautista-Díaz et al., 2019; Cassiano et al., 2021).

Hasta el 2018 se comenzó a contemplar a la discriminación debido al peso corporal dentro de las causas de discriminación por apariencia de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (Bautista-Díaz et al., 2019), lo cual nos habla de un rezago en cuanto a la información en torno al estigma y, por ende, un retraso en las acciones para enfrentarlo.

Es por ello por lo que en este capítulo se relata en qué consisten varios factores que podrían explicar la obesidad en algunas personas, cabe mencionar que no son factores aislados y no depende solo del cumplimiento de ellos, sino que muchas veces puede existir la interacción de varios (Silvestri y Stavile, 2005a).

A pesar de su posible interacción, cada uno de los factores presentados definen a la obesidad con distinto enfoque: ya sea en el marco de enfermedades, como condición, dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, de los trastornos mentales en general, como alteraciones cognitivas, fisiológicas o genéticas.

### **Factores Psicológicos**

No existe una personalidad específica de las personas con obesidad (Unikel, 2015), pero existen procesos cognitivos y conductuales que pueden presentarse con frecuencia en ellas, aunque la presencia e intensidad de cada proceso varía en cada persona: creer que delgadez es sinónimo de salud y/o seguir patrones dietéticos erróneos con exceso en los patrones de ejercicio; experimentar emociones negativas como depresión, ansiedad y baja autoestima; comer como medio para solucionar distintas emociones; ausencia de autodisciplina en sus conductas alimentarias; y distorsión de la imagen corporal que varía en mujeres y hombres ya que mientras las primeras tienen menor satisfacción con su cuerpo debido a la fuerte presión social acerca de

su peso corporal, los hombres suelen subestimar su peso y considerar su sobrepeso normal (Guillén, 2017).

### ***Comer Para Enfrentar Emociones***

Una teoría sobre el origen de la conducta de comer como respuesta a diferentes emociones se ha explicado por las ocasiones durante la infancia donde las personas eran alimentadas al manifestar cualquier emoción (Silvestri y Stavile, 2005a).

En cuanto a experiencias traumáticas, quienes reportan haber sido abusados sexualmente antes de los 16 años presentan mayor riesgo a desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria y el mismo evento se ha relacionado como un factor de riesgo para desarrollar obesidad mediante cambios físicos, secuelas psicológicas y consecuencias conductuales, además de estar ligado con la depresión, pues se tiene la hipótesis de que la obesidad tiene la función de des-sexualizar a modo de protección (Unikel, 2015).

### ***Obesidad y Patologías***

Las características psicológicas individuales, así como los conflictos psicológicos ya existentes pueden explicar en cierta medida la presencia de psicopatología (Silvestri y Stavile, 2005b). Incluso, muchas veces la psicopatología que pueden llegar a presentar puede originarse por el rechazo que experimentan, o la ansiedad y el estrés de no poder explicar el origen de sus emociones y optan por comer de más (Silvestri y Stavile, 2005a).

Debe entenderse que existen medicamentos para tratar distintas condiciones psicológicas que ocasionan un aumento en el peso corporal (De Domingo y López, 2014).

Entre el 30 y 60% de las personas con obesidad pueden presentar alguna psicopatología que puede ser tratada como la depresión, trastorno por estrés postraumático y alexitimia, sin embargo, se debe tener cierto cuidado al generalizar la prevalencia de trastornos psicológicos en esta población ya que muchas veces esas conclusiones emergen de investigaciones donde no existieron controles adecuados o pudieron ser sesgadas por la dificultad de las personas a identificar sus propias emociones (Unikel, 2015).

### ***Déficit en el Control de Impulsos***

Se ha difundido que es probable que quienes presentan obesidad muestren como característica propia una deficiencia en el control de sus impulsos (López y Garcés, 2012; López y Garcés, 2016). Anatómicamente también se ha respaldado debido a que se encontró que la conectividad funcional entre la corteza prefrontal ventromedial (VMPFC, por sus siglas en inglés) y la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC, por sus siglas en inglés) influye en el control de impulsos contribuyendo a un mayor éxito en las dietas para reducir peso (Weygandt, 2013).

Si el consumo descontrolado y excesivo de alimento se vuelve disfuncional para el individuo se podría comenzar a hablar de la *edorexia*, término propuesto por López y Garcés (2012) para definir a un problema mental causado por un déficit en el control de impulsos ante ciertos estímulos ambientales, como situaciones que generen estrés, ansiedad o depresión, los cuales provocan un deseo de comer en exceso sin necesidad energética, generando así que el individuo aumente de peso (López y Garcés, 2016).

A pesar de que la edorexia sea definida como un problema mental, la realidad es que los individuos con sobrepeso pueden o no presentar un problema de esa índole ya que depende de las características psicológicas individuales y el contexto social.

### ***Adicción a la Comida***

Se ha relacionado el consumo excesivo de la comida con el consumo a las drogas debido a que activan mecanismos fisiológicos similares, dopamina y corticoliberina (CRH), como consecuencia a eventos estresantes o a la ansiedad (López y Garcés, 2012; Carlson, 2014). Incluso Carlson (2014) documenta que puede ser más sencillo vencer una drogadicción que vencer un consumo excesivo de comida debido a que la evitación de las personas y lugares, que se suele recomendar para detener el consumo de sustancias ilícitas, no es igual de viable para el consumo de alimentos ya que es una actividad esencial en la vida.

Cabe aclarar, que no debe verse a la comida como una sustancia adictiva ya que no producen las consecuencias negativas que suelen relacionarse con las sustancias de abuso, pero en exceso puede afectar la funcionalidad del individuo (López y Garcés, 2012).

Incluso Silvestri y Stavile (2005c) resumen lo anterior en la frase: *La comida no es adictiva. Sí lo es la conexión del individuo con ella.* Con la cual se engloba a los factores químicos que se relacionan con los sentimientos y las necesidades fisiológicas.

### ***Pensamiento Dicotómico***

Debido al insistente deseo de bajar de peso o prevenir aumentarlo, muchas personas restringen sus dietas basándose en dos dimensiones del pensamiento: Control Rígido (CR) y Control Flexible (CF). Donde el CR consiste en establecer alimentos “prohibidos”, saltarse



comidas o intentar bajar de peso en poco tiempo con cualquier medio, mientras que el CF se basa en planear y auto-regular la ingesta mediante una variedad de alimentos consumidos a lo largo del día (Meule, 2017; Timko y Perone, 2004). A pesar de que las dimensiones coexistan, una puede llegar a presentarse en mayor intensidad a la otra provocando distintos efectos en el peso corporal:

Se ha encontrado que cuando existe mayor CF, el Índice de Masa Corporal (IMC) es menor en mujeres, sin embargo, no se encontró alguna relación con el IMC de los hombres. Mientras que cuando hay un mayor CR sí se encontró un aumento en el IMC tanto en mujeres como en hombres (Timko y Perone, 2004).

Meule (2017) halló que el aumento de peso cuando existe CR puede deberse al aumento de intensidad y frecuencia de los antojos, al menor éxito de autorregulación del peso y al bajo CF.

## **Factores Biológicos**

### ***Fisiología***

Como se mencionó anteriormente, el deseo de comer puede verse alterado por eventos estresantes en los cuales participan la dopamina y la CRH. Esta conexión puede explicarse debido a que la dopamina regula a la grelina, hormona que fomenta la ingesta, y a la vez tiene un papel fundamental en los antojos, los hábitos y las recompensas (Youdim, 2021).

La dopamina es segregada por el núcleo accumbens el cual se ha encontrado que aumenta su actividad con tan solo presenciar imágenes de alimentos provocando así apetito en individuos que comen en exceso (Demos, Heatherton y Kelley, 2012), incluso los mismos autores

concluyeron que existe una falta de control en los individuos que no les permite resistirse a estos estímulos.

Existen factores fisiológicos externos al sistema límbico que también pueden influir en la predisposición de una persona a la obesidad como son los trastornos endócrinos, el microbioma intestinal y el ciclo de sueño/vigilia (Youdim, 2021).

En cuanto al último factor, se ha encontrado que el tener pocas horas de sueño disminuye la leptina y aumenta la grelina causando cambios internos que llevan a una pérdida del control del apetito, es por ello por lo que se exhorta a difundir medidas de higiene de sueño eficientes que contribuyan a reducir este factor predisponente de la obesidad (Escobar et al., 2013).

### ***Genética***

Existen factores genéticos que pueden explicar entre el 30 y 40% de la variación del IMC y hasta el 70% de la distribución del tejido adiposo (Campos, 2016) lo cual no significa que existan genes específicos de la obesidad, sino que pueden existir variaciones en una serie de genes que controlan la saciedad y el consumo de energía (Salud MAPFRE, 2021).

Por otro lado, parte de nuestra herencia genética son las estrategias del organismo para buscar alimento debido al gran esfuerzo que representaba para nuestros ancestros (López y Garcés, 2012). Siendo más específicos, deben considerarse dos fenotipos que intervienen en la eficacia del metabolismo (Carlson, 2014):

**Fenotipo Ahorrativo.** Adaptativamente es considerado un metabolismo eficaz ya que reserva las calorías a largo plazo, sin embargo, esas reservas tienden a crecer si se vive en un

entorno donde no existe gran limitación para el acceso a la comida provocando así que el individuo tienda a la obesidad.

**Fenotipo Derrochador.** Adaptativamente considerado poco eficaz, debido a que no reserva las calorías por lo cual se pueden comer grandes cantidades sin subir de peso.

La diversidad de fenotipos puede explicarse por las regiones donde vivieron nuestros ancestros ya que influyeron en cuánto tiempo tenían que soportar los individuos sin alimento. Así, la conducta alimentaria ha sido un proceso evolutivo de adaptación al medio ambiente (García et al., 2016).

### **Factores Socio-Culturales**

Resulta irresponsable e impreciso querer comprender el comportamiento sin considerar el contexto en el cual ocurre (Campos, 2016). Debido a que el entorno donde se lleva a cabo la conducta alimentaria interviene para que ésta sea placentera o displacentera (Morales, 2017).

El estatus económico influye en la calidad de servicios de salud a los que se tiene acceso, los tipos de alimento que se pueden adquirir y la disponibilidad para realizar ejercicio físico, así como en la calidad de sueño y los niveles de ansiedad (Jackson-Gibson, 2021).

En México existe la *Paradoja de la obesidad* (Unikel, 2015) la cual describe un aumento paralelo de la prevalencia de sobrepeso con el incremento de la población en situación de pobreza, consiste en que las personas con menores ingresos destinan hasta el 80% de sus ingresos a la compra de alimentos (Torres y Rojas, 2018) que suelen ser altos en energía, pero carentes de nutrientes y diversidad que pueda prevenir enfermedades crónicas. Cabe señalar que

la elección de alimentos no solo depende de las preferencias de las personas, sino que está condicionada por circunstancias sociales, culturales, económicas y propias de los alimentos, por lo cual las personas en situación de pobreza buscan los alimentos que les proporcionen mayor energía a un precio menor, aunque carezcan de nutrientes. Además, la falta de seguridad y accesibilidad a áreas verdes en zonas urbanas resulta un impedimento para la realización de actividad física (Unikel, 2015).

La negligencia parental también incrementa el riesgo de la obesidad independientemente de la edad, el Índice de Masa Corporal (IMC), sexo o estado socioeconómico. La falta de apoyo social se relaciona con la obesidad, el estrés psicológico con comer en ausencia de hambre y una elevada ansiedad se relaciona con el comer emocional y la falta de control (Unikel, 2015).

Al entender la multifactoriedad del origen de la obesidad, resulta preciso conocer que existen distintos diagnósticos y tratamientos para atender las causas que participan en la situación de cada individuo.

## **Capítulo 2: Diagnóstico y Tratamiento**

Aunque es tradicional basarse en el Índice de Masa Corporal (IMC) para diagnosticar la obesidad, actualmente existen otros métodos para la misma tarea que responden a la complejidad de la condición. De igual manera, existen diversos tratamientos para atender la obesidad desde distintos enfoques y no sólo buscando la pérdida de peso, aunque este sea el objetivo que aún impera en muchos tratamientos.

## **Diagnóstico**

### ***Índice de Masa Corporal***

La OMS (2021) ha utilizado el IMC para determinar la presencia de obesidad (Campos, 2016), este indicador se origina relacionando peso y talla mediante el cálculo de dividir el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros, si el resultado resulta igual o superior a 25 se definirá como persona con sobrepeso; y si el resultado es igual o superior a 30 se definirá como persona con obesidad (OMS, 2021). Sin embargo, en México la clasificación basada en el IMC varía al distinguir el sobrepeso en tres grados ya que si el resultado es debajo de 18.5 indica delgadez, entre 18.5 y 24.99 se refiere a la normalidad, entre 25.00 y 29.99 denota sobrepeso grado 1, mientras que un IMC entre 30 y 39.99 corresponde a sobrepeso grado 2 y mayor a 40 indica sobrepeso grado 3 (Vargas y Casillas, 1998).

### ***Relación Cintura-Cadera***

Medida para detectar riesgo de enfermedad cardiovascular y posible sobrepeso (Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, 2018). Se calcula dividiendo el perímetro del abdomen entre el perímetro de la cadera, y si el resultado es mayor a 0.8 indica riesgo (Gimeno, 2003).

### ***Cálculo del Tamaño de la Estructura Corporal***

Existen medidas antropométricas que evalúan el tamaño de los huesos para considerar la presencia del tejido magro que puede estar influyendo en el peso corporal por lo cual se podría diagnosticar erróneamente (Ramírez et al., 2012).

**Anchura del Codo.** Se mide el espacio entre las dos prominencias óseas a ambos lados del codo al estar en una posición flexionada a 90° (Ramírez et al., 2012).

**Perímetro de la Muñeca y Estatura.** Se clasifica la estructura ósea en pequeña, mediana y grande dependiendo de la estatura de la persona con relación a la circunferencia de su muñeca (Enciclopedia Médica A.D.A.M., 2020).

Las dos medidas anteriores deben ser tratadas con cautela debido a que una misma persona que se someta a ambas puede resultar en diferentes constituciones corporales, por lo cual Ramírez et al. (2012) recomiendan confiar más en la anchura del codo debido a que las tablas de peso y estatura más usadas en Estados Unidos se basaron en esta medida antropométrica para su creación.

### ***Calibrador***

Instrumento con el que se miden los pliegues cutáneos en diferentes partes del cuerpo para determinar el porcentaje de densidad corporal, masa magra y masa grasa (Kuklinski, 2003; Peña, 2013).

### ***Perfil Genético de la Obesidad***

Se puede realizar mediante una muestra de sangre o un raspado de la mucosa oral, valora genes que controlan el apetito y la saciedad, la formación del tejido graso, la regulación de la temperatura corporal, del peso o de los niveles de insulina en sangre (Salud MAPFRE, 2021).

### ***Impedancia Bioeléctrica***

Se calcula la resistencia corporal a la corriente eléctrica, partiendo del hecho que el tejido magro conduce mejor la electricidad que el tejido graso (Gimeno, 2003). Sin embargo, actualmente se cuestiona su eficacia ya que no se ha validado en adultos con muy bajo peso, obesidad ni edematizados (Cruz, 2022).

A pesar de la existencia de los distintos métodos para diagnosticar la obesidad, el IMC sigue siendo la medida más usada. Sin embargo, no debe usarse como medida decisiva o única para el diagnóstico debido a los debates en torno a su origen:

La fórmula que se considera actualmente para calcularlo fue creada a mediados del siglo XIX por Quetelet para censar la distribución de la población europea, nunca lo relacionó con conceptos de la salud. Fue hasta 1972 que la investigadora Keys, concluyó que era más efectivo para medir la obesidad que las tablas de peso y altura que comúnmente se utilizaban (Jackson-Gibson, 2021), sin embargo, actualmente se recomienda utilizarla solo como herramienta de tamizaje y evitar crear diagnósticos a partir de ella (Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, 2018; Sean et al., 2020).

Este índice ha sido tema de debate debido a que sus categorías han alimentado los estigmas de peso y no contempla diferencias raciales, de sexo, de edad u otros índices de salud que pueden estar interviniendo en el peso corporal. Por ejemplo, se ha encontrado que la búsqueda de la delgadez mediante dietas no supervisadas por profesionales incrementa la posibilidad de tener una enfermedad coronaria, úlceras estomacales y alto colesterol, independientemente del IMC de la persona (Jackson-Gibson, 2021), incluso personas con bajo

IMC pueden presentar una presión alta debido al alto porcentaje de grasa que podrían tener (Palomo, 2022).

El IMC no resulta confiable en edades avanzadas debido a que los individuos van perdiendo masa muscular y ósea, pero pueden ir ganando grasa abdominal lo cual suele confundir los pronósticos de salud (Palomo, 2022). Además, existen múltiples factores que aumentan el apetito de las personas, aunque no incrementa su IMC como el estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño o el mecanismo homeostático energético (López y Garcés, 2012). Por lo tanto, el IMC no puede ser considerado como la medida ideal para determinar diversos aspectos de la salud, por ello es recomendable que se utilicen varias técnicas encaminadas a cierto objetivo para hacer más precisa la evaluación final sin perder tiempo ni recursos (Gimeno, 2003).

Varios especialistas apoyan al IMC y la circunferencia abdominal por ser medidas rápidas y sencillas de utilizar para determinar problemas de salud relacionadas al peso corporal (Palomo, 2022), pero esa técnica deja fuera el contexto en el que vive cada persona, su historia clínica o familiar para determinar las posibles causas de su aumento de peso y poder brindarle un tratamiento adecuado. Aunque es justo aclarar que, en consultas del Instituto Mexicano del Seguro Social, los nutricionistas y dietistas deben atender tres consultas por hora (Dirección de Prestaciones Médicas, 2012) por lo cual el tiempo que pueden dedicarle a cada paciente es extremadamente corto para hallar las posibles causas de su exceso de peso, esta limitación también ocurre en consultorios de farmacias genéricas que brindan atención médica a bajo costo y que frecuentemente tienen errores de prescripción, automedicación y abuso de medicamentos de venta con receta (Morse, 2018).



Así como la obesidad es multicausal, el tratamiento también debe atender diversos factores que influyen en la vida de cada individuo para que resulte más efectivo (García et al., 2016).

### **Tratamiento**

Con el tratamiento se busca que las personas modifiquen su estilo de vida mediante hábitos saludables donde se sugiere principalmente que disminuyan su peso corporal modificando su estilo de vida mediante cambios en la alimentación y actividad física (Ministerio de Salud de la Nación, 2016). Se recomienda informar al paciente que no existe el éxito total ni el fracaso completo en su proceso por lo tanto las recaídas no lo deterioran, aunque se debe tener conciencia de la enfermedad para evitarlas en la medida de lo posible (Unikel, 2015).

A continuación, se describen los tratamientos más usuales para el control de la obesidad los cuales incluyen cambios en la dieta, activación física, tratamiento farmacológico y los productos milagro.

### ***Dietas***

Una dieta es el conjunto de alimentos que se consumen diariamente sin importar si cubre las necesidades energéticas y nutrimentales (García et al., 2016).

**Dietas Ideales para la Reducción de Peso Corporal.** Se refiere a aquella a la que una persona se adhiere mejor y le permite permanecer con ella el mayor tiempo posible conservando los cambios adquiridos (Winterman et al., 2021). Lo recomendable es que a lo largo de 6 meses se reduzca gradual y sostenidamente entre el 5 y 10% del peso corporal con el que se inició. Es

necesario que la reducción no sea más de 1.5% del peso por semana o más de 1.5 kg por semana a lo largo de un mes ya que eso indicaría riesgos a la salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2016). Se debe tener especial cuidado con los aspectos emocionales que puedan acompañar la reducción de peso como los síntomas depresivos, desmotivación, desánimo, ansiedad, desamparo aprendido y frustración al perder menos peso del que se desea, incremento de los atracones y reemplazo de la conducta de comer en exceso por una adicción a sustancias nocivas o problemas de conducta (Unikel, 2015).

**Dietas de Moda o Milagro.** Se les denomina así a las dietas que prometen reducir el peso en un tiempo menor a 6 meses, siendo fáciles de seguir, pero sin una base científica que las avale (Mireles, 2014). Además de prometer la reducción de peso en poco tiempo, suelen identificarse porque prohíben el consumo de un alimento o grupo, contiene listas de alimentos “buenos” o “malos”, atribuyen propiedades extraordinarias a algún alimento e incluyen testimonios de quienes lo probaron (Winterman et al., 2021). No es recomendable restringir el consumo de ciertos alimentos, a menos que sean patológicos para la persona, debido a que solo se incrementa el deseo de su consumo y puede fomentar episodios de atracones (García et al., 2016; López y Garcés, 2012), incluso muchas dietas estrictas eliminan algunos nutrientes causando malnutrición (Kuklinski, 2003). En cambio, es recomendable optar por disminuir las cantidades en que la persona consume el determinado alimento (García et al., 2016).

Se debe tener en cuenta que a pesar de que con algunas dietas se reduzca el peso corporal, no existe evidencia que indique si la pérdida fue en masa grasa o masa magra ni otros componentes de la composición corporal que pudieron verse afectados por ella, además que en varias se recupera el peso a largo plazo (Winterman et al., 2021). Es necesario aclarar que un

descenso veloz del peso no es sinónimo de bienestar o éxito ya que puede aumentar el riesgo de problemas de salud como litiasis biliar y pérdida de masa ósea, a lo cual habría que aumentarle la re-ganancia de entre 4.5 y 9 kg en 3 a 6 años si la reducción se está buscando mediante planes facilitadores de variaciones cíclicas de peso (Ministerio de Salud de la Nación, 2016). Incluso se debe tener precaución al recomendar la pérdida de peso en pacientes con depresión o historia de ideación o intentos suicidas, para ello se debe trabajar de la mano con un profesional de la salud mental (Unikel, 2015).

Recientemente se ha difundido otro tipo de dietas con distinto enfoque a las ordinarias y a las milagro:

**Dieta Intuitiva.** Consiste en consumir cualquier tipo de alimento que a las personas les apetezcan cuando tienen hambre y concluyendo al sentirse satisfechos. Evitando así los “rebotes” posteriores a los atracones que suelen ocurrir con las dietas restrictivas; permite tener lentas y pequeñas variaciones en los hábitos consiguiendo beneficios a largo plazo. No hay evidencia que la relacione con la pérdida de peso, pero sí con mantenerlo mejorando niveles de glucosa en sangre, restaurando el metabolismo, incluso se ha relacionado con menor probabilidad de tener baja autoestima, depresión, rechazo a su cuerpo y fomenta una mejor relación con la comida ya que en estudios longitudinales con comedores intuitivos se ha demostrado que presentan menor probabilidad de tener ayunos, saltarse comidas o tener atracones (Milne, 2023).

### ***Ejercicio***

Se define al ejercicio como una actividad física planificada, sistematizada, metodizada, estructurada, repetitiva y realizada con la finalidad de mejorar o mantener la aptitud física (Álvarez et al., 2016).

Para iniciar con el hábito del ejercicio para el control de peso a largo plazo se recomienda hacer de 30 minutos a una hora de ejercicio diario pero si la falta de tiempo es un límite se puede realizar de forma intermitente, por ejemplo realizando 3 sesiones de 10 minutos de ejercicio a lo largo del día (Camarillo et al., 2017).

A pesar de que los beneficios del ejercicio sean tanto físicos como mentales, debe practicarse con moderación ya que en exceso puede desarrollar y mantener trastornos mentales (Álvarez et al., 2016). Se considera excesivo cuando interfiere significativamente con la realización de otras actividades sustanciales, se realiza en momentos o lugares inapropiados, o cuando se continúa practicando a pesar de presentar lesiones u otras complicaciones médicas (American Psychiatric Association, 2013).

### ***Farmacológico***

Debido a la dificultad para realizar actividad física, la falta de resultados observables en fases iniciales del tratamiento y el mayor apetito debido a la pérdida de peso se fomenta el uso de fármacos para el control de peso (Ferreira-Hermosillo et al., 2018).

Se debe tener cuidado con los fármacos que salen al mercado ya que pueden contener sustancias químicas que lleven a la adicción de los productos o a problemas orgánicos (Cejaramírez et al., 2015), así como debe consultarse a un profesional antes de utilizarlos ya que

suelen estar contraindicados con otros padecimientos (Ferreira-Hermosillo et al., 2018). Además, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EUA (FDA) recomienda que si el paciente no disminuye por lo menos 5% de peso a las 12 semanas se debe suspender y cambiar el tratamiento (Ferreira-Hermosillo et al., 2018).

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) sólo aprueba el orlistat y la liraglutida para el tratamiento de la obesidad (Ferreira-Hermosillo et al., 2018).

Orlistat es un inhibidor de la lipasa pancreática que reduce 30% en la absorción de grasa (Carretero, 2002), y a largo plazo se observó que disminuye la presión arterial y el perfil de lípidos proporcional a la pérdida de peso (Ferreira-Hermosillo et al., 2018) sus efectos secundarios involucran malabsorción de grasas y vitaminas liposolubles manifestadas en heces líquidas, urgencia fecal y deposiciones grasas (Carretero, 2002).

La función del fármaco liraglutida es regular el apetito a nivel del Sistema Nervioso Central y retrasar el vaciamiento gástrico lo cual causa saciedad, a largo plazo se encontró una disminución de la circunferencia abdominal, presión arterial, marcadores inflamatorios y perfil de lípidos. Al suspenderse se incrementó el peso, pero el aumento fue menor al que tuvieron pacientes a quienes no se les asignó ningún fármaco. Sus efectos secundarios fueron náuseas que posteriormente disminuyeron, diarrea, constipación y vómito, mayor prevalencia de litiasis biliar (Ferreira-Hermosillo et al., 2018).

### ***Productos Milagro***

Se les denomina así a los productos que destacan por los efectos que prometen, como lograr un resultado deseado sin esfuerzo, pero no son sometidos a pruebas de laboratorio ni legales de autorización donde se descarten problemas para la salud debido a que no se clasifican como medicamentos, cosméticos o productos sanitarios (Romero, 2007).

Suelen publicarse en medios donde es mínimo o nulo el control de la publicidad exagerando sus cualidades sin ningún sustento técnico o científico (Procuraduría Federal del Consumidor, 2020; Romero, 2007), incluso es tan frecuente esa estrategia publicitaria desde hace varios años que la Ley Federal de Protección al Consumidor (LFPC) en su segundo párrafo del Artículo 32 define a la información o publicidad engañosa o abusiva como “aquella que refiere características o información relacionadas con algún bien, producto o servicio que pudiendo o no ser verdaderas, inducen a error o confusión al consumidor por la forma inexacta, falsa, exagerada, parcial, artificiosa o tendenciosa en que se presenta” (Ley Federal de Protección al Consumidor, 1992, p. 14).

Muchas veces este tipo de productos inciden en que las personas abandonen un tratamiento recomendado por un profesional de la salud (Cárdenas, 2011; Romero, 2007). Entre los riesgos de usar este tipo de productos para adelgazar está la presencia de insomnio, arritmia, ansiedad, diarrea, náuseas, mareo, incremento del apetito, alteraciones del hígado, dolores abdominales, de espalda o cabeza, inflamación de la piel si son productos tópicos, tránsito intestinal acelerado, mala absorción de medicamentos y taquicardia (Cárdenas, 2011).

Los principios activos más utilizados son:

**Diuréticos.** Provocan una pérdida de líquidos a gran velocidad, lo cual muchas personas asocian incorrectamente con estar adelgazando, pero solo deshidrata y puede poner en riesgo la salud de las personas (Romero, 2007).

**Laxantes.** Tampoco se relaciona con evitar la acumulación de grasa corporal, incluso su efecto ante el estreñimiento puede tratarse con cambios en la alimentación, consumo de líquidos y ejercicio (Romero, 2007).

**Fibras.** Las solubles pueden crear sensación de saciedad debido a que hinchan el estómago y aumenta el volumen de las heces ayudando a problemas de estreñimiento. Algunas son contraindicadas en personas con ácido úrico alto, si no se consume con suficiente agua puede provocar obstrucción esofágica (Romero, 2007).

**Estimulantes del Sistema Nervioso Central.** Algunos se asocian al aumento de gasto energético como el té verde el cual es uno de los productos más populares, se ha comprobado en animales que aumenta la oxidación de las grasas, pero en humanos se requieren 4 tazas al día para apreciar los efectos. Está contraindicado en pacientes con alteraciones cardiovasculares graves, úlcera gastroduodenal, epilepsia, insomnio, embarazo, lactancia y menores de 12 años, además, puede causar adicción (Romero, 2007).

Muchas veces las personas se inclinan por estos productos debido a testimonios de quienes tuvieron los efectos deseados, sin embargo, muchas veces puede ser resultado del azar más que del propio producto. Para determinar la causa de los resultados se debe someter a una investigación mediante el método científico con un grupo control y otro experimental con lo cual se determinará su efectividad si el producto milagro resulta mejor que el placebo (Bonfil, 2010).

Las opciones de métodos alternativos para reducir de peso han sido factibles para las personas debido a que en investigaciones acerca del control de peso realizadas en América Latina se ha concluido que sus sistemas de salud son ineficientes para la atención a pacientes con obesidad, además que el acceso a servicios de salud se ve limitado para cierto grupo de la población debido a las desigualdades sociales (Esquivias-Zavala et al., 2022).

Idealmente para el control periódico y atención a la salud de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), entre ellas la obesidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) cuenta con un manual donde se comparten recomendaciones para una práctica efectiva.

La recomendación principal de la OPS es que se debe contar con un procedimiento de revisión ideal que cuente con los instrumentos adecuados para personas de tallas grandes, como lo es medir el peso en una balanza con base de sustentación amplia y capacidad para más de 150 kg, para la presión arterial se deben utilizar manguitos especiales con un diámetro mayor al habitual y para la circunferencia de cintura debe usarse una cinta métrica inextensible que mida más de 150 cm colocada en plano horizontal al piso a nivel de la media distancia entre el reborde costal inferior y la cresta iliaca, luego de una espiración normal (Ministerio de Salud de la Nación, 2016; OPS, 2018).

Sin embargo, la realidad es que la falta de calidad en los servicios de salud se ve reflejada desde el equipamiento de sus instalaciones hasta el entrenamiento de sus futuros profesionales ya que pacientes reportan vergüenza cuando los suministros de los servicios médicos no son ideales a sus tallas (Bautista-Díaz et al, 2019; World Obesity Federation, 2019) a lo cual se le debe



agregar el límite de tiempo insuficiente que tienen los profesionales de la salud para atender correctamente a las personas (Dirección de Prestaciones Médicas, 2012).

Cabe mencionar que no es responsable ignorar la gran importancia que la sociedad le otorga a la delgadez ya que la glorifica mientras condena a la obesidad, pensamiento que ya está llamando la atención debido al riesgo que puede generar al incitar acciones extremas para conseguir la delgadez, incluso las mismas campañas de reducción de peso están bajo evaluación debido a que puede desencadenar problemas de salud tales como los trastornos de la conducta alimentaria, añadiendo el error de concentrarse solo en la responsabilidad individual de la obesidad (Bautista-Díaz et al, 2019; López et al, 2014).

Es por ello que el tratamiento debe orientarse al bienestar general del paciente, no solo en la pérdida de peso (Sean et al., 2020), recordando la evidencia de que muchas veces se recupera el peso perdido o incluso más tras haberse sometido a métodos para adelgazar (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Debe tomarse en cuenta que los tratamientos comúnmente indicados se basan en cambios a nivel personal, lo cual suele generar estigma en el personal sanitario al no tomar en cuenta la multicausalidad de la obesidad, incluso campañas de salud que se han realizado en México como *Chécate, mídete y muévete* está centrada en la voluntad de la persona para reducir su peso, ignorando la influencia de otros factores que pueden estar influyendo (Bautista-Díaz et al, 2019).

### Capítulo 3: Estigma Sanitario

Los principales profesionales de la salud con quienes acuden las personas con obesidad son los médicos generales y, si se considera necesario, de esas consultas son referenciadas con algún especialista como lo son los nutricionistas. A pesar de que el proceso sea así, son muy pocas las consultas que llegan a atender especialistas, en comparación con las que atienden los médicos generales (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2022) por lo cual resulta importante que el gremio médico tenga conocimientos respecto a temas de nutrición (Kuklinski, 2003) así como que identifiquen y traten las posibles emociones, actitudes y creencias negativas que ellos mismos presentan, puesto que las tres suelen interactuar dando como resultado una atención estigmatizada e inadecuada. Incluso, se ha encontrado que estudiantes mexicanos de la licenciatura en Medicina tienen hasta el triple de probabilidades de expresar actitudes negativas hacia las personas con obesidad que otros profesionales de la salud (Bautista-Díaz et al., 2019).

En cuanto a los profesionales y estudiantes de nutrición, un estudio reciente realizado en Chile indicó que suelen tener peores actitudes y prejuicios hacia las personas con obesidad que los que tienen el resto de la población en general (Bastias-González et al., 2022). A nivel nacional, el Código de Ética del Colegio Mexicano de Nutriólogos solo refiere, en su artículo noveno, el deber de prestar sus servicios evitando tendencias xenofóbicas, raciales, elitistas, sexistas o religiosas (Colegio Mexicano de Nutriólogos, 1999), sin considerar la discriminación por el peso corporal como factor que también podría influir en la calidad de los servicios prestados lo cual puede indicar la poca o nula importancia que se le da a este factor.

Para conocer si existe discriminación por el peso corporal en los estudiantes y profesionales del área de la salud es importante conocer las emociones, creencias y actitudes que puedan estar involucradas.

### **Emociones**

Se les denomina así a las reacciones automáticas al ambiente que se manifiestan como reacciones fisiológicas o conductas (García, 2008; Robles, 2022), incluso etimológicamente significa impulso que induce la acción (Beredjikian, 2008).

En cuanto a las emociones hacia las personas con obesidad, se ha encontrado que cuando la condición se considera bajo el control de las personas, como al atribuirles absoluta responsabilidad por su alimentación o poca actividad física, la emoción que generan en la población, incluyendo en el personal de salud, es de enojo. Mientras que, cuando las causas se atribuyen a factores no controlables, como factores biológicos, la emoción resultante es la empatía (Bautista-Díaz et al., 2019; Joslyn y Haider-Markel, 2019).

Incluso se ha encontrado en personal de la salud que existe incomodidad y disgusto al atender a personas con obesidad lo cual antecede a actitudes negativas (Cori, 2015; Joslyn y Haider-Markel, 2019).

### **Actitudes**

Se definen como la predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto psicológico el cual puede ser una persona, símbolo, dicho o cosa de los cuales las

personas difieren en el grado y tipo de reacción. La actitud es la base para aceptar o rechazar algún objeto psicológico (Arias, 1980).

Tanto en profesionales como en estudiantes del área de la salud existen actitudes negativas hacia las personas con obesidad (Cori, 2015; Lucero-Soto, 2014; Yildiz, 2019), sin embargo, existe evidencia de que este tipo de actitudes son más frecuentes en estudiantes de los primeros semestres debido a que no han tenido mucha experiencia tratando con personas que presentan la condición (Cassiano, 2021; Usta, 2021) y en estudiantes con normopeso más que en estudiantes que declaran tener mayor peso corporal (Swift et al., 2013).

La atribución de la causa de la obesidad también influye en las actitudes, ya que en un estudio sobre lo que las personas opinaban respecto a que se considere al peso corporal como un factor importante para la contratación del personal en un trabajo, las personas que atribuían causas biológicas respondieron que no debe considerarse para la contratación, mientras que quienes atribuían la obesidad a la responsabilidad individual apoyaban que fuera un factor determinante para ser aceptados (Joslyn y Haider-Markel, 2019). Lo cual confirma que el desconocimiento de la diversidad de factores que pueden provocar la obesidad influye en las actitudes negativas que se manifiestan hacia las personas con esta condición (Hilbert et al., 2008).

Al conjunto de expresiones de actitudes negativas acerca del exceso de peso corporal se le denomina estigma del peso y se manifiesta mediante burlas, insultos, lenguaje peyorativo, exclusión social y hasta en agresiones físicas (Bautista-Díaz et al., 2019). Estas manifestaciones conductuales son definidas como discriminación debido a que se trata de diferente manera a una persona solamente por su característica física (Bautista-Díaz et al., 2019; CONAPRED, s/f).

Incluso existe la interiorización de los prejuicios relacionados al peso que ocurre cuando las propias personas con obesidad se auto-devalúan, culpabilizan y manifiestan su estigma hacia ellos mismos (Sánchez-Carracedo, 2022).

Se habla de estigma sobre una enfermedad cuando quienes la padecen reciben tratos degradantes por parte de la sociedad debido a la culpabilidad que esta les asigna acerca de su condición, en el caso del Estigma del Peso se suele atribuir toda la responsabilidad al aspecto individual dejando a un lado la evidencia actual de que se trata de una condición multicausal (Bautista-Díaz et al., 2019; Sánchez-Carracedo, 2022). Situación que ha sido estudiada previamente en teorías de atribución donde el individuo es más estigmatizado si se percibe más controlable el atributo evaluado (López et al., 2014).

La OMS (2022, como se cita en Sánchez-Carracedo, 2022) informó recientemente que el 70% de los adultos con obesidad han vivido experiencias de estigma de parte de los profesionales sanitarios causándoles estrés al cual responden evitando acudir a servicios médicos y por ende reduciendo su adherencia a los tratamientos (Sánchez-Carracedo, 2022), lo cual resulta en un círculo infinito donde los médicos también reportan tener menor deseo de ayudar a este sector de la población debido a la falta de adherencia al tratamiento, y manifiestan esta actitud reduciendo el tiempo de rapport que podrían usar en averiguar los aspectos relacionados con la condición (Bautista-Díaz et al., 2019). Cabe resaltar que al ejercer de forma injusta su profesión con este sector de la población están faltando al segundo principio general del Código Internacional de Ética Médica (Asociación Médica Mundial, 2022).

Además, se ha encontrado que varios estudiantes y profesionales de nutrición o dietética relacionan que, para aumentar su credibilidad, deben estar delgados por lo que recurren a

prácticas que saben que no son saludables, pero les reduce su peso corporal y muchas veces esas prácticas conllevan a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) influyendo en su manera de comunicar información nutrimental y aumentando el estigma de peso (McIver, H. y Lordly, D., 2015; Puhl, R. et al., 2014).

Estas actitudes pueden ser explícitas, mediante las actitudes negativas abiertas que pueden ser evaluadas mediante auto-reportes, o pueden ser implícitas las cuales son automáticas e inconscientes (Sánchez-Carracedo, 2022). Se ha encontrado que los profesionales de la salud tienen sesgos implícitos negativos, incluso sus evaluaciones suelen ser influenciadas por experiencias personales (Cori et al., 2015) lo cual resulta contraproducente incluso para el tratamiento, aunque los pacientes cumplan con él, puesto que para conservar la modificación del comportamiento se requiere del apoyo de los profesionales (Vallis et al., 2007).

Diversos estudios han revelado que la sociedad puede llegar a creer que las actitudes negativas originadas por los estigmas sirven de motivación para que la gente baje de peso, sin embargo, esta creencia es contraproducente ya que solo afectan negativamente a las personas con exceso de peso (Sánchez-Carracedo, 2022; World Obesity Federation, 2019), por ejemplo, desmotivándolas a practicar alguna actividad física, sobre todo si es grupal; la crítica en adolescentes puede resultar en síntomas depresivos y mayor porcentaje de ideación e intentos suicidas (Unikel, 2015).

Resulta necesario para los profesionales o futuros profesionales de la salud conocer si tienen actitudes implícitas negativas hacia las personas con obesidad para trabajar en revertirlas y brindar un mejor servicio de ayuda.

Las actitudes estigmatizantes surgen por creencias de la obesidad como responsabilidad individual (Joslyn y Haider-Markel, 2019).

### **Creencias**

Son aquellos pensamientos aceptados como ciertos acerca de un objeto psicológico sin tener el interés en comprobar su veracidad (Arias, 1980).

En cuanto a las creencias acerca de la obesidad, en la mayoría de las personas estas son negativas, ya que suelen describir a quienes presentan esta condición como torpes, deshonestas, carentes de atractivo y de disciplina, sin disposición a cumplir metas, perezosas, inactivas, lentas, sin voluntad, débiles y desobedientes (Cori et al., 2015; Lucero-Soto, 2014; Méndez, 2021; Poy, 2022; Universidad Iberoamericana, 2016; World Obesity Federation, 2019).

Resulta interesante que esas creencias se originan a partir de otra creencia: que la obesidad es resultado de las malas decisiones de las personas en cuanto a su salud (Joslyn y Haider-Markel, 2019; Usta, 2021) y se adecúa totalmente al concepto debido a que ninguna de esas creencias se relacionan con el conocimiento científico (Cassiano, 2021), ni con la evidencia existente acerca de la obesidad como condición multicausal (OMS, 2021; World Obesity Federation, 2019).

Las creencias comparten su naturaleza con los estereotipos los cuales se definen como representaciones preexistentes de ciertas características del entorno previas a la exploración o conocimiento de este (Amossy y Herschberg, 2020), o creencias consideradas como un hecho dado pero que son parciales o totalmente incorrectas (Jahoda, 1964 como se cita en Amossy y Herschberg, 2020).

Los estereotipos, mayormente negativos sobre las personas con obesidad, son adquiridos desde edades tempranas en muchos, si no es que en todos, los ámbitos de su vida perjudicando su desarrollo, lamentablemente esto puede persistir a lo largo de su vida (Bautista-Díaz et al, 2019, Gutiérrez, 2023) principalmente por la imagen de belleza relacionada con la delgadez que se difunde masivamente en los medios de comunicación, incluso muchas veces personas con IMC normales acuden con profesionales de salud para bajar de peso, y personas con IMC elevados buscan algún tratamiento farmacológico para bajar de peso y así evitar ser víctimas de *bullying* (Universidad Iberoamericana, 2016).

Incluso al conjunto de estereotipos y prejuicios negativos hacia las personas con obesidad que conllevan al rechazo y la discriminación se le denomina *gordofobia* y suele desencadenar violencias físicas, psicológicas, económicas y barreras ambientales, las cuales también pueden ser ejercidas por el personal de salud (Gutiérrez, 2023; Méndez, 2021).

Ochoa (2023, como se cita en Gutiérrez, 2023), jefa del Servicio de Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología y Neuropsicología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, del ISSSTE, y académica de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, destaca la importancia de una salud integral que considere tanto el bienestar físico como mental, considerando además que es necesario fomentar la aceptación de la diversidad corporal en la población mexicana, puesto que, contrario al estereotipo, no es normal estar esbelto.

La modificación de creencias a partir del conocimiento de la multicausalidad de la obesidad y de la diversidad corporal podría funcionar como pieza clave para mejorar los tratos que ejerce el personal de salud hacia las personas con obesidad.



### **Planteamiento del Problema**

Como consecuencia de las emociones, actitudes y creencias erróneas acerca de la obesidad, existen tratos deplorables hacia las personas que tienen esta condición (Bautista-Díaz et al., 2019; Cori et al., 2015; Poy, 2022; Sánchez-Carracedo, 2022; Universidad Iberoamericana, 2016; World Obesity Federation, 2019) lo cual resulta contraproducente cuando acuden a servicios de salud en busca de su bienestar debido a que el propio personal sanitario tiene y manifiesta estigmas y estereotipos negativos causando que las personas se incomoden, no se adhieran al tratamiento y posteriormente lo abandonen a costa de su salud (Bautista-Díaz et al., 2019; Cori et al., 2015; Lorenzo et al., 2016; Lucero-Soto, 2014; Méndez, 2021; Poy, 2022; Sánchez-Carracedo, 2022; Universidad Iberoamericana, 2016; World Obesity Federation, 2019).

Es por ello por lo que en esta investigación se indagará en el estigma que tienen actualmente los profesionales y estudiantes hacia las personas con obesidad.

### **Justificación**

La importancia de esta investigación reside en conocer las creencias, emociones y actitudes que tienen los profesionales de la salud que atienden a personas con obesidad ya que, como se mencionó en el planteamiento del problema, suelen ser el origen de acciones que incomodan a los pacientes provocando desapego al tratamiento y al seguimiento del mismo provocando el fracaso en la atención a esa condición.

Incluso resulta útil saber si con los años de práctica en contacto con personas con obesidad varían esas emociones, creencias y actitudes lo cual podrá ser parte de futuras innovaciones en materia educativa para formar a profesionales más empáticos y preparados para

tratar a este sector de la población. Así mismo, podría ser de beneficio para los futuros consultantes quienes al sentirse más respetados podrán apearse a los tratamientos y seguimientos establecidos por los profesionales de la salud. Es por ello por lo que los objetivos de esta investigación son:

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Comparar las creencias, emociones y actitudes hacia la obesidad, tanto implícitas como explícitas, de estudiantes y profesionales de la salud dependiendo de su nivel de desarrollo profesional y licenciatura estudiada.

### ***Objetivos Específicos***

- Medir las actitudes implícitas que tienen hacia la obesidad los estudiantes y profesionales de la salud.
- Identificar las creencias acerca de las personas con obesidad que tienen los estudiantes de primeros semestres y profesionales de la salud.
- Medir las creencias acerca del control del peso corporal que tienen los estudiantes de primeros semestres y profesionales de la salud.
- Medir la experimentación de emociones agradables al comer que tienen los estudiantes de primeros semestres y profesionales de la salud.
- Medir la importancia que le otorgan al peso corporal los estudiantes de primeros semestres y profesionales de la salud.

- Comparar creencias, emociones y actitudes, tanto implícitas como explícitas, de acuerdo con el nivel profesional.
- Comparar creencias, emociones y actitudes, tanto implícitas como explícitas, de acuerdo con la licenciatura.

### **Pregunta de Investigación**

¿Existen diferencias de acuerdo con el nivel profesional y licenciatura en las emociones, creencias y actitudes hacia la obesidad que tienen estudiantes y profesionales de la salud?

### **Hipótesis**

**H<sub>i1</sub>:** Se encontrarán diferencias de acuerdo con el nivel profesional y licenciatura en las emociones, creencias y actitudes hacia la obesidad entre los estudiantes y profesionales de la salud.

**H<sub>0</sub>:** No se encontrarán diferencias de acuerdo con el nivel profesional y licenciatura entre las emociones, creencias y actitudes hacia la obesidad entre los estudiantes y profesionales de la salud.

**H<sub>a1</sub>:** Se encontrarán diferencias entre las emociones, creencias y actitudes hacia la obesidad solo de acuerdo con el nivel profesional pero no de acuerdo con la licenciatura.

**H<sub>a2</sub>:** Se encontrarán diferencias entre las emociones, creencias y actitudes hacia la obesidad solo de acuerdo con la licenciatura pero no de acuerdo con el nivel profesional.

### **Variables**

#### ***Emociones***

Definición conceptual: Reacciones automáticas al ambiente que se manifiestan como reacciones fisiológicas o conductas (García, 2008; Robles, 2022).

Definición operacional: Medidas utilizando el factor Experimentación de Emociones Agradables al Comer del Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP) de Silva y González-Alcántara (2019).

### ***Actitudes***

Definición conceptual: Predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto psicológico el cual puede ser una persona, símbolo, dicho o cosa de los cuales las personas difieren en el grado y tipo de reacción (Arias, 1980).

Definición operacional: Evaluadas mediante el Test de Asociaciones Implícitas de Greenwald et al. (1998) en su versión digital diseñada por la plataforma de investigaciones conductuales *Gorilla Experiment Builder* (gorilla.sc) y por el Diferencial Semántico de Osgood et al. (1957, como se cita en Reidl, 2020).

### ***Creencias***

Definición conceptual: Pensamientos aceptados como ciertos acerca de un objeto psicológico sin interés en comprobar su veracidad (Arias, 1980).

Definición operacional: Medidas utilizando los factores creencias erróneas acerca del peso corporal e importancia que se le otorga al peso corporal del Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP) (Silva y González-Alcántara, 2019), el Diferencial Semántico (Osgood et al. 1957, como se cita en Reidl, 2020) y las Siluetas de Stunkard (Osuna et al, 2006).

### ***Licenciatura***

Definición conceptual: Estudios necesarios para obtener el grado de licenciatura (Real Academia Española, 2022)

Definición operacional: Indicar que pertenecen a la licenciatura en medicina o nutrición.

### ***Nivel de desarrollo profesional***

Definición conceptual: Nivel del proceso en el cual las personas se nutren de conocimientos, habilidades y cualidades (Ramírez, 2023)

Definición operacional: Indicar si son estudiantes o profesionales.

## **Método**

### **Tipo de Estudio y Diseño**

Estudio no experimental, de alcance comparativo-descriptivo, con medición transversal.

### **Participantes**

Participaron estudiantes de tres distintas universidades las cuales tienen diferente nombre para referirse a la licenciatura donde se imparten conocimientos de nutrición, por ello se agruparon en una única categoría.

De los estudiantes de nutrición, participaron 3 hombres y 35 mujeres, de este grupo, 1 persona se identificó con el género masculino y 1 con el género fluido. La edad promedio fue de  $19.15 \pm 1.47$  (min. 18, máx. 24), 10.5% presentaron delgadez, 76.3% peso normal, 15.7% sobrepeso grado 1 y 2.6% sobrepeso grado 2. Acerca de diagnósticos previos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): el 5.2% (2 mujeres) fueron diagnosticadas con bulimia donde una recibió el diagnóstico hace más de 5 años y la otra de 2 a 5 años atrás; el 2.6% (1 mujer) fue diagnosticada con anorexia de 2 a 5 años atrás; otro 2.6% (1 mujer) fue diagnosticada con

anorexia y bulimia en el último año; y otro 2.6% (1 mujer) fue diagnosticada con trastorno por atracón y anorexia.

Del total de estudiantes de medicina, 20 eran mujeres y 10 hombres de los cuales 3 se identificaron como no binarios. La edad promedio fue de  $19.13 \pm 1.65$  (min. 17, máx. 24). Acorde a la clasificación de IMC de Vargas y Castillo (1998), 3.3% ( $n = 1$ ) presentaron delgadez, 56.6% ( $n = 17$ ) peso normal, 26.6% ( $n = 8$ ) sobrepeso grado 1 y 13.3% ( $n = 4$ ) sobrepeso grado 2. Se les preguntó acerca de diagnósticos previos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) donde el 10% ( $n=3$  mujeres) reportó haber recibido el diagnóstico de bulimia en los últimos 5 años, y el 3.33% ( $n=1$  mujer) además de bulimia fue diagnosticada con trastorno por atracón de 2 a 5 años atrás.

En cuanto a los profesionales de nutrición, 27 fueron mujeres y 11 hombres, donde 1 se identificó con el género femenino. La edad promedio fue de  $34.8 \pm 8.25$  (min. 27, máx. 55), cuyos años de experiencia fueron de  $\bar{x} = 7.34$  (min. 2, máx. 24), 26 de los participantes informaron tener alguna especialidad. 5.26% presentaron delgadez, 55.26% peso normal, 29% sobrepeso grado 1 y 2.6% sobrepeso grado 2. El 2.6% (1 mujer) fue diagnosticada con bulimia, anorexia y atracón hace más de 5 años; otro 2.6% (1 mujer) recibió diagnóstico de anorexia hace más de 5 años; y finalmente otro 2.6% (1 mujer) recibió el diagnóstico de anorexia y bulimia hace más de 5 años.

Sobre los profesionales de medicina, 22 fueron mujeres y 9 hombres. La edad promedio fue  $32.9 \pm 9.5$  (min. 22, máx. 55) quienes en años de experiencia tenían  $\bar{x} = 8.45$  (min. 2, máx. 31), 17 participantes reportaron tener alguna especialidad. 3.22% presentaron delgadez, 48.3% peso normal, 32.2% sobrepeso grado 1 y 16.1% sobrepeso grado 2. Ningún profesional de medicina reportó haber recibido algún diagnóstico por TCA.

Todos los participantes estudiaban o laboraban, según el caso, en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). Los datos sobre peso y talla fueron autorreportados.

***Criterios de Inclusión:***

- Estudiantes de primeros semestres:
  - Edad entre 18-25 años
  - Estén cursando su primera carrera
- Profesionales:
  - Tener mínimo 2 años de experiencia en la práctica clínica.

***Criterios de Exclusión:***

- Estudiantes de primeros semestres:
  - Estén cursando su segunda carrera.
  - Tengan experiencia en la práctica clínica.
- Profesionales:
  - Ejercer en las dos profesiones comparadas.
  - No ejercer en su profesión.

***Criterios de eliminación:***

- Participantes que abandonen el estudio.
- Quienes no contesten el 80% de los cuestionarios.
- De quienes sus puntajes en todos los instrumentos tiendan a los puntajes extremos.

## **Muestreo**

Se seleccionaron a los participantes mediante un muestreo no probabilístico por cuotas de mínimo 30 participantes en cada grupo.

## **Procedimiento**

La aplicación se realizó mediante la plataforma *Gorilla Experiment Builder* (gorilla.sc) la cual es una herramienta en línea donde se diseñan, aplican y analizan experimentos orientados a investigaciones conductuales, en dicha plataforma los instrumentos fueron adaptados y probados, brindando la confianza de tener todos los datos guardados y que la probabilidad de que se pierdan respuestas resulte mínima, 57.4% de los participantes ingresaron mediante una computadora (n=78), 41.9% (n=57) mediante un teléfono celular y el 0.7% mediante una tablet (n=1), el uso de distintos dispositivos no representó complicaciones o alteraciones en la presentación de las pruebas ni problemas en la captura de los datos.

A los estudiantes se les contactó en sus aulas de clase, con previa autorización de los profesores, para explicarles acerca del objetivo del estudio y compartirles tanto la carta consentimiento como el enlace web a la plataforma a cada persona que externó su interés por participar para que ingresaran en su tiempo libre. En cuanto a los profesionistas se les hizo llegar una invitación a participar mediante sus medios de contacto publicados en Google Maps, fueron buscados con las palabras *médicos* o *nutriólogos* y la búsqueda geográfica se limitó a la Zona Metropolitana del Valle de México, una vez que confirmaban su profesión se les compartía el enlace solo a aquellos que aceptaron participar.

Al ingresar al experimento se les proporcionó una carta de consentimiento informado donde se describieron los propósitos del estudio recordándoles que su participación era



voluntaria, confidencial y anónima, así como la posibilidad de aclararles las dudas que pudieran llegar a tener durante la realización de la tarea.

Los datos recolectados fueron emitidos por la plataforma en formato de Excel para posteriormente analizarlos en el software estadístico SPSS, de esta manera se evitaron errores de captura de datos.

### **Lineamientos éticos**

Se proporcionó una carta de consentimiento (Apéndice A) donde se informó al participante el propósito de la investigación, la identidad, filiación y medio de contacto de los investigadores, el tiempo aproximado de la duración de su participación, el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento y por cualquier razón, y los posibles beneficios y riesgos para el individuo. Así como se garantizó el anonimato, la participación voluntaria y la confidencialidad estricta de los resultados. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza con registro FESZ-CE/22-116-25.

### **Instrumentos**

#### **Cuestionario Sociodemográfico**

Constó de 27 preguntas acerca de su escolaridad, identidad, ocupación, años de experiencia, talla, peso y antecedentes de salud como si han sido diagnosticados con sobrepeso u obesidad o con algún TCA (Véase Apéndice G).

**Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP)**

Instrumento creado en México para operacionalizar las emociones y creencias que provocan el consumo de alimentos en población sin patología alimentaria. Se encuentra conformado por 16 reactivos distribuidos en 3 factores (creencias erróneas acerca del control de peso, experimentación de emociones agradables al comer, e importancia que se le otorga al peso corporal) con una escala de medición tipo Likert, cuyos valores oscilan entre 1 y 4 (1= Nunca, 2= Algunas veces, 3= Con frecuencia, 4=Siempre). Véase Apéndice B. Cuenta con un buen ajuste del modelo ya que el CFI es de .973 y el RMSEA .075 mientras que sus factores cuentan con diferentes coeficientes de confiabilidad: creencias erróneas acerca del control del peso corporal, alfa de 0.90; experimentación de emociones agradables al comer, alfa de 0.82; e importancia que se le otorga al peso corporal, alfa de 0.78 (Silva y González-Alcántara, 2019).

**Test de Asociaciones Implícitas**

Creado en 1998 por Greenwald, McGhee y Schwartz el cual evalúa actitudes implícitas o indirectas al estimar la fuerza de asociación entre conceptos y atributos mediante la clasificación de palabras estímulo en alguna categoría pareada (ej. obeso y malo / delgado y bueno) bajo la premisa de que las respuestas se emitirán rápidamente cuando la categoría se relacione a los prejuicios inconscientes y automáticos que tienen las personas (De Houwer y Moors, 2007; Lane et al., 2007; Sherman et al. 2003), lo cual resultó de gran importancia para investigaciones acerca de actitudes y preferencias sin el sesgo de la deseabilidad social o lo políticamente correcto en el caso de los prejuicios hacia las personas con obesidad (Vallis et al., 2007). Ha sido utilizado constantemente en distintos países debido a su facilidad de adaptarse a cualquier campo de investigación donde se requiera conocer asociaciones relacionadas a estereotipos, actitudes o

autoconceptos (Ayala, 2012; Vargas et al., 2007), sin embargo, en México hay pocas investigaciones donde es utilizado y los mismos autores incitan a aumentar su uso debido a su confiabilidad (Ayala, 2012). En países de habla hispana la versión computarizada cuenta con un nivel de consistencia interna entre 0.75 y 0.93 (Tosi et al., 2018).

La tarea consiste en clasificar los ítems en alguna de las categorías presentadas en la parte superior de la pantalla lo más rápido posible emitiendo el menor número posible de errores, igualmente se reportan los tiempos de reacción en milisegundos. A continuación, se eliminan las respuestas emitidas una vez que la plataforma indique un error ya que no indican la verdadera cognición del participante. Lo anterior permitirá reconocer los prejuicios ya que las respuestas serán más rápidas y acertadas cuando las categorías asociadas (ej. obesidad y malo) sean acordes a la cognición del participante (Ayala, 2012), mientras que, cuando las categorías asociadas sean inconsistentes con la cognición (ej. obesidad y bueno) requerirá mayor detenimiento para categorizar a la palabra (Vallis et al, 2007).

Para la versión de la prueba en esta investigación se utilizaron las palabras *gordo* para referirse a las personas con obesidad, y la palabra *flaco* para referirse a las personas con delgadez debido a que son palabras más populares y porque así se realizó en la versión mexicana del proyecto de IAT Corp. (Ayala et al., s/f). Se utilizaron solo palabras como estímulos para evitar el efecto de modalidad que mencionan Tosi et al. (2018) el cual ocurre debido a la utilización de distintas clases de estímulos (ej. imágenes y palabras) que causan asociaciones más débiles. Las palabras utilizadas en cada categoría fueron las siguientes:

Bueno: Motivado, Maravilloso, Alegría, Placer

Malo: Flojo, Débil, Sucio, Desagradable

Flaco: Delgado, Esquelético, Escuálido, Esbelto

Gordo: Grueso, Obeso, Corpulento, Voluminoso, Grande

En el Apéndice C se muestra la pantalla de la prueba en los bloques de categorías individuales y en el Apéndice D se muestra la pantalla en los bloques de categorías asociadas.

La prueba se evalúa calculando los promedios de las latencias de los bloques con las categorías asociadas (*gordo y bueno / gordo y malo*) una vez que se eliminen las latencias menores a 300 ms y mayores a 10000 ms y se sustituyen por el promedio de las latencias correctas más 600 ms (Tosi et al., 2018). Se interpretará como diferencia hacia personas con delgadez cuando las respuestas se emitan rápidamente en la categoría que asocie *gordo y malo* debido a que las respuestas se emiten con más velocidad cuando coinciden con las actitudes implícitas (Project Implicit, 2023).

### **Diferencial Semántico**

Técnica desarrollada por Osgood, Suci y Tannenbaum (1957, como se cita en Reidl, 2020) para medir juicios mediante la asignación del lugar que ocupe un estímulo dentro de un continuo definido por dos términos opuestos.

Se puede aplicar individual o grupalmente. Reporta una confiabilidad aceptable de test-retest en cuanto a: Estimaciones de conceptos (desviación=0.5 de unidad escalar); Puntuación factorial ( $r=0.87$  y  $0.97$ ) y Medias de grupo ( $r= 0.98$ ) (Reidl, 2020).

Se presentaron los adjetivos más comunes para referirse a las personas con obesidad acorde a la literatura revisada (Cori et al., 2015; Lucero-Soto, 2014; Méndez, 2021; Poy, 2022; Universidad Iberoamericana, 2016; World Obesity Federation, 2019) y sus opuestos, los cuales fueron buenas-malas, deshonestas-honestas, admirables-despreciables, sucias-limpias, flexibles-estrictas, simpáticas-antipáticas, débiles-fuertes, enfermas-saludables, tranquilas-inquietas, valientes-cobardes, lentas-rápidas, responsables-irresponsables, impulsivas-reflexivas y sociables-solitarias. Véase Apéndice E.

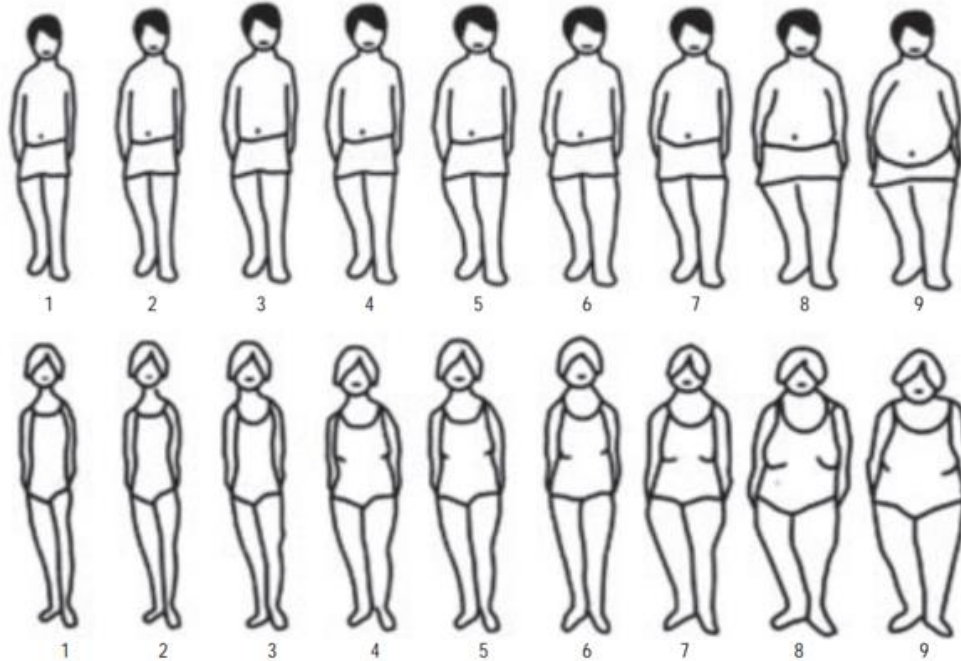
### **Siluetas de Stunkard**

Técnica frecuentemente usada en población no clínica para identificar alteraciones en la imagen corporal (Behar et al., 2021). La tarea consta de elegir la figura que más se aproxime a la silueta propia y la silueta a la cual les gustaría parecerse, conforme incrementan los números las siluetas muestran mayor IMC. La insatisfacción de la imagen corporal se obtiene al restar el número de la silueta deseada menos la silueta actual, si el resultado es 0 indica satisfacción; si tiene un valor positivo indica el deseo a tener mayor IMC; si el valor es negativo el sujeto desea ser más delgado (Sánchez-Castillo et al., 2018).

Para esta investigación se utilizó la imagen de siluetas adaptadas a población mexicana por Osuna et al. (2006). Véase Figura 1 y Apéndice F.

**Figura 1**

*Imagen de siluetas diseñada por Osuna et al. (2006) para población mexicana.*



### **Análisis de Datos**

Para analizar los resultados se utilizó el software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en su versión 24 donde se segmentó el archivo entre los grupos de estudiantes y de profesionales para así obtener las frecuencias de los datos sociodemográficos de cada grupo. Posteriormente se canceló la segmentación para poder realizar los análisis estadísticos de ANOVA de una vía para comparar las diferencias entre los cuatro grupos (estudiantes de medicina, estudiantes de nutrición, profesionales de medicina y profesionales de nutrición) y la prueba *t* de Student para muestras independientes para los resultados de las diferentes pruebas aplicadas.

## Resultados

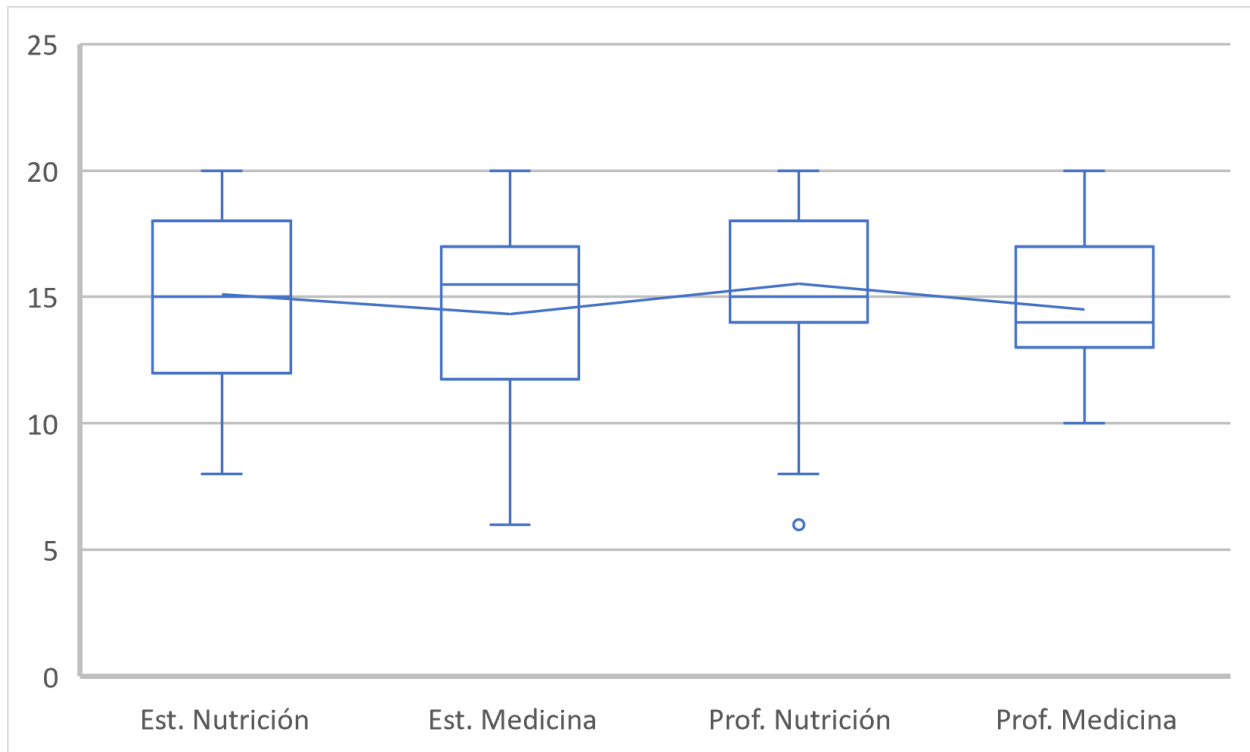
### Emociones

Para describir las emociones experimentadas al comer se utilizó el factor correspondiente del Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP) de Silva y González-Alcántara (2019).

Los datos se analizaron mediante la aplicación de las pruebas ANOVA de una vía y *t* de Student para muestras independientes los cuales no mostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar entre las licenciaturas ( $F(3,132) = 0.835, p = .477$ ), ni entre estudiantes y profesionales ( $t(133.6) = -0.469, p = .640$ ). En la Figura 2 se muestra que los participantes de las mismas licenciaturas mostraron promedios similares, con un solo dato atípico en un profesional de nutrición:

**Figura 2.**

*Gráfico de cajas y bigotes con los puntajes de cada grupo para el factor Experimentación de Emociones Agradables al Comer*



*Nota.* Puntaje mínimo 6, puntaje máximo 20.  $\bar{x}$  de Estudiantes de Nutrición: 15.1;  $\bar{x}$  de Estudiantes de Medicina: 14.3;  $\bar{x}$  de Profesionales de Nutrición: 15.5;  $\bar{x}$  de Profesionales de Medicina: 14.5. Fuente: elaboración propia.

**Creencias**

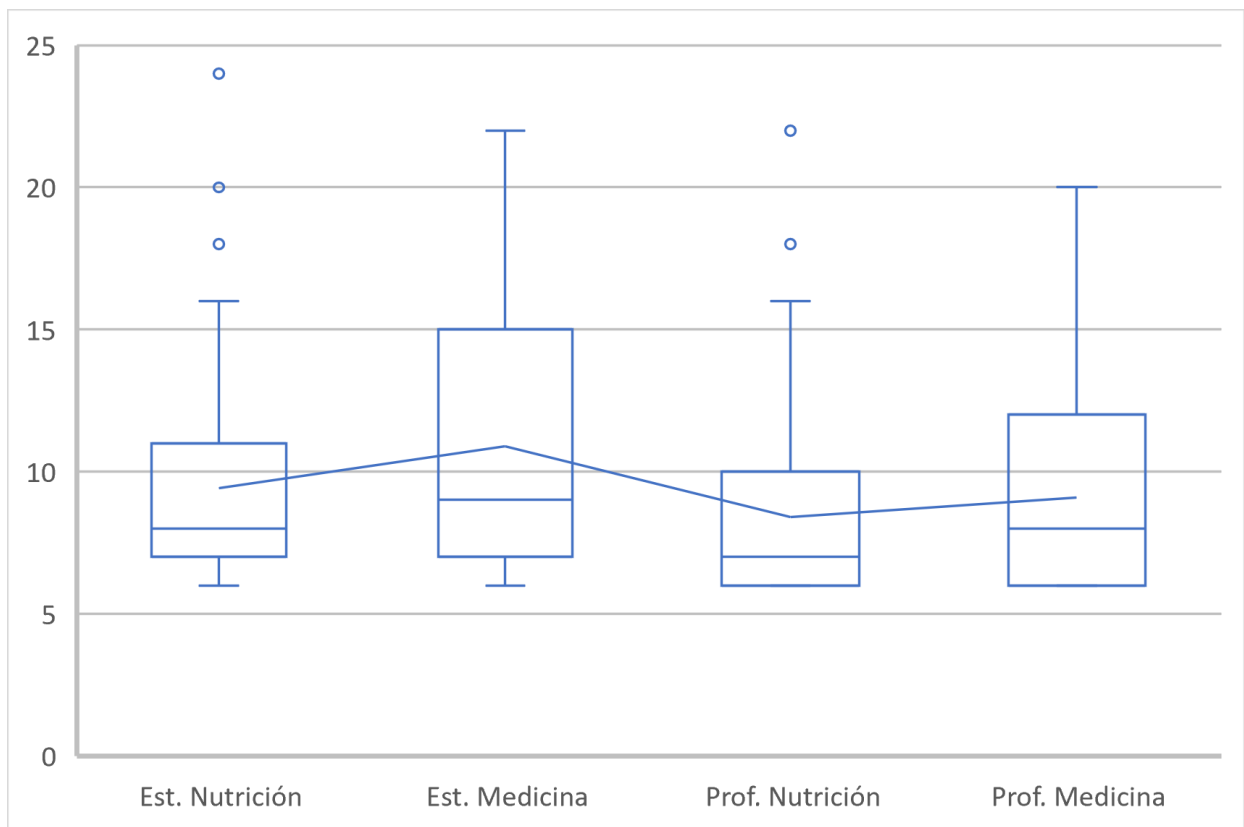
Para probar si hay diferencias entre las creencias hacia la obesidad entre los estudiantes y profesionales de la salud, se utilizaron los factores Creencias Erróneas acerca del Control de Peso (CECP) e Importancia que se le otorga al Peso Corporal (IPC) del Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP) (Silva y González-



Alcántara, 2019) los cuales no mostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar entre las licenciaturas ( $F(3,132) = 1.970, p = .122$  para CECP y  $F(3,132) = .246, p = .864$  para CECP), ni entre estudiantes y profesionales ( $t(132.59) = 1.841, p = .068$  para CECP y  $t(133.98) = -0.609, p = .543$  para IPC). En la Figura 3 se puede observar que los estudiantes de medicina tuvieron un mayor promedio de creencias erróneas mientras que tanto los estudiantes como los profesionales de nutrición presentaron valores atípicos:

### Figura 3.

*Gráfico de cajas y bigotes con los puntajes de cada grupo en el factor Creencias Erróneas Acerca del Control del Peso Corporal*

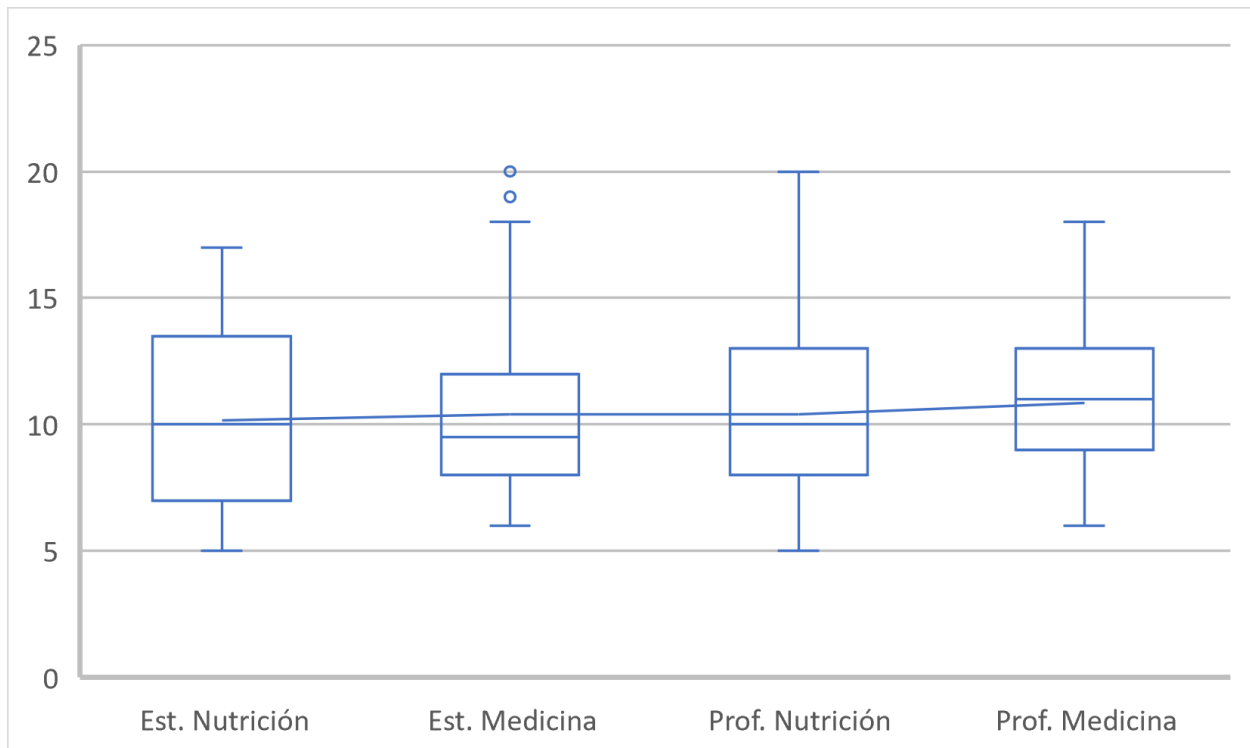


*Nota.* Puntaje mínimo 6, puntaje máximo 24.  $\bar{x}$  de Estudiantes de Nutrición: 9.42;  $\bar{x}$  de Estudiantes de Medicina: 10.9;  $\bar{x}$  de Profesionales de Nutrición: 8.4;  $\bar{x}$  de Profesionales de Medicina: 9.09. Fuente: elaboración propia.

Para la comparación de los datos del factor Importancia que se le Otorga al Peso Corporal de cada grupo se elaboró la Figura 4 donde el grupo de profesionales de nutrición tuvo un promedio ligeramente mayor al resto, pero los estudiantes de medicina tuvieron dos valores atípicos:

#### **Figura 4.**

*Gráfico de cajas y bigotes con los puntajes de cada grupo para el factor Importancia que se le Otorga al Peso Corporal*



*Nota.* Puntaje mínimo 5, puntaje máximo 20.  $\bar{x}$  de Estudiantes de Nutrición: 10.1;  $\bar{x}$  de Estudiantes de Medicina: 10.4;  $\bar{x}$  de Profesionales de Nutrición: 10.4;  $\bar{x}$  de Profesionales de Medicina: 10.8. Fuente: elaboración propia.

Se utilizó el instrumento de las siluetas de Stunkard para determinar la propia percepción de los participantes acerca de sus propios cuerpos. Se calculó la discrepancia entre la silueta deseada menos la percepción de la silueta actual y el resultado se clasificó en un nivel de discrepancia siendo nula para los resultados donde había satisfacción corporal, leve negativo para el valor -1 y leve positivo para el valor 1; moderado negativo para el valor -2 y moderado positivo para el valor 2; fuerte negativo para el valor -3 y fuerte positivo para el valor 3; severo negativo para valores menores o iguales a -4 y severo positivo para valores mayores o iguales a 4.

El 48.6% (n = 34) de los estudiantes reportó satisfacción corporal, mientras que una discrepancia leve y moderada negativa fueron las siguientes categorías más populares cada una con un 15.7% (n = 11) lo cual indica una tendencia en tener un cuerpo más delgado.

El 42.4% (n = 28) de los profesionales reportó satisfacción corporal, mientras que el 21.2% (n = 14) tuvo discrepancia leve negativa entre la silueta ideal y la actual.

Para comparar la discrepancia corporal de cada subgrupo se describieron las frecuencias de cada categoría en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Participantes en cada tipo de discrepancia corporal.*

	<b>Estudiantes de Nutrición</b>	<b>Estudiantes de Medicina</b>	<b>Profesionales de Nutrición</b>	<b>Profesionales de Medicina</b>	<b>Total</b>
<b>Severa negativa</b>	0	1	0	2	3
<b>Fuerte negativa</b>	1	4	5	0	10
<b>Moderada negativa</b>	6	5	4	3	18
<b>Leve negativa</b>	6	5	9	5	25
<b>Nula</b>	21	13	10	18	62
<b>Leve positiva</b>	5	1	5	1	12
<b>Moderada positiva</b>	1	1	2	0	4
<b>Fuerte positiva</b>	0	0	0	2	2
<b>Total</b>	40	30	35	31	136

Se compararon las respuestas del Diferencial Semántico de ambos grupos mediante la utilización de la prueba *t* de Student para muestras independientes, considérese que para la interpretación se tomó en cuenta el orden de los polos en que se presentaron los adjetivos ya que siguiendo la recomendación de Reidl (2020), se alternaron los polos de la dirección de las escalas para minimizar las predisposiciones de respuesta y así lograr que los participantes presten atención en cada par de adjetivos. Los resultados de la prueba *t* de Student pueden verse en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Diferencias entre el grupo de estudiantes y el grupo de profesionales en los pares adjetivos del diferencial semántico*

Adjetivos	Estudiantes N = 70		Profesionales N = 66		t	gl	p	95% IC	
	M	DE	M	DE				LI	LS
	Buenas - Malas	3.14	1.49	3.33				1.45	-.754
Deshonestas - Honestas	4.59	1.31	4.05	1.47	2.254	130.12	.026	.066	1.015
Admirables - Despreciables	3.39	1.10	3.33	1.40	.242	134	.809	-.376	.480
Sucias – Limpias	4.79	1.50	4.12	1.33	2.724	134	.007	.182	1.147
Flexibles – Estrictas	3.23	1.33	3.20	1.32	.139	133.58	.890	-.419	.483
Simpáticas – Antipáticas	2.77	1.26	2.79	1.44	-.071	129.38	.944	-.478	.445
Débiles – Fuertes	4.20	1.29	3.82	1.52	1.569	127.55	.119	-.100	.863
Enfermas – Saludables	3.17	1.30	2.68	1.40	2.101	131.73	.038	.029	.951
Tranquilas – Inquietas	3.59	1.25	3.65	1.34	-.295	131.96	.769	-.507	.376
Valientes – Cobardes	3.54	1.21	3.20	1.26	1.625	132.568	.107	-.075	.767
Lentas – Rápidas	3.30	1.17	2.91	1.36	1.786	128.257	.076	-.042	.824
Responsables – Irresponsables	3.51	1.41	3.85	1.59	-1.293	129.895	.198	-.846	.177
Impulsivas – Reflexivas	3.83	1.29	3.24	1.27	2.655	133.730	.009	.149	1.023
Sociables - Solitarias	3.69	1.44	3.68	1.74	.014	126.185	.198	-.846	.177

Al comparar por grupo de estudiantes y de profesionales se observaron diferencias significativas en los adjetivos deshonestas - honestas, donde los estudiantes consideraron a las personas con obesidad más honestas ( $\bar{x} = 4.59 \pm 1.313$ ; min. 1, máx. 7) que como las consideran los profesionales ( $\bar{x} = 4.05 \pm 1.472$ ; min. 1, máx. 7). En los adjetivos sucias - limpias, los profesionales consideraron a las personas con obesidad más sucias ( $\bar{x} = 4.12 \pm 1.330$ ; min. 1, máx. 7) que las consideraciones de los estudiantes ( $\bar{x} = 4.79 \pm 1.503$ ; min. 1, máx. 7). En los adjetivos enfermas - saludables los profesionales consideraron a las personas con obesidad como más enfermas ( $\bar{x} = 2.68 \pm 1.405$ ; min. 1, máx. 7) que como las consideraron los estudiantes ( $\bar{x} = 3.17 \pm 1.307$ ; min. 1, máx. 7). Otra diferencia significativa ocurrió en los adjetivos impulsivas - reflexivas, siendo los profesionales quienes las consideraban más impulsivas ( $\bar{x} = 3.24 \pm 1.278$ ; min. 1, máx. 7) mientras que los estudiantes las consideraron más reflexivas ( $\bar{x} = 3.83 \pm 1.296$ ; min. 1, máx. 7).

Se realizó un análisis ANOVA de una vía para buscar si existen diferencias significativas entre cada subgrupo de estudiantes y de profesionales. Los resultados se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3***Diferencias de cada subgrupo en los pares de adjetivos del diferencial semántico*

Adjetivos	Estudiantes de Nutrición		Estudiantes de Medicina		Profesionales de Nutrición		Profesionales de Nutrición		<i>F</i> (3, 132)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Buenas - Malas	3.15	1.511	3.13	1.502	2.86	1.478	3.87	1.231	2.909	.037
Deshonestas - Honestas	4.65	1.272	4.50	1.383	4.11	1.605	3.97	1.329	1.809	.149
Admirables - Despreciables	3.53	1.012	3.20	1.215	3.14	1.438	3.55	1.362	.971	.408
Sucias – Limpias	4.80	1.436	4.77	1.612	4.51	1.269	3.68	1.275	4.503	.005
Flexibles – Estrictas	3.33	1.228	3.10	1.470	3.00	1.372	3.42	1.259	.716	.544
Simpáticas – Antipáticas	2.93	1.328	2.57	1.165	2.54	1.462	3.06	1.389	1.232	.301
Débiles – Fuertes	4.25	.981	4.13	1.634	4.09	1.652	3.52	1.338	1.770	.156
Enfermas – Saludables	3.13	1.285	3.23	1.357	2.80	1.587	2.55	1.179	1.685	.173
Tranquilas – Inquietas	3.65	1.122	3.50	1.432	3.86	1.396	3.42	1.259	.729	.537
Valientes – Cobardes	3.45	1.239	3.67	1.184	2.91	1.380	3.52	1.061	2.393	.071

Adjetivos	Estudiantes de Nutrición		Estudiantes de Medicina		Profesionales de Nutrición		Profesionales de Nutrición		<i>F</i> (3, 132)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Lentas – Rápidas	3.45	1.239	3.10	1.062	2.97	1.485	2.84	1.241	1.560	.202
Responsables – Irresponsables	3.63	1.409	3.37	1.426	3.89	1.711	3.81	1.470	.738	.531
Impulsivas – Reflexivas	3.83	1.299	3.83	1.315	3.06	1.211	3.45	1.338	2.853	.040
Sociables - Solitarias	3.63	1.314	3.77	1.612	3.60	1.897	3.77	1.586	.109	.955



Analizando los cuatro grupos se encontraron diferencias significativas en los adjetivos buenas - malas ( $F(3,132) = 2.909, p = .037$ ). Los análisis *post hoc* mostraron que los profesionales de medicina se inclinaron al adjetivo malas ( $\bar{x} = 3.87 \pm 1.231$ ; min. 1, máx. 7) mientras que los profesionales de nutrición se inclinaron al adjetivo buenas ( $\bar{x} = 2.86 \pm 1.478$ ; min. 1, máx. 7).

También se encontraron diferencias significativas en los adjetivos sucias - limpias ( $F(3,132) = 4.503, p = .005$ ). En los análisis *post hoc* existieron diferencias significativas en los adjetivos sucias - limpias donde los profesionales de medicina consideraron a las personas con obesidad más sucias ( $\bar{x} = 3.68 \pm 1.275$ ; min. 1, máx. 7) a comparación de los estudiantes de nutrición ( $\bar{x} = 4.80 \pm 1.436$ ; min. 1, máx. 7) quienes su vez las consideraron más limpias que los estudiantes de medicina ( $\bar{x} = 4.77 \pm 1.612$ ; min. 1, máx. 7). Otra diferencia significativa ocurrió en los adjetivos impulsivas - reflexivas ( $F(3,132) = 2.853, p = .040$ ) pero los análisis *post hoc* no indicaron entre cuales grupos existieron las diferencias.

### **Actitudes**

Para probar si existen diferencias entre las actitudes hacia la obesidad entre estudiantes y profesionales de la salud, además del Diferencial Semántico cuyos resultados se presentaron anteriormente, también se empleó el Test de Asociaciones Implícitas de Greenwald, McGhee y Schwartz (1998) para evaluar las actitudes implícitas.

Esta prueba se analizó, acorde al Project Implicit (2023) el cual establece que las preferencias se evalúan de acuerdo con los bloques que tienen las latencias más cortas. Por lo cual se calcularon los promedios de las latencias en milisegundos en cada uno de los bloques y se

compararon usando la prueba *t* de Student para muestras independientes como se pueden observar en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*Diferencias entre estudiantes y profesionales en cada categoría pareada*

Categorías Pareadas	Estudiantes N = 70		Profesionales N = 66		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	95% IC	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Flaco o Bueno	10785.27	4978.43	13236.09	5012.78	-2.859	133.416	.005	-4146.2	-755.3
Flaco o Malo	15753.52	5304.73	18200.90	5774.20	-2.570	131.291	.011	-4331.5	-563.2
Gordo o Malo	11561.76	4482.08	14283.91	5384.39	-3.211	134	.002	-4398.6	-1045.6
Gordo o Bueno	13464.70	5948.57	15288.27	4887.00	-1.958	131.573	.052	-3665.8	18.7

*Nota.* *gl* = grados de libertad; IC = Intervalo de confianza; LI = Límite Inferior; LS = Límite Superior.

Existieron diferencias significativas en el bloque gordo o malo ( $t(134) = -3.211$ ,  $p = 0.002$ ), donde los estudiantes mostraron una actitud implícita de relacionar sinónimos de obesidad con adjetivos negativos ( $\bar{x} = 11561.7689 \pm 4482.08712$ ; min. 5657, máx. 27812) a diferencia de los profesionales ( $\bar{x} = 14283.9143 \pm 5384.39286$ ; min. 5657, máx. 27812).

También se encontraron diferencias significativas en el bloque flaco o bueno ( $t(133.416) = -2.859$ ,  $p = 0.005$ ), donde los estudiantes indicaron asociación implícita de los sinónimos de delgadez con adjetivos positivos ( $\bar{x} = 10785.2702 \pm 4978.43217$ ; min. 1301.47, máx. 31058.03) a comparación de los profesionales ( $\bar{x} = 13236.0998 \pm 5012.78749$ ; min. 1301.47, máx. 31058.03).

Otra diferencia significativa ocurrió en el bloque flaco o malo ( $t(131.291) = -2.570$ ,  $p = 0.011$ ), donde los estudiantes mostraron una asociación implícita de sinónimos de delgadez con adjetivos negativos ( $\bar{x} = 15753.5201 \pm 5304.73906$ ; min. 5422.49, máx. 37584.91) comparados con los profesionales ( $\bar{x} = 18200.9017 \pm 5774.20919$ ; min. 5422.49, máx. 37584.91).

A continuación, se utilizó la prueba ANOVA de una vía para determinar si existen diferencias significativas entre los cuatro subgrupos, los resultados se presentan en la Tabla 5.

**Tabla 5***Diferencias de cada subgrupo en los pares de adjetivos del diferencial semántico*

Adjetivos	Estudiantes de Nutrición		Estudiantes de Medicina		Profesionales de Nutrición		Profesionales de Medicina		<i>F</i> (3, 132)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Flaco o Bueno	10872.60	4822.77	10668.81	5259.89	13462.28	5243.53	12980.72	4812.10	2.749	.045
Flaco o Malo	16226.54	4757.49	15122.81	5982.95	19189.78	5372.12	17084.41	6091.23	3.257	.024
Gordo o Malo	11596.63	4473.38	11515.28	4569.75	14709.22	5152.98	13803.71	5680.87	3.584	.016
Gordo o Bueno	14045.18	5226.37	12690.74	6809.89	16332.17	5008.06	14109.69	4540.31	2.558	.058

Al analizar el bloque flaco o malo se obtuvo una diferencia significativa ( $F(3,132) = 3.257, p = .024$ ), mediante análisis *post hoc* se identificó la diferencia entre los estudiantes de medicina quienes tuvieron mayor asociación implícita ( $\bar{x} = 15122.8146 \pm 5982.95308$ ; min. 5422.49, máx. 37584.91) que los profesionales de nutrición ( $\bar{x} = 19189.7875 \pm 5372.12860$ ; min. 5422.49, máx. 37584.91).

Para la categorización del grado de preferencia hacia la obesidad o hacia la delgadez de la tabla 6 a la tabla 9 se consultó de la prueba autoadministrada de Ayala et al. (s/f), y para determinar los valores en cada categoría se sumaron las latencias de cada bloque y los resultados se dividieron en cuartiles.

En la tabla 6 se muestra la cantidad de participantes de cada subgrupo en los grados de preferencia hacia la obesidad.

**Tabla 6**

*Grado de preferencia implícita al relacionar adjetivos negativos con la delgadez*

<b>Grado de preferencia</b>	<b>Estudiantes de Nutrición</b>	<b>Estudiantes de Medicina</b>	<b>Profesionales de Nutrición</b>	<b>Profesionales de Medicina</b>	<b>Total</b>
Fuerte	11	10	5	8	34
Moderada	10	9	5	10	34
Ligera	12	7	9	6	34
Pequeña o sin preferencia	7	4	16	7	34
	40	30	35	31	136

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al bloque gordo o malo, se observaron diferencias significativas ( $F(3,132) = 3.584, p = .016$ ), estas diferencias se identificaron mediante pruebas *post hoc* indicando que el grupo de estudiantes de nutrición tuvieron mayor asociación implícita ( $\bar{x} = 11596.6302 \pm$

4473.38874; min. 5657, máx. 27812) que los profesionales de la misma área ( $\bar{x} = 14709.2299 \pm 5152.98603$ ; min. 5657, máx. 27812). Para determinar la cantidad de participantes en cada grado de preferencia que relacional a la obesidad con adjetivos negativos se muestra la tabla 7.

**Tabla 7**

*Grado de preferencia implícita al relacionar adjetivos negativos con la obesidad*

<b>Grado de preferencia</b>	<b>Estudiantes de Nutrición</b>	<b>Estudiantes de Medicina</b>	<b>Profesionales de Nutrición</b>	<b>Profesionales de Medicina</b>	<b>Total</b>
Fuerte	29	21	15	18	83
Moderada	6	6	10	5	27
Ligera	3	0	4	3	10
Pequeña o sin preferencia	2	3	6	5	16
	40	30	35	31	136

Fuente: elaboración propia.

En la comparación del bloque flaco o bueno entre los cuatro grupos existieron diferencias significativas ( $F(3,132) = 2.749$ ,  $p = .045$ ), la Tabla 8 muestra el grado de preferencia hacia la delgadez con adjetivos positivos de cada subgrupo.

**Tabla 8**

*Grado de preferencia implícita al relacionar adjetivos positivos con la delgadez*

<b>Grado de preferencia</b>	<b>Estudiantes de Nutrición</b>	<b>Estudiantes de Medicina</b>	<b>Profesionales de Nutrición</b>	<b>Profesionales de Medicina</b>	<b>Total</b>
Fuerte	13	9	6	6	34
Moderada	13	11	4	6	34
Ligera	9	6	12	7	34
Pequeña o sin preferencia	5	4	13	12	34
	40	30	35	31	136

En la Tabla 9 se presentan las frecuencias en cada uno de los grados de preferencia de cada grupo en el bloque gordo o bueno.

**Tabla 9**

*Grado de preferencia implícita al relacionar adjetivos positivos con la obesidad*

<b>Grado de preferencia</b>	<b>Estudiantes de Nutrición</b>	<b>Estudiantes de Medicina</b>	<b>Profesionales de Nutrición</b>	<b>Profesionales de Medicina</b>	<b>Total</b>
Fuerte	16	17	8	14	55
Moderada	15	9	11	9	44
Ligera	4	1	9	4	18
Pequeña o sin preferencia	5	3	7	4	19
	40	30	35	31	136

Para analizar la asociación de los grados de preferencia y los participantes se utilizó la prueba chi-cuadrada, los resultados se muestran en la Tabla 10.

**Tabla 10**

*Pruebas de chi-cuadrada*

<b>Bloque</b>	<b>Valor</b>		<b>df</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>		<b>N de casos válidos</b>	
	<b>E</b>	<b>P</b>		<b>E</b>	<b>P</b>	<b>E</b>	<b>P</b>
Flaco o Bueno	.180 <sup>a</sup>	1.519 <sup>b</sup>	3	.981	.678	70	66
Flaco o Malo	.822 <sup>c</sup>	6.261 <sup>d</sup>	3	.844	.100	70	66
Gordo o Malo	3.115 <sup>e</sup>	1.938 <sup>f</sup>	3	.374	.585	70	66
Gordo o Bueno	2.452 <sup>g</sup>	4.351 <sup>h</sup>	3	.484	.226	70	66

*Nota.* E: Estudiantes. P: Profesionales. Df: grados de libertad. A. 1 casillas (12.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.86. b. 1 casillas (12.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.77. c. 1 casillas (12.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.71. d. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.11. e. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.29. f. 2 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.29. g. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.14. h. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.17.

### **Discusión**

A pesar de que los profesionales, tanto nutriólogos como médicos, mostraron creencias y actitudes explícitas acerca de considerar a las personas con obesidad como deshonestas, sucias, enfermas e impulsivas, en el TAI sus resultados no determinaron alguna preferencia. Sin embargo, los estudiantes sí tuvieron asociaciones implícitas significativas ya que los estudiantes de nutrición asociaron palabras relacionadas con “gordo” con adjetivos negativos mientras que los estudiantes de medicina relacionaron palabras relacionadas con “flaco” con adjetivos negativos. Esta discrepancia de las actitudes y creencias entre estudiantes y profesionales Usta et al. (2021) la atribuyen a la diferencia de años de experiencia y al nivel educativo lo cual esta investigación respalda debido a que el 74.2% de los nutriólogos y el 54.8% de los médicos que participaron cuentan con alguna especialidad, y en cuanto a los estudiantes la mayoría de los estudiantes de nutrición (67.5%) fueron evaluados cuando recién ingresaron a segundo semestre mientras que los estudiantes de medicina se distribuyeron en los cuatro semestres más uno propedéutico.

Las actitudes negativas que llegan a manifestar los profesionales, principalmente en los médicos generales que suelen ser el primer contacto de atención, podrían relacionarse con el tiempo tan corto que tienen para atender a los pacientes lo cual les obliga a realizar diagnósticos



sin antes realizar *rappports* adecuados que les permitan analizar factores que puedan estar influyendo en el peso corporal de las personas e influidos por sus juicios (Dirección de Prestaciones Médicas, 2012; Morse, 2018).

Por lo que concierne a la polaridad de opiniones de los estudiantes en cuanto a relacionar la delgadez o a la obesidad con adjetivos negativos, se podría relacionar con un aspecto cultural (González-García y Acuña, 2014) en jóvenes con edad promedio de 18 años debido a la influencia que el movimiento *body positive* ha tenido principalmente en las redes sociales promoviendo la aceptación de la diversidad corporal que si bien ha traído consecuencias positivas como al disminuir el bullying hacia personas con obesidad o aumentar la autoestima de varias personas, también se ha mal interpretado por algunos usuarios al asumir que fomenta la obesidad o que rechaza totalmente a la delgadez (Correa, 2020; Lozano-Muñoz et al., 2022). Otros estudios han señalado que mientras hay usuarios de redes sociales que rechazan los cuerpos ultradelgados (González-García y Acuña, 2014; Román, 2018), hay otros que fomentan trastornos como la anorexia, la bulimia o la vigorexia en audiencias desde los 8 años debido a que las mismas redes sociales permiten la comparación entre pares generando una mayor preocupación por el peso corporal (Lozano-Muñoz et al., 2022; Rivera, 2022). Este maniqueísmo podría estar influyendo en las actitudes implícitas de los estudiantes hacia la diversidad corporal.

Por otra parte, dentro del cuestionario sociodemográfico (Apéndice G) se les preguntó a los participantes sobre si han recibido diagnósticos de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), de sobrepeso o de obesidad y mediante cuál profesional recibieron ese diagnóstico, datos que destacaron el hecho de un mayor número de profesionales de la salud mental (psicólogos o psiquiatras) quienes detectaron más casos de TCA que médicos y ningún

nutriólogo; pero más médicos diagnosticaron sobrepeso u obesidad que nutriólogos y ningún psicólogo. Lo cual puede deberse a que la atención psicológica es una pieza clave para tratar los TCA, tratamientos donde se recomienda la multidisciplinariedad, pero algunos pacientes se rehúsan a acudir con nutriólogos debido al temor de ser orientados a aumentar su peso corporal (Hernández-Escalante y Cabrera-Araujo, 2014). También existe evidencia de varios pacientes con algún TCA actual quienes previamente fueron juzgados por su peso corporal por algún médico o nutriólogo, o que fueron sometidos a dietas estrictas con baja diversidad de alimentos (Ledesma, 2022). De esta manera se recalca la importancia de conocer y tratar los prejuicios que tiene el personal sanitario debido a que suelen ser el primer contacto de atención y si ignoran la multifactoriedad de la obesidad para dedicarse exclusivamente a imponer dietas restrictivas contribuyen a consecuencias dañinas. Incluso la conclusión de Ledesma (2022) puede ilustrarse con el caso de una participante quien recibió un diagnóstico de sobrepeso años atrás, pero en el último año recibió el de anorexia y bulimia, actualmente reporta nula discrepancia entre su silueta actual y la deseada, aunque su IMC se clasifique en sobrepeso grado 2. El diagnóstico de TCA lo recibió por un psicólogo lo que indica que quizás se encuentre acudiendo a servicios de salud mental y ello le ha permitido mayor satisfacción con su cuerpo.

## **Conclusiones**

Los estudiantes tienen prejuicios explícitos neutros o un poco negativos hacia las personas con obesidad, pero tienen mayores actitudes negativas implícitas, mientras que los profesionales de medicina tienen mayores prejuicios explícitos hacia las personas con obesidad. Por lo cual el conocer las emociones, actitudes y creencias que tienen puede contribuir a realizar

programas educativos para erradicar los estigmas, prejuicios y desinformación sobre las personas con obesidad.

Esta información puede serle útil a psicólogos y nutriólogos quienes pueden tener un panorama sobre las actitudes acerca de la obesidad que puedan tener sus consultantes con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

La utilización del Test de Asociaciones Implícitas solo se había utilizado en preferencias políticas (Ayala, 2012), pero en esta investigación se adaptó para las preferencias hacia la diversidad corporal mostrando contrastes entre las actitudes explícitas y las implícitas de los participantes.

También, se tuvo la oportunidad de utilizar una herramienta novedosa que permitió diseñar y aplicar las pruebas conductuales que se implementaron, por medio de la plataforma *Gorilla Experiment Builder* (gorilla.sc), dicha plataforma busca controlar el error en las mediciones y limitar la posibilidad de sesgos en la respuesta, incluso en la modalidad a distancia debido a que la base de datos que almacena captura los detalles necesarios para que los investigadores determinen si se eliminan a los participantes o se consideran para el estudio, al ser especializado para investigaciones conductuales cuenta con las plantillas de los test comunes y actuales para editarlas acorde a los objetivos de cada investigación.

Durante la participación en el estudio se detectaron algunos casos importantes como fuertes discrepancias negativas, o el deseo de disminuir su IMC a pesar de estar en la categoría normal o delgada. Si bien el objetivo de esta investigación no fue indagar sintomatología de TCA, resulta importante preguntar acerca de estos temas en investigaciones relacionadas al comportamiento alimentario ya que la misma educación que podría favorecer la atención a

personas con obesidad también podría mejorar las perspectivas de estudiantes y profesionales acerca de su propio peso corporal.

### **Limitaciones y sugerencias**

Se requieren futuras investigaciones que evalúen a profesionales de psicología para conocer las mismas variables ya que su intervención puede ser relevante para las personas que acuden a consulta, aunque no vayan principalmente por problemas acerca de su peso corporal, sobre todo porque pueden relacionar los problemas emocionales de sus pacientes principalmente con el peso corporal cuando no sea así.

Del mismo modo sería útil evaluar a personas comunes para conocer si los prejuicios que se conocieron en esta investigación difieren mucho de ellas o si las profesiones intervienen para aumentar o disminuir los mismos. También puede ser útil para saber si existe mayor o menor deseabilidad social por ser profesionistas o estudiantes.

Se fomenta a realizar investigaciones con más instrumentos que indaguen en las emociones o con los mismos usados en esta investigación, pero con algunas modificaciones como el agregar emociones al Diferencial Semántico o al Test de Asociaciones Implícitas.

Esta investigación atendió la recomendación de Lucero-Soto (2014) debido a que se indagó en las actitudes implícitas con el Test de Asociaciones Implícitas (TAI) que resultó ser una herramienta viable porque, al igual que en su investigación, las actitudes explícitas de los estudiantes de nutrición hacia las personas con obesidad fueron positivas, pero al contrastar con los resultados del TAI mostraron mayores actitudes negativas implícitas.

Se invita a instituciones educativas a crear programas o cursos donde se eduque acerca de la multifactoriedad de la obesidad y sobre la salud en la diversidad corporal para formar a profesionales libres de prejuicios, cabe destacar que hacerlo desde los primeros semestres puede crearles un amplio panorama que favorecerá su formación profesional y creará mejor personal de la salud.

### Referencias

- Álvarez Rayón, G., García Rodríguez, J., Márquez Hernández, A. K., Camacho Ruiz, E. J., Boulosa Moreno, B. y Mancilla Díaz, J. M. (2016). Nutrición, alimentación y ejercicio: beneficios y riesgos para la salud mental. En A. López-Espinoza y A. G. Martínez Moreno (Eds.), *La educación en la alimentación y nutrición* (1.ª ed., pp.239–252). McGraw-Hill.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5ª ed).
- Amossy, R. y Herschberg P. A. (2020) *Estereotipos y clichés*. (1º ed.) Eudeba.
- Arias Galicia, F. (1980) *Actitudes, opiniones y creencias*. Editorial Trillas.
- Asociación Médica Mundial (2022, diciembre 13). *Código Internacional de Ética Médica de la AMM*. Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/policias-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
- Ayala, A., Martínez, D., Nosek, B., Banaji, M. y Greenwald, T. (s/f) Tome un Test de Demostración. *Test de Asociación Implícita*. <https://implicit.harvard.edu/implicit/mexico/selectatest.jsp>

- Ayala Sánchez, A. (2012) La utilización del Test de Asociación Implícita en los procesos electorales *Revista del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación* 1(10) 267-292.
- Ayela Pastor, M.R.T. (2015). Relación entre Flora Intestinal y Obesidad. *Obesidad. Problemas y soluciones*. (pp. 77-78). Editorial Club Universitario. ISBN:978-84-8454-864-5
- Bastias-González, F., Jorquera, C., Matamala, C., Aguirre, P., Escandon-Nagel, N., Marileo, L. y Viscardi, S. (2022) El estigma de peso de los estudiantes de nutrición y dietética hacia las personas con obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 49(3), 378-383.  
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182022000300378>
- Bautista-Díaz, M.L., Márquez Hernández, A.K., Ortega-Andrade, N.A., García-Cruz, R., y Alvarez-Rayón, G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 121-133.  
<https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.516>
- Behar, R., Arancibia, M. y Gaete, M. I. (2020) Body Image Assessment Instruments in Hispanic Latin American Population (Silhouettes). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 11(1), 90-107. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.1.610>
- Beredjikian der Hagopian, M. (2009). Conceptualización de la emoción. En *Psicología* (1.a ed., p. 300). Santillana.
- Bonfil Olivera, M. (2010) Ojo de mosca. La ciencia como herramienta. *Revista ¿Cómo ves?* 149. 7.

- Camarillo Salas, J. B., Espinoza Ramírez, D., Reyes Velázquez, D. L. y Rojas Salinas, N. (2017) Colaboraciones. Acciones multidisciplinares en la atención de la salud de personas con sobrepeso u obesidad. En *Psic-Obesidad. Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*. 7(26) p. 16-20.
- Campos Mondragón, M. G. (2016). Educación alimentaria para la prevención de la obesidad y el síndrome metabólico. En A. López-Espinoza y A. G. Martínez Moreno (Eds.), *La educación en la alimentación y nutrición* (1.<sup>a</sup> ed., pp. 93–105). McGraw-Hill.
- Carlson, N.R. (2014) Conducta de ingesta. En *Fisiología de la conducta*. 11 (pp. 420-463). Pearson.
- Carretero, M. (2002) Tratamiento de la obesidad. *OFFARM* (21)3. 128-130.
- Cárdenas Guzmán, G. (2011) Los Productos “Milagro”. Ni placebo ni panacea, sólo fraude. *Revista ¿Cómo ves?* 149. 10-14.
- Cassiano, G. S., Carvalho-Ferreira, J. P., Buckland, N. J., y da Cunha, D. T. (2021). Do Registered Dietitians, Nutrition Students, and Laypeople Perceive Individuals with Obesity Differently?. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 8925. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.3390/ijerph18178925>.
- Ceja-Ramírez, L.G., Rivadeneyra-Espinoza, L., Soto-Vega, E. (2015) Relación del consumo de productos para bajar de peso con el sobrepeso y la obesidad en profesores universitarios de Puebla, México. *Revista de la Facultad de Medicina* 63(1). 87-92.  
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.48131>

Coordinación Técnica de Excelencia Clínica (2018) Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica, 16-19.

Colegio Mexicano de Nutriólogos (1999) *Código de Ética Profesional del Nutriólogo*. Colegio Mexicano de Nutriólogos. [https://www.cmnutriologos.org/recursos/Codigo\\_de\\_etica.pdf](https://www.cmnutriologos.org/recursos/Codigo_de_etica.pdf)

Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (1992, 24 de diciembre) *Ley Federal de Protección al Consumidor*. Diario Oficial de la Federación.

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo12974.html>

Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (s/f) *Discriminación e igualdad*.

CONAPRED.

[https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id\\_opcion=142&op=142](https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142)

Cori, G. D. C., Petty, M. L. B., y Alvarenga, M. D. S. (2015, febrero). Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 565-576. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.05832014>

Correa, S. (23 julio de 2020) *Body positive: ¿promueve o no la obesidad?* Journey Sports.

<https://journey.app/blog/body-positive-promueve-o-no-la-obesidad/#Pros-y-contras-del-body-positive>

Cruz, R. (2022, 25 julio). *El análisis de impedancia bioeléctrica*. IIDENUT.

<https://www.iidenut.org/instituto/2022/07/25/el-analisis-de-impedancia-bioelectrica/>



- De Domingo Bartolomé, M., y López Guzmán, J. (2014) La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de Bioética*, XXV(2), 273-284. ISSN: 1132-1989
- De Houwer, J., y Moors, A. (2007). How to define and examine the implicitness of implicit measures. En B. Wittenbrink & N. Schwartz (Eds.), *Implicit measures of attitudes: Procedures and controversies* (pp. 179-194).
- Demos, K.E., Heatherton, T.F. y Kelley, W.M. (2012). Individual differences in nucleus accumbens activity to food and sexual images predict weight gain and sexual behavior. *The Journal of Neuroscience*, 32(16):5549 -5552.
- Dirección de Prestaciones Médicas (2012) Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002. Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2640-003-002.pdf>
- Enciclopedia Médica A.D.A.M. (2020). *Cálculo del tamaño de la estructura corporal*. Medline Plus. Recuperado 29 de septiembre de 2022, de [https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_imagepages/17182.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/17182.htm)
- Escobar, C., González-Guerra, E., Velasco-Ramos, M., Salgado-Delgado, R. Angeles-Castellanos, M. (2013). La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 4, 2; 133-142. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/25521>

- Esquivias-Zavala, H., Caballero Romo, A. y Madrigal de León, E. (2022) Multidisciplinary obesity treatment: Ten considerations from a mental health perspective *Salud mental* (45)2. 51-52. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2022.007
- Ferreira-Hermosillo, A., Salame-Khoury, L. y Cuenca-Abruch, D. (2018) Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 56(4), 395-409.
- García Bergua, A. (2008) La nueva visión del cerebro. *Revista ¿Cómo ves?* 111, 10.
- García Flores, C.L., Salazar Quiñones, I.C., Martínez Moreno, A.G., Castañeda Palomera, A., Martínez López, A. y Beltrán Cortés, A.L. (2016). Educación nutricional basada en el condicionamiento. En A. López-Espinoza y A. G. Martínez Moreno (Eds.), *La educación en la alimentación y nutrición* (1.ª ed., pp. 218–238). McGraw-Hill.
- Gimeno, E. (2003) Medidas empleadas para evaluar el estado nutricional. *OFFARM* 22(3), 96-100.
- González-García, D. A. y Acuña, L. (2014) Aceptación y rechazo social hacia personas de distintas tallas corporales. *Revista Mexicana de Psicología* 31(1). 58-70.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243033030008>
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., y Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464–1480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1464>
- Guillén Riebeling, R. (2017) F54 Factores psicológicos...[316] Consecuencias sociales y psicológicas de presentar obesidad. En *Psic-Obesidad. Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*. 7(26) p. 7-8.

Gutiérrez, R. (2023, 13 de marzo) *Gordofobia, fenómeno cada vez más arraigado en el país.*

Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/gordofobia-fenomeno-cada-vez-mas-arraigado-en-el-pais/>

Hernández-Escalante, V.M. y Cabrera-Araujo, Z. (2014) Recomendaciones Básicas para el Abordaje de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Ciencia y Humanismo en la Salud* 1(1). 28-39.

Hilbert, A., Rief, W. y Braehler, E. (2008) Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity (Silver Spring)* 16. 1529-1534.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Estadísticas e informes.*

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20212022/19-informe-completo.pdf>, p. 129.

Jackson-Gibson, A. (23 de febrero de 2021). *The Racist and Problematic History of the Body Mass Index.* Good House Keeping. <https://www.goodhousekeeping.com/health/diet-nutrition/a35047103/bmi-racist-history/#>

Joslyn, M. R. and Haider-Markel, D. P. (2019) Perceived causes of obesity, emotions, and attitudes about Discrimination Policy. *Social Science & Medicine* 223. 97-103.

Kuklinski, C. (2003) La relación entre nutrición y salud. En *Nutrición y Bromatología*. Editorial OMEGA. p. 3-17.

Lane, K.A., Banaji, M.R., Nosek, B.A. y Greenwald, A.G. (2007) Understanding and Using the Implicit Association Test: IV What We Know (So Far) about the Method. En B.

Wittenbrink y N. Schwarz (Eds.), *Implicit Measures of Attitudes* (pp.59-102). Guilford Press.

Ledesma, M. K. (29 de septiembre, 2022) ¿Los profesionistas de la nutrición pueden contribuir a que una persona desarrolle un trastorno de la conducta alimentaria? *Blog Universidad Cuauhtemoc Campus Aguascalientes*. <https://blog.ucuauhtemoc.edu.mx/nutriologos-desarrollar-trastornos-alimentaria>

López Manjón, A., Barrera García, K., León Sánchez, R., y Jiménez Cruz, B. E. (2014). Ideas sobre las causas de la obesidad en estudiantes universitarios mexicanos y españoles.

Enseñanza e Investigación en Psicología, 19(1),149-164.[fecha de Consulta 24 de Mayo de 2022]. ISSN: 0185-1594. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29232614009>

López Morales, J.L. y Garcés de los Fayos, E.J. (2012) Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12 (1), 139-142. ISSN: 1989-5879

López Morales, J.L. y Garcés de los Fayos, E.J. (2016) Actualización del modelo explicativo de la obesidad y sus conductas de riesgo: estudio preliminar. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36 (4), 48-53. DOI: 10.12873/364lopez

- Lorenzo, E., Cruz-Quintana, F., Pappous, A. y Schmidt, J. (2016). Actitudes explícitas e implícitas hacia la obesidad en estudiantes de cultura física. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 91-96.
- Lozano-Muñoz, N, Borrallo-Riego, Á, y Guerra-Martín, MD. (2022). Influencia de las redes sociales sobre la anorexia y la bulimia en las adolescentes: una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(2). <https://dx.doi.org/10.23938/assn.1009>
- Lucero-Soto, L. (2014) Creencias, actitudes y fobia que estudiantes universitarios del área de la salud en Tijuana, tienen hacia las personas con obesidad [Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud] Universidad Autónoma de Baja California
- Mascayano, T. F., Lips C. W., Mena P. C. y Manchego S. C. (2015) Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38 (1), 53-58. ISSN: 0185-3325.
- McIver, H. y Lordly, D. (2015) A Review of Eating Disorders and Disordered Eating amongst Nutrition Students and Dietetic Professionals. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 76, 38-43.
- Méndez, F. (2021, 18 de noviembre) *La gordofobia, concepto y acción discriminatorios*. Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/la-gordofobia-concepto-y-accion-discriminatorios/>
- Meule,A. (2017) Interactive effects between flexible and rigid control of eating behavior on body weight: a moderated serial multiple mediation model. *Health Psychology Report* 5(4)
- Milne, V. (2023). Alimentación intuitiva: ¿Mejor que una dieta convencional? *Selecciones Reader's Digest*, 986, 8-10.

Ministerio de Salud de la Nación (2016) Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención, 93-100.

Mireles Velázquez, M.L. (2014) Revisión de los efectos de los ingredientes de productos alternativos para bajar de peso en la población que asiste a las plazas comerciales de Ixtapaluca, Estado de México [Tesis para obtener el título de Licenciado en Nutrición] Universidad Autónoma del Estado de México.

Morales Salinas, M. (2017) Como, luego existo. Digamos: buen provecho y bienestar (felicidad). En *Psic-Obesidad. Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*. 7(26) p. 14-15.

Morse, J. (19 de octubre de 2018) *El problema de la atención médica barata en México*. The Nation. [https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/feb202005/49\\_me/](https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/feb202005/49_me/)

Organización Mundial de la Salud. (2021, 9 junio). *Obesidad y sobrepeso*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,\(kg%2Fm2\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,(kg%2Fm2).)

Osuna Ramírez, I., Hernández Prado, B., Campuzano, J.C., Salmerón, J. (2006) Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública de México* 48(2), 94.103.

Palomo, V. (2 de febrero de 2022). *Índice de Masa Corporal: ¿es válido para medir la obesidad?* Consumer <https://www.consumer.es/salud/problemas-de-salud/indice-masa-corporal-para-medir-obesidad.html>

Pan American Health Organization. (2018, 3 enero). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención.*

Institutional Repository for Information Sharing.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34520>

Peña Irecta, A., Torres Granillo, A.R., Martínez Román, M.E, Membrila Torres A.B. y Ruíz Durán S.G. (2013) Medición de Panículos Adiposos. *Boletín Científico Educación y Salud* (2). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Poy Solano, L. (2022, 24 febrero). Discriminar por obesidad puede causar daños graves a la salud. *La Jornada Maya*. <https://www.lajornadamaya.mx/nacional/190686/discriminar-por-obesidad-puede-causar-danos-graves-a-la-salud>

Procuraduría Federal del Consumidor. (2020). ¿Qué son los productos milagro? *Revista del Consumidor*, 526, 4-35.

[https://www.profeco.gob.mx/revista/RevistaDelConsumidor\\_526\\_Diciembre\\_2020.pdf](https://www.profeco.gob.mx/revista/RevistaDelConsumidor_526_Diciembre_2020.pdf)

Project Implicit (2023) *About the IAT-How the IAT Is Scored*. Project Implicit.

<https://www.projectimplicit.net/resources/about-the-iat/>

Puhl, R.M, Latner, J.D., King, K.M. y Luedicke, J. (2014) Weight Bias among Professionals Treating Eating Disorders: Attitudes about Treatment and Perceived Patient Outcomes. *Int J Eat Disord*, 47, 65-75.

Ramírez, E. (2023) *Desarrollo profesional: Una guía para lograrlo*. Universidad de Estudios Avanzados. <https://www.unea.edu.mx/blog/index.php/desarrollo-profesional#:~:text=El%20desarrollo%20o%20crecimiento%20profesional,insertarse%20en%20los%20mercados%20profesionales.>

Ramírez López, E., Negrete López, N.L., Tijerina Sáenz, A. (2012) El peso corporal saludable: definición y cálculo en diferentes grupos de edad. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 13(4)

Real Academia Española (2022) *Licenciatura*. Real Academia Española.

<https://dle.rae.es/licenciatura>

Reidl, L.M. (2020) Escalas de actitud multidimensionales: diferencial semántico. En Javier Armas (Ed.), *Investigación y Métodos en las Ciencias Sociales* (pp.354-367). Amapsi Editorial. ISBN 978-607-98862-0-2

Rivera, A. (2022) *Cómo las redes sociales están trayendo de vuelta la delgadez extrema de los años 90*. Atresmedia. [https://compromiso.atresmedia.com/levanta-la-cabeza/lineas-accion/cambios-habitos/como-redes-sociales-estan-trayendo-vuelta-delgadez-extrema-anos-90\\_2022122863ac9147e6e6b80001ce446e.html](https://compromiso.atresmedia.com/levanta-la-cabeza/lineas-accion/cambios-habitos/como-redes-sociales-estan-trayendo-vuelta-delgadez-extrema-anos-90_2022122863ac9147e6e6b80001ce446e.html)

Robles, D. (2022, 8 septiembre). *Compilan en un volumen el Diccionario de las emociones*. Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/compilan-en-un-volumen-el-diccionario-de-las-emociones/>

Román, V. (7 de julio de 2018) *La era del rechazo a las siluetas ultradelgadas: los cuerpos XS despiertan preocupación y no encantamiento en las redes sociales*. INFOBAE. <https://www.infobae.com/salud/2018/07/07/la-era-del-rechazo-a-las-siluetas-ultradelgadas-los-cuerpos-xs-despiertan-preocupacion-y-no-encantamiento-en-las-redes-sociales/>



Romero, J. (2007) El Farmacéutico ante los Productos Milagro. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 6. 660-677.

Salud Mutualidad de Seguros de la Agrupación de Fincas Rústicas de España. (2021, 30 julio). *Estudio genético de la obesidad*.

<https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/endocrinas/estudio-genetico-de-la-obesidad/>

Sánchez-Carracedo, D. (2022) El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>

Sánchez-Castillo S., López-Sánchez G.F., Ahmed MD D y Díaz-Suárez, A. (2018) Imagen Corporal y Obesidad mediante las siluetas de Stunkard en Niños y Adolescentes Indios de 8 a 15 Años. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19(1), 19-31.

Schons, M. (2022). *Health at Every Size*. National Geographic Society. Recuperado 18 de febrero de 2023, de <https://education.nationalgeographic.org/resource/health-every-size/>

Sean Wharton, David C.W. Lau, Michael Vallis, Arya M. Sharma, Laurent Biertho, Denise Campbell-Scherer, Kristi Adamo, Angela Alberga, Rhonda Bell, Normand Boulé, Elaine Boyling, Jennifer Brown, Betty Calam, Carol Clarke, Lindsay Crowshoe, Dennis Divalentino, Mary Forhan, Yoni Freedhoff, Michel Gagner...Sonja Wicklum (2020) Obesity in adults: a clinical practice guideline *Canadian Medical Association Journal* 192 (31) E875-E891; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>

- Sherman, S. J., Rose, J.S., Koch, K. y Presson, C.C. (2003) Implicit and explicit attitudes toward cigarette smoking: The effects of context and motivation. *Journal of Social and Clinical Psychology* 22 (1), 13-39.
- Silva, C. y González-Alcántara, K.E. (2019) Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP). *Actualidades en Psicología*, 33(127), 37-48. doi: 10.15517/ap.v33i127.34778
- Silvestri, E., y Stavile, A. E. (2005a). Alteraciones psicológicas en la obesidad. En *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. (p. 8). Universidad Favaloro.
- Silvestri, E., y Stavile, A. E. (2005b). Como consecuencia de la obesidad. En *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. (p. 31). Universidad Favaloro.
- Silvestri, E., y Stavile, A. E. (2005c). Personalidad adictiva. En *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. (p. 7). Universidad Favaloro.
- Swift J.A., Hanlon S., El-Redy L., Puhl R.M. y Glazebrook C. (2013) Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 26, 395–402 doi:10.1111/jhn.12019
- Timko CA. y Perone J. (2004) Rigid and flexible control of eating behavior in a college population. *Eat Behav.*, 6(2):119-25.

- Torres, F. y Rojas, A. (2018) Obesidad y salud pública en México: Transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Revista Problemas del Desarrollo*, 193(49) 145-169. <http://probdes.iiec.unam.mx/>
- Tosi, J. D., Ledesma, R. D., Poó, F. M., Montes, S.A. y López, S.S. (2018) El Test de Asociaciones Implícitas (Implicit Association Test). Una Revisión Metodológica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP* 46(1) 175-187 [doi.org/10.21865/RIDEP46.1.13](https://doi.org/10.21865/RIDEP46.1.13)
- Unikel Santoncini, C. (2015). Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad. En V. Vázquez Velázquez y M. Kaufer-Horwitz (Eds.), *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado* (pp. 236–262). Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>
- Universidad Iberoamericana (26 de abril de 2016) *La obesidad es sinónimo de discriminación*. IBERO Ciudad de México. <https://ibero.mx/prensa/la-obesidad-es-sinonimo-de-discriminacion>
- Usta, E., Bayram, S., Altınbaş Akkaş, Ö. (2021) Perceptions of nursing students about individuals with obesity problems: Belief, attitude, phobia. *Perspectives in Psychiatric Care* (57) 777- 785. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/ppc.12613>
- Vallis, T.M., Currie, B., Lawlor, D. y Ransom, T. (2007) Healthcare Professional Bias Against the Obese: How Do We Know If We Have a Problem? *Canadian Journal of Diabetes* 31(4), 365-370.
- Vargas L.A y Casillas L.E. (1998) Cómo aproximarse al peso corporal recomendable para su paciente. *Gac Med Méx* 134(5), 625-627.

Vargas, P.T., Sakaquaptewa, D. y Von Hippel, W. (2007) Armed Only with Paper and Pencil:

"Low-Tech" Measures of Implicit Attitudes En B. Wittenbrink y N. Schwarz (Eds.),

*Implicit Measures of Attitudes* (pp.103-124). Guilford Press.

Weygandt, M., Mai, K., Dommès, E., Leupelt, V., Hackmack, K., Kahnt, T., Rothemund, Y.,

Spranger, J. y Haynes, J.D (2013) The role of neural impulse control mechanisms for dietary success in obesity. *NeuroImage*, 83, 669-678.

[dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.07.028](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.07.028)

Winterman Hemilson, B., Ramírez López, E. y Medellín Guerrero, A.B. (2021) Efecto de siete

dietas populares en el peso y la composición corporal en adultos: una revisión

sistemática. *Revista Salud Pública y Nutrición* 20(1), 30-39.

World Obesity Federation. (2019). *Weight Stigma*. [https://www.worldobesity.org/what-we-](https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma)

[do/our-policy-priorities/weight-stigma](https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma)

Yildiz, M. y Baysal, H.Y. (2019) Prejudice against obesity in university students studying in

health-related departments. *Perspectives in Psychiatric Care*. 55, 170– 174. [https://doi-](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/ppc.12314)

[org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/ppc.12314](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/ppc.12314)

Youdim, A. (2021, agosto). *Obesidad. Manual MSD versión para profesionales*.

[https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-nutricionales/obesidad-y-](https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-nutricionales/obesidad-y-s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lico/obesidad)

[s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lico/obesidad](https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-nutricionales/obesidad-y-s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lico/obesidad)

## APÉNDICES

## Apéndice A. Carta Consentimiento



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación forma parte de un proyecto que se está realizando por parte de la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, y tiene como objetivo explorar los conocimientos que tienen los estudiantes y profesionales de la salud acerca de la obesidad. Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en el momento que lo desee sin recibir alguna sanción. Es necesario aclarar que con sus respuestas no se le emitirá un diagnóstico o calificación de ningún tipo.

Las responsables del proyecto son la Dra. Ana Teresa Rojas Ramírez y la egresada de la Licenciatura en Psicología, Diana L. Saucedo Fernández. Si tiene alguna duda puede comunicarse al correo: [dianasaufer@comunidad.unam.mx](mailto:dianasaufer@comunidad.unam.mx).

Sus respuestas serán **completamente confidenciales, anónimas e irrastreables**, solo se usarán para fines académicos como en congresos o publicaciones, pero de ninguna manera expondrán su identidad por lo cual le solicitamos contestar con la mayor sinceridad posible, **no existen respuestas correctas ni incorrectas**. La duración de la investigación es de aproximadamente 15 minutos.

Declaro haber leído los términos y estoy de acuerdo en participar.

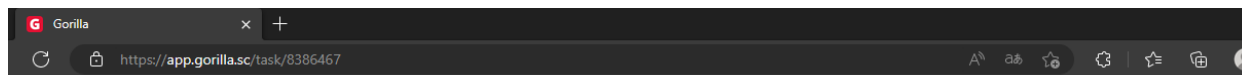
## Apéndice B. Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP)

### Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP)

Seleccione la frecuencia con la que está de acuerdo con los siguientes enunciados, recuerde que ninguna respuesta es correcta o incorrecta por lo cual le pedimos total sinceridad:

Pienso que todos los alimentos engordan	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Pienso que haga lo que haga, engordo	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Pienso que aunque como poco, subo de peso	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Pienso que aunque como poco, engordo	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Pienso que tiendo a ganar peso con mayor facilidad que otros	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Aunque coma saludablemente, gano peso	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Comer es un placer	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Comer me hace feliz	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Disfruto comer	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Las horas de la comida son momentos agradables	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Comer me hace sentir tranquilo(a)	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Pienso que engordar sería lo peor que me podría pasar	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Pienso que el peso de las personas es importante	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Cuando como de más me siento culpable	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Me fijo en el peso de las personas	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Creo que debiera hacer una dieta	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre

**Apéndice C. Pantalla de la prueba en los bloques de categorías individuales.**

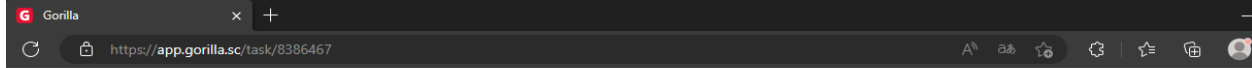


FLACO

GORDO

Grueso

**Apéndice D. Pantalla de la prueba en los bloques de categorías asociadas.**



FLACO  
○  
BUENO

GORDO  
○  
MALO

Sucio



## Apéndice E. Diferencial Semántico.

## Diferencial Semántico

Señale en el continuo la intensidad del adjetivo que mejor represente su opinión respecto al enunciado. Recuerde que **no hay respuestas correctas ni incorrectas** y todas serán **anónimas y confidenciales**, considere la siguiente escala para sus respuestas:

<i>adjetivo</i>	<b>Muy</b>	<b>Bastante</b>	<b>Algo</b>	<b>Neutral</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muy</b>	<i>adjetivo</i>
-----------------	------------	-----------------	-------------	----------------	-------------	-----------------	------------	-----------------

Ejemplo:

Seleccione los adjetivos correspondientes a su opinión sobre el hábito de leer:



*Así indica que leer le parece **algo** aburrido y **muy** insignificante.*

Seleccione los adjetivos correspondientes a su opinión sobre las personas con obesidad:

BUENAS	<input type="radio"/>	_____	MALAS
DESHONESTAS	<input type="radio"/>	_____	HONESTAS
ADMIRABLES	<input type="radio"/>	_____	DESPRECIABLES
SUCIAS	<input type="radio"/>	_____	LIMPIAS
FLEXIBLES	<input type="radio"/>	_____	ESTRICTAS
SIMPÁTICAS	<input type="radio"/>	_____	ANTIPÁTICAS
DÉBILES	<input type="radio"/>	_____	FUERTES
ENFERMAS	<input type="radio"/>	_____	SALUDABLES
TRANQUILAS	<input type="radio"/>	_____	INQUIETAS
VALIENTES	<input type="radio"/>	_____	COBARDES
LENTAS	<input type="radio"/>	_____	RÁPIDAS
RESPONSABLES	<input type="radio"/>	_____	IRRESPONSABLES
IMPULSIVAS	<input type="radio"/>	_____	REFLEXIVAS
SOCIABLES	<input type="radio"/>	_____	SOLITARIAS

**Apéndice F. Siluetas de Stunkard****Siluetas de Stunkard**

A continuación, se le presenta una imagen con distintas siluetas.

Realmente, ¿A cuál de las figuras considera que se parece? \_\_\_\_\_



¿A cuál de las figuras le gustaría parecerse? \_\_\_\_\_

**APÉNDICE G. Cuestionario Sociodemográfico****Cuestionario Demográfico**

Las respuestas que emita a continuación sólo serán usadas para fines académicos y de ninguna manera revelarán su identidad, por lo que le pedimos contestar con absoluta sinceridad.

**Soy**

- Estudiante
- Profesional con experiencia

**Edad****Lateralidad**

- Zurda
- Diestra
- Ambidiestra

**Licenciatura que estudia o estudió**

- Nutriología
- Nutrición
- Medicina
- Otra (Por favor especifique)

**En caso de que se encuentre estudiando, ¿En cuál semestre está?**

- Propedéutico/Inducción
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

8

Otro (Por favor especifique)

**Apróximadamente, ¿Cuánto pesa? (en kilogramos)**

**Apróximadamente, ¿Cuál es su altura? (en metros)**

**Sexo**

- Mujer
- Hombre
- Intersexual

**Género**

- Femenino
- Masculino
- Género fluido
- No binario
- Agénero
- Otro (Por favor especifique)

**¿Cuenta con alguna especialidad?**

- Sí
- No

En caso de responder positivamente, ¿Cuál es su especialidad?

**¿Anteriormente ha tenido formación en tratamientos de la obesidad?**

- Sí
- No

¿De qué tipo fue su formación?

- Diplomado
- Curso
- Prácticas Clínicas
- Posgrado
- Otro (Por favor especifique)

**¿Tiene experiencia en la práctica clínica?**

- Sí
- No

En caso de responder positivamente, ¿Cuántos años tiene de experiencia?

¿Cuál es o era su principal tarea en la práctica clínica?

**¿Qué papel desarrolla en su principal trabajo remunerado?** Si no trabaja, por favor escriba "No trabajo"

**¿Ejerce en más de una profesión?**

- Sí
- No

En caso de responder positivamente, ¿Cuáles son sus otras profesiones?

**¿Cuál es la frecuencia con la que interactúa con personas que presentan obesidad o sobrepeso?**

- Siempre
- Casi siempre
- Regularmente
- Casi nunca
- Nunca

**¿Ha sido diagnosticado con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (anorexia, bulimia, trastorno por atracón, etc.)?**

- Sí
- No

En caso de responder positivamente, ¿Cuál fue su diagnóstico?

¿Hace cuánto tiempo recibió ese diagnóstico?

- Menos de 6 meses
- En el último año
- De 2 a 5 años
- Más de 5 años
- Otro (Por favor especifique)

¿Por cuál profesional de la salud recibió ese diagnóstico?

- Médico general
- Nutriólogo
- Psicólogo
- Otro (Por favor especifique)

**¿Ha sido diagnosticado con sobrepeso u obesidad?**

- Sí
- No

En caso de responder positivamente, ¿Cuál fue su diagnóstico?

¿Hace cuánto tiempo recibió ese diagnóstico?

- Menos de 6 meses
- En el último año
- De 2 a 5 años
- Más de 5 años
- Otro (Por favor especifique)

¿Por cuál profesional de la salud recibió ese diagnóstico?

- Médico general
- Nutriólogo
- Psicólogo
- Otro (Por favor especifique)