

# **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**

FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



**TESIS**

**“CREENCIAS, ACTITUDES Y FOBIA QUE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL  
ÁREA DE LA SALUD EN TIJUANA, TIENEN HACIA LAS PERSONAS CON  
OBESIDAD”**

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**PRESENTA**

Lucero Soto Lucero

**DIRECTORA DE TESIS**

**Dra. Ana Lilia Armendáriz Anguiano**

**CO-DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. Arturo Jiménez Cruz**

**CUERPO ACADÉMICO DE NUTRICIÓN**

Tijuana, Baja California., Noviembre de 2014.


Tijuana, B.C., a 5 de junio 2014.

SUBCOMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE PROGRAMAS  
DE DOCTORADO Y MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD  
Facultad de Medicina y Psicología

PRESENTE

En calidad de directora de la tesis titulada "CREENCIAS, ACTITUDES Y FOBIA QUE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD EN TIJUANA, TIENEN HACIA LAS PERSONAS CON OBESIDAD" realizada por Lucero Soto Lucero, después de revisar su trabajo me permito notificarles que la misma reúne los requisitos académicos establecidos por el Cuerpo Académico de Nutrición.

ATENTAMENTE



---

Dra. Ana Lilia Armendáriz Anguiano

ccp: Interesada

ccp: Minutario

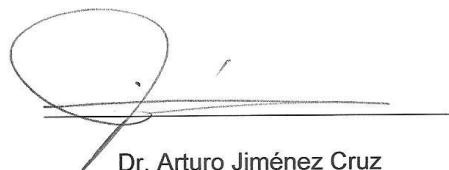
Tijuana, B.C., a 5 de junio 2014.

SUBCOMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE PROGRAMAS  
DE DOCTORADO Y MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD  
Facultad de Medicina y Psicología

PRESENTE

En calidad de co-director de la tesis titulada "CREENCIAS, ACTITUDES Y FOBIA QUE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD EN TIJUANA, TIENEN HACIA LAS PERSONAS CON OBESIDAD" realizada por Lucero Soto Lucero, después de revisar su trabajo me permito notificarles que la misma reúne los requisitos académicos establecidos por el Cuerpo Académico de Nutrición.

ATENTAMENTE



Dr. Arturo Jiménez Cruz

ccp: Interesada

ccp: Minutario

Tijuana, B.C., a 5 de junio 2014.

SUBCOMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE PROGRAMAS  
DE DOCTORADO Y MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD  
Facultad de Medicina y Psicología

PRESENTE

En calidad de sinodal de la tesis titulada "CREENCIAS, ACTITUDES Y FOBIA QUE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD EN TIJUANA, TIENEN HACIA LAS PERSONAS CON OBESIDAD" realizada por Lucero Soto Lucero, después de revisar su trabajo me permito notificarles que la misma reúne los requisitos académicos establecidos por el Cuerpo Académico de Nutrición.

ATENTAMENTE



Dra. Montserrat Bacardí Gascón

ccp: Interesada

ccp: Minutario

## **AGRADECIMIENTOS**

Aprecio la gran ayuda que me brindaron al compartir sus valiosos conocimientos no sólo para la elaboración de esta tesis, sino en el transcurso de toda la carrera a:

Dra. Ana Lilia Armendáriz Anguiano, quien me brindó su apoyo moral y compartió de manera muy desinteresada su valioso material didáctico.

Dr. Arturo Jiménez Cruz, por impulsarme y hacerme crecer en un área poco conocida por mí, como es la investigación.

Dra. Montserrat Bacardí Gascón, por su excelente orientación y atención sin reserva siempre que la necesitaba.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi esposo Moisés, quien siempre me apoya en mis locuras académicas, a mi nieto Isaac, a mi nuera Aline y a mis hijos Moisés, César y Javier. Todos ellos son la luz de mi vida.

## RESUMEN

**Antecedentes:** Se ha reportado alta prevalencia de estigmatización hacia las personas con obesidad entre el personal de salud.

**Objetivo:** Evaluar las creencias, actitudes y fobia que estudiantes de medicina y psicología de la Universidad Autónoma de Baja California tienen hacia las personas con obesidad.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal a 528 estudiantes de primer, cuarto y quinto año de las carreras de psicología y medicina de la Universidad Autónoma de Baja California. Se midió el peso, la estatura, la circunferencia de cintura, se estimó la obesidad abdominal y se calculó y clasificó el IMC de acuerdo a los criterios de la OMS. Se evaluaron las creencias sobre la obesidad mediante la escala BAOP, las actitudes hacia las personas con obesidad mediante la escala ATOP y la fobia hacia la obesidad mediante la F-scale. Se les preguntó a los participantes que tanto contacto habían tenido con personas con obesidad.

**Resultados:** La edad promedio de los estudiantes fue de 20.7 años, 56% eran mujeres. Siete por ciento de todos los participantes tenían bajo peso, 53% tenían peso normal, 25% tenían sobrepeso, 16% tenían obesidad y 34% tenían obesidad abdominal. La puntuación media de la fobia hacia la obesidad fue de 3.4. El 6.8% demostraron actitudes neutras o positivas hacia la obesidad ( $\leq 2.5$  puntos). Una menor fobia hacia la obesidad se asoció con las creencias de que la obesidad no es resultado del autocontrol de la persona ( $p=0.0001$ ) y con mejores actitudes hacia las personas con obesidad ( $p=0.0001$ ). Los hombres presentaron mayor propensión a tener fobia

hacia la obesidad (OR=1.5) que las mujeres. Además se observó que quienes tenían mayor contacto con personas con obesidad presentaban mejores actitudes hacia ellas (OR=2.8).

**Conclusiones:** Se observó una alta prevalencia de fobia y actitudes negativas hacia las personas con obesidad y una falta de conocimiento acerca de que la obesidad es una condición multifactorial. Quienes tuvieron menor fobia hacia la obesidad mostraron mayor conocimiento sobre las múltiples causas de la obesidad y mejores actitudes hacia las personas que la padecen. Los hombres y los participantes que tenían poco contacto con personas con obesidad presentaron mayor estigmatización.

## **ABSTRACT**

**Background:** A high prevalence of stigmatizing attitudes among healthcare personnel towards obese people has been reported.

**Objective:** to evaluate the beliefs, attitudes and phobia that medical and psychology students at the Autonomous University of Baja California have towards obese people.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted with 528 medical and psychology students from first, fourth and fifth years, enrolled at the Autonomous University of Baja California. Weight, height and waist circumference were assessed, abdominal obesity was estimated and body mass index was calculated and classified according to WHO criteria. Beliefs about obesity were assessed by the BAOP scale, attitudes towards obese people by the ATOP scale and phobia towards obesity by the F-Scale. Participants were asked how much contact they had had with people with obesity.

**Results:** The students' average age was 20.7yo. Seven percent of all participants were underweight, 53% were normal weight, 25% were OW, 16% were obese and 34% had abdominal obesity. Participants achieved a mean F-scale score of 3.4. Only 6.8% showed neutral or positive attitudes towards obesity ( $\leq 2.5$  points). Less fat phobia was associated with beliefs that obesity was not a result of the person's self-control ( $p=0.0001$ ) and with better attitudes towards people with obesity ( $p=0.0001$ ). Men were more likely to have fat phobia ( $OR=1.5$ ) than women. It was observed that those who had more contact with people with obesity were more likely to have better attitudes towards them ( $OR=2.8$ ).

**Conclusions:** High prevalence of phobia, lack of knowledge that obesity is a multifactorial condition and negative attitudes towards obesity were observed. Those

who had less fat phobia showed more knowledge about the multiple causes of obesity and better attitudes towards people with obesity. Men and participants who had little contact with people with obesity had higher stigma.

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	i
DEDICATORIA .....	ii
RESUMEN .....	iii
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ANTECEDENTES.....	1
JUSTIFICACIÓN .....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
METODOLOGÍA .....	13
Diseño del estudio .....	13
Muestra.....	13
Aprobación por el Comité de Ética .....	13
Reclutamiento y entrenamiento.....	13
Recolección de datos .....	14
Variables .....	14

ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	17
RESULTADOS .....	18
Reproducibilidad y confiabilidad.....	18
Características de los participantes .....	18
Escala BAOP, ATOP, F-scale .....	19
DISCUSIÓN .....	25
CONCLUSIONES .....	29
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS.....	32
ANEXOS .....	39
Anexo 1: carta de consentimiento para participar en el proyecto .....	39
Anexo 2: Escala de creencias sobre personas con obesidad (BAOP).....	40
Anexo 3: Escala de actitudes hacia las personas con obesidad (ATOP).....	41
Anexo 4: Escala de fobia a la obesidad (F-scale).....	42
Anexo 5: Contacto con personas con obesidad.....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes.....	19
Tabla 2. Puntuaciones de las escalas BAOP, ATOP y F-scale.....	20
Tabla 3. Correlaciones de Spearman de las escalas BAOP, ATOP y F- scale con otras variables .....	22
Tabla 4. Cuartiles de las escalas BAOP, ATOP y F-scale .....	23
Tabla 5. Participantes que están de acuerdo con adjetivos negativos en la F-scale.....	24

## **ANTECEDENTES**

La obesidad (O) es un problema de salud pública global y es especialmente grave en México. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 2008, 1.5 billones de personas de  $\geq 20$  años tenían sobrepeso (SP). La prevalencia de O era de 10% en los hombres y 14% en las mujeres mayores de 20 años, es decir, afectaba a 500 millones de personas adultas. En 2010, había más de 42 millones de menores de cinco años con SP (OMS, 2012).

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, registró una prevalencia nacional de SP y O en niños menores de cinco años de 10% y en la región norte del país de un 12%. Para la población de 5 a 11 años de edad, la prevalencia de SP fue de 20% y de O 15%, de acuerdo a los criterios propuestos por la OMS. Para las niñas la prevalencia de SP y O fue de 20% y 12% respectivamente, y para los niños de 19 % y 17% respectivamente. En el grupo de 12 a 19 años, se registró una prevalencia de 22% de SP y 13% de O. De acuerdo al sexo, en este grupo de edad, el 24% de las mujeres presentaron SP y el 12% O y los hombres, el 20% SP y el 15% O. En adultos mayores de 20 años, la prevalencia de SP y O en hombres fue de 43% de SP y 27% de O, y en mujeres de 36% y 38% respectivamente.

La prevalencia de obesidad abdominal (OA) en adultos, según los criterios de la Secretaría de Salud de México (hombres, cintura  $\geq 90$  cm; mujeres cintura  $\geq 80$  cm), fue en hombres de 65% y en mujeres de 83% (ENSANUT, 2012).

En Baja California el 6.6% de los niños menores de 5 años presentaron SP y O de acuerdo a la ENSANUT 2006 y el 11.9% en la encuesta del 2012. En el grupo de escolares de 5 a 11 años, el 23% presentaba SP y el 13% O en 2006, mientras que en

2012, el 24.9% tenía SP y el 17.3% O. La prevalencia de SP y O en el grupo de adolescentes de 12 a 19 años en 2006 fue de 24% y 11% respectivamente y en 2012, de 21.1% y 19.6% respectivamente. En adultos de 20 años y mayores en 2006, 36% tenían SP, 32% O y 79% OA y en 2012, 33.7% presentaron SP, 39.5% O. Solamente en el grupo de adolescentes y de adultos el SP disminuyó 2.9 y 2.3 puntos porcentuales respectivamente de 2006 a 2012. La O aumentó en todos los grupos.

En 2001 se realizó un estudio en escuelas del subsistema escolar indígena de Tijuana en niños de 6 a 12 años de edad y se encontró que el 38% tenía SP y O, mientras que el 27% tenía OA (Jiménez Cruz et al., 2003). En 2003, se realizó otro estudio en la misma población y se observaron resultados similares (Jiménez-Cruz A, et al., 2007). En 2007 se realizó una encuesta representativa de escolares en Tijuana y se observó un aumento de 7 puntos porcentuales del SP y O, comparado con una encuesta realizada en 2001. En este estudio se observó una prevalencia de SP y O de 48% (Bacardí-Gascón et al., 2009). En 2011 se realizó una encuesta entre niños de 4 a 16 años de preescolar, primaria y secundaria de Tijuana y se observó una prevalencia de SP y O de 23.1% en menores de cinco años, en el grupo de preescolares de más de cinco años de 33.8%, en niños de primaria de 46.3% y en niños de secundaria de 41.9%. La OA en niños de preescolar fue de 18%, en niños de primaria fue de 16.7% y en niños de secundaria fue de 15.2% (Bacardí-Gascón et al., 2013).

En Ensenada, B.C., se realizó un estudio en 2006, en escolares de 6 a 12 años de edad, en donde se encontró que 21% de los escolares tenían SP, 24% O, 5% O extrema y 15% OA (Bacardí-Gascón et al., 2007).

En Mexicali, B.C., se realizó un estudio en 2007-2008 a 336 estudiantes universitarios del área de la salud y se encontró que 36% de los hombres y 20% de las mujeres, tenían O y 22% de los hombres y 20% de las mujeres tenían SP. El 53% de los hombres y el 40% de las mujeres tenían OA (Ponce et al., 2011).

Los resultados de las encuestas nacionales y locales indican que la magnitud del problema de O la hacen un problema de salud pública prioritario en México y en Baja California, en todos los grupos de edad (Bacardí-Gascón et al., 2013; ENSANUT 2012; Ponce et al., 2011; Bacardí-Gascón et al., 2009; Jiménez-Cruz A, et al., 2007).

La O es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por el exceso de tejido adiposo corporal, el cual está compuesto por adipocitos en un 50% y el otro 50% está conformado por preadipocitos, células del sistema inmune, del sistema nervioso, matriz extracelular y vasos sanguíneos (Fisher-Posovsky et al., 2007). Este exceso de tejido adiposo, principalmente el localizado en la zona abdominal, está asociado con la resistencia a la insulina, diabetes, hipertensión arterial y estados protrombóticos y proinflamatorios (Gómez-Hernández et al., 2012). El riesgo de presentar apnea del sueño, algunos tipos de cáncer, dislipidemia, osteoartritis, colelitiasis, entre otras enfermedades, es mayor en personas con O que en personas con índice de masa corporal (IMC) normal (OMS, 2012).

Además, la O también está relacionada con trastornos psicológicos y psiquiátricos como son baja autoestima, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, ataques de pánico (Scott et al., 2008; Simonet al., 2006). En un estudio realizado en Holanda, se encontró una relación entre OA y depresión en personas de 70 a 79 años de edad (Vogelzangs et al., 2010).

Las personas con O sufren a menudo sentimientos de desvalorización y presión social, que los puede llevar a desarrollar una psicopatía o trastornos de la alimentación. En una sociedad en donde la delgadez es idealizada, la O se asocia a la ansiedad debido a la insatisfacción que las personas con O sienten hacia su imagen corporal y a las presiones sociales que existen sobre la misma (Hernández et al., 2012). Además, las dietas hipocalóricas estrictas y los ciclos de pérdida y recuperación de peso, generan frustraciones y sentimientos de culpabilidad (Vásquez y López, 2001).

En 2007-2008, se realizó un estudio en 708 universitarias de México y en 113 de Argentina para evaluar la insatisfacción de la imagen corporal. Se encontró que entre las personas con mayor SP el 84% de las estudiantes mexicanas estaban insatisfechas con la imagen del cuerpo y el 66% de las de Argentina (Jiménez-Cruz et al., 2008).

Se realizó un estudio a 879 estudiantes universitarios de Argentina y España, con el fin de evaluar la percepción de la imagen corporal y se encontró que el 64% de las mujeres no estaban conformes con la imagen corporal y deseaban adelgazar, a pesar de que muchas de ellas tenían un IMC adecuado e incluso menor de  $18.5 \text{ kg/m}^2$ . En cuanto a los hombres el 41.9% manifestó estar conforme con su imagen (Riba et al., 2008).

La estigmatización y los prejuicios hacia las personas con O se han asociado a la baja autoestima y a la depresión (Friedman et al., 2005). La fobia a la O es el miedo y la aversión al exceso de grasa y podría manifestarse en forma de prejuicios, estereotipos, actitudes negativas y estigmatización hacia las personas con O. Diversos estudios han investigado las actitudes negativas, la estigmatización y la discriminación que existe hacia las personas con O (Swift et al., 2013; Rodríguez-Ojea et al., 2011; Jiménez-

Cruz et al., 2008; Latner et al., 2008; Puhl et al., 2008; Rich et al., 2008; Bacardí-Gascón et al., 2007; Foster et al., 2003; Shwartz et al., 2003; Puhl y Brownell, 2001). Tal estigmatización y discriminación puede afectar la salud física y psicológica de las personas con O (Puhl y Heuer, 2010).

En Estados Unidos se realizó un estudio en donde se encontró que la prevalencia de discriminación relacionada con el peso de las personas, aumentó de 7% en 1995-1996 a 12% en 2004-2006 (Andreyeva et al., 2008).

En un estudio realizado entre 620 médicos de primer contacto en los Estados Unidos, más del 50% de los encuestados consideraron feas, sin atractivo, raras e incumplidas a las personas con O. Además, más de una tercera parte caracterizaron al paciente con O como descuidado, perezoso y con falta de voluntad (Foster et al., 2003).

En Texas, se analizó la estigmatización hacia el tamaño corporal entre los preescolares hispanos que tenían riesgo de O. Se observó que los adjetivos negativos principalmente asignados a dibujos de personas con SP fueron: feo, estúpido, dice mentiras, se burlan de él o de ella. El 53% de los niños, consideraron que la figura con SP era la que más comía. En el mismo estudio se observó, que los escolares que mostraron principalmente estereotipos negativos fueron los que eran cuidados por personas con un IMC elevado y con insatisfacción de la imagen corporal (Rich et al., 2008).

En el Reino Unido se realizó un estudio para evaluar los sesgos hacia las personas con O entre estudiantes del área de la salud, mediante la aplicación de la escala “Fobia hacia la obesidad” (F-scale) y la escala “Creencias acerca de las personas con obesidad” (BAOP). El 10.5% de los 1,130 participantes, demostraron altos niveles de

fobia hacia la O y sólo el 1.4% expresó actitudes neutrales o positivas. En cuanto a las creencias negativas acerca de las personas con O se registró una puntuación de 13.4; en la que uno fue la puntuación más favorable y 48 la más desfavorable (Swift et al., 2012).

En otro estudio realizado también en el Reino Unido, se investigaron las experiencias subjetivas de sesgos hacia el peso en 318 personas adultas con SP y O. Reportaron haber tenido experiencias de estigmatización verbales el 77%, barreras físicas el 8% y discriminación el 6%. Esta estigmatización provenía principalmente de familiares, amigos y profesionales de la salud. Los estereotipos más comunes percibidos fueron que las personas obesas son flojas (63%), se sobrealimentan (27%), no son inteligentes (18%), les falta fuerza de voluntad o autodisciplina (18%) y tienen pobre higiene (12%) (Puhl et al., 2007).

En Quebec, se realizó un estudio sobre los sesgos que los profesionales de la salud y especialistas en O tenían hacia la persona con exceso de grasa y encontraron actitudes en contra de la persona con O. Entre otras estos profesionales consideraban a las personas con O más flojas, estúpidas, malas y sin valor, comparadas con las personas delgadas (Shwartz et al., 2003).

Las actitudes negativas hacia la O se han asociado al desconocimiento de los factores de riesgo que provocan el aumento de peso (Hilbert et al., 2008). En un estudio realizado en Alemania con 1,000 personas, el 82.4% atribuía la O a falta de ejercicio, el 72.8% a consumo exagerado de alimentos y sólo el 34.9% opinaba que la genética era importante (Hilbert et al., 2007). En Estados Unidos se realizó un estudio con 2,250 adultos seleccionados al azar y el 75% opinaba que el SP entre los norteamericanos

era debido a que no realizaban suficiente ejercicio, el 59% a falta de fuerza de voluntad o a sobrealimentarse, el 50% a los productos ofertados en los mercados o en restaurantes y el 32% a factores genéticos o hereditarios (Taylor et al., 2006).

En Cuba, se les presentaron a 287 escolares de quinto y sexto grado, seis figuras de niños/niñas en donde una de ellas presentaba una imagen saludable y las cinco restantes presentaban alguna característica diferente como: muletas, silla de ruedas, ausencia de una mano, desfiguración del rostro y O. Los alumnos organizaron las figuras según sus preferencias. La figura que equivale al niño con peso normal fue la más aceptada, y la del niño con exceso de peso estaba en el penúltimo lugar de aceptación (Rodríguez-Ojea et al., 2011). En 2007 se realizó un estudio similar en la ciudad de Tijuana, aplicado en escolares y madres. Los niños y las madres escogieron a la figura con exceso de grasa en el lugar de menor preferencia. Estos resultados fueron similares en las madres de los niños con exceso de grasa y en los niños con O (Bacardi-Gascón et al., 2007), lo que podría indicar una autodiscriminación de los niños con SP y falta de comprensión de las causas de O por parte de las madres.

En Tijuana y Tecate, B.C., se realizó un estudio para evaluar las creencias sobre las responsabilidades personales y las actitudes negativas hacia el niño con O con profesores y padres de familia, en el que participaron 285 personas. El 25 % de ellas consideró que la mayoría de los niños con O carecen de autoconfianza y que el 24% eran flojos y que habían sido mimados. Además, el 77% opinaron que la O en la niñez puede ser prevenida con autocontrol, el 64% que la pérdida de peso era solo cuestión de cambio de estilo de vida y el 76% que la mayoría de los niños pueden perder peso si cambian sus hábitos de alimentación (Jiménez-Cruz et al., 2008).

En Tijuana y Ensenada se realizó una investigación para evaluar las actitudes negativas hacia el niño con O y su relación con la subestimación del estado corporal. Se observó que más del 50% de los médicos tenían actitudes negativas y el 73% adjudicaban al niño la responsabilidad de tener O. Además se observó que los médicos que más subestimaban la O, tenían actitudes más negativas hacia el niño que la presentaba (Jiménez-Cruz et al., 2008).

## JUSTIFICACIÓN

Este estudio podría contribuir al conocimiento y a la comprensión de las creencias, actitudes y fobias que los estudiantes universitarios del área de la salud, tienen hacia las personas con O.

La evaluación de estas variables podría ayudar al desarrollo de intervenciones dirigidas a estudiantes universitarios de la salud para disminuir los sesgos hacia las personas con O. También podría contribuir a promover estudios que valoren las creencias, actitudes y fobias hacia las personas con O en otros tipos de población con el fin de identificar si existe desconocimiento sobre las causas de la O, actitudes negativas y fobia hacia la O y promover estrategias apropiadas para prevenirlas.

La prevención de esos estereotipos disminuiría el “bullying” asociado a las personas con exceso de grasa, a mejorar la autoestima y disminuir los riesgos de depresión y ansiedad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La O es un problema de salud global especialmente grave en México, cuya prevalencia va en aumento (OMS, 2012). Es un factor de riesgo no sólo para enfermedades como la hipertensión, dislipidemias, diabetes, cáncer, entre otras (OMS, 2012; Beilby, 2009), sino que también se ha asociado a trastornos psicológicos y psiquiátricos (Scott, et al., 2008; Simon et al., 2006).

Se ha documentado que las personas con O son sujetas a estigmatización y se enfrentan a diversas formas de prejuicios y discriminación debido al peso corporal, en diversas áreas de la vida como son: educación, empleo, atención a la salud y relaciones interpersonales (Phul y Heuer, 2009; Phul y Brownell, 2001). Los prejuicios hacia las personas con O, son mayores a los que se muestran en otros grupos estigmatizados (Latner et al., 2008). Estas actitudes negativas aumentan las probabilidades de que las personas con O adopten o sigan con malos hábitos de alimentación y disminuyan la actividad física (Puhl y Heuer, 2010). Además pueden resultar en baja autoestima, ansiedad y depresión (Friedman et al., 2005).

Los prejuicios y las actitudes negativas hacia las personas con O se han relacionado a creencias sobre la capacidad de un individuo para controlar el peso (Jiménez-Cruz et al., 2008).

En Tijuana y Ensenada se realizó una investigación para evaluar las actitudes negativas hacia el niño con O y su relación con la subestimación del estado corporal. Se observó que más del 50% de los médicos tenían actitudes negativas y 73%

adjudicaban al niño la responsabilidad de tener O. Además se observó que los médicos que más subestimaban la O, tenían actitudes más negativas hacia el niño con exceso de grasa y con mayor frecuencia atribuían a éste, la responsabilidad de tener O (Jiménez-Cruz et al., 2008)

Sin embargo no hemos encontrado estudios que analicen las creencias, actitudes y fobia que los estudiantes universitarios del área de la salud, tienen hacia las personas con O. Por lo que el presente estudio pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las creencias, actitudes y fobia que los estudiantes universitarios, del área de la salud, tienen hacia las personas con O?

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar las creencias, actitudes y fobia que los estudiantes universitarios, del área de la salud en Tijuana, tienen hacia las personas con O.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Obtener datos demográficos de los participantes.
2. Calcular el IMC y evaluar la circunferencia de cintura (CC); así como clasificar el estado de peso y la OA de acuerdo a los criterios de la OMS (2006).
3. Evaluar las creencias explícitas respecto a la O que tienen los participantes mediante la escala “Creencias Acerca de las Personas con Obesidad” (BAOP por sus siglas en inglés).
4. Evaluar las actitudes explícitas hacia las personas con O que tienen los participantes mediante la escala “Actitudes Hacia las Personas con Obesidad” (ATOP por sus siglas en inglés).
5. Evaluar la fobia que se tienen hacia la O mediante la escala “Fobia hacia la obesidad” (F-scale por sus siglas en inglés).
6. Investigar el contacto previo que han tenido los participantes durante sus estudios o en su vida personal con personas con O.
7. Evaluar la reproducibilidad de los cuestionarios F-scale, BAOP y ATOP en estudiantes universitarios de Tijuana.
8. Valorar la asociación entre las creencias, actitudes y fobias con el estado de peso y OA.

## **METODOLOGÍA**

### ***Diseño del estudio***

Estudio transversal

### ***Población***

Estudiantes del área de salud de la Universidad Autónoma de Baja California, plantel Tijuana.

### ***Muestra***

Todos los estudiantes de primer, cuarto y quinto año de psicología y medicina de la Universidad Autónoma de Baja California, plantel Tijuana, que aceptaron participar en el estudio.

### ***Aprobación por el Comité de Ética***

El proyecto del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California el cual incluye la carta de consentimiento informado para que sea firmada por los participantes (anexo 1).

### ***Reclutamiento y entrenamiento***

Se entrenó y capacitó a cuatro estudiantes para la toma de medidas antropométricas, utilizando una báscula portátil, un estadiómetro y una cintra métrica flexible, para la determinación del peso, la talla y la CC.

## ***Recolección de datos***

La medición del peso, la talla, la CC y la aplicación de los cuestionarios se realizaron durante el periodo escolar.

## ***Variables***

**Edad:** La edad se calculó basada en la fecha de nacimiento y la fecha de evaluación.

**Sexo:** El género se registró por los evaluadores.

**Estatura:** Se midió con un estadiómetro portátil (Modelo 214 Road Rod, Seca Corp, Hanover, MD, USA). Se tomó la lectura de la cantidad en centímetros al 0.1cm más cercano. Se colocó a los participantes de pie, descalzos, con los pies juntos, rodillas estiradas, talones y espalda en contacto con la pieza vertical del aparato medidor. Los brazos permanecieron a los costados con las palmas dirigidas hacia los muslos. La pieza móvil horizontal del aparato se bajó hasta contactar con la cabeza del individuo, presionando ligeramente el pelo, y se registró la lectura, según lo indicado.

**Peso:** Se midió con una báscula electrónica (Tanita Corp, Tokio, Japón), ajustada al 0.1kg con precisión de 100g rango (0.1-130kg) en el salón de clases. Antes de iniciar la medición se controló la precisión de la báscula. La medición se realizó a cada sujeto sin zapatos, con ropa ligera, colocado encima de la báscula sin apoyo de ningún otro sitio. Se anotó la cantidad registrada por la báscula.

**Circunferencia de cintura (CC):** Se midió con una cinta métrica flexible con rango de 0 - 200 cm, marca Seca. Se midió en el punto medio localizado entre la cresta ilíaca y

la última costilla, al final de una espiración normal. Los valores de CC se compararon con los de la OMS (2006) en donde la cintura  $\geq 94$  cm en hombres y  $\geq 80$  cm en mujeres se considera OA.

**Índice de Masa Corporal (IMC):** Se calculó mediante la fórmula  $IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$  ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Los valores de IMC se compararon con los de la OMS (2006).

Bajo peso  $IMC < 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ; peso normal  $IMC$  de  $18.5-24.99 \text{ kg}/\text{m}^2$ ; sobrepeso  $IMC \geq 25$ ; preobesidad  $IMC$  de  $25-29.99 \text{ kg}/\text{m}^2$ ; obesidad clase I,  $IMC 30-34.99 \text{ kg}/\text{m}^2$ ; obesidad clase II,  $IMC 35-39.99 \text{ kg}/\text{m}^2$  y obesidad clase III  $IMC \geq 40$ .

**Estandarización de las mediciones:** En el área de posgrado se entrenó a los cuatro evaluadores para la valoración de variación inter e intraindividual del peso, talla y CC. Se consideró como mediciones homogéneas cuando estas fueron superiores a 0.90.

**Creencias explícitas respecto a la obesidad:** Se evaluaron por medio de la escala “Creencias Sobre las Personas con Obesidad” (BAOP por sus siglas en inglés), la cual consta de 8 reactivos que se califican en una escala de seis puntos (-3 significa estar totalmente en desacuerdo y +3 totalmente de acuerdo). Las respuestas se calificaron de acuerdo a las instrucciones reportadas por Allison et al. (1995) con un rango posible de 0 a 48, en donde los rangos más altos indican una creencia más fuerte de que la O no está bajo el control de la persona (anexo 2).

**Actitudes explícitas hacia la obesidad.** Se evaluaron por medio de la escala “Actitudes Hacia las Personas con Obesidad” (ATOP por sus siglas en inglés), la cual consta de 20 reactivos que se califican en una escala de seis puntos (-3 significa estar

totalmente en desacuerdo y +3 totalmente de acuerdo). Las respuestas se calificaron de acuerdo a las instrucciones reportadas por Allison et al. (1995) con un rango posible de 0 a 120, en donde los rangos más altos indican una actitud más positiva hacia las personas con O (anexo 3).

**Fobia hacia la obesidad:** Se evaluaron por medio de la escala “Fobia hacia la Obesidad” (F-scale; Bacon et al., 2001), la cual consta de 14 pares de adjetivos que son usados para describir a las personas con O. Se instruyó a los participantes que indicaran en una escala del 1 a 5, cual adjetivo describía de mejor manera sus creencias acerca de las personas con O. Las respuestas fueron calificadas de acuerdo a las instrucciones publicadas por Bacon et al. (2001) para dar una puntuación posible entre 1 y 5, donde las puntuaciones más altas indican mayor fobia. De acuerdo al diseño de la escala, una puntuación de 2.5 indica una actitud neutral, una puntuación menor a 2.5 indica una actitud positiva y una puntuación mayor a 2.5 una actitud negativa (anexo 4).

**Contacto con personas con O.** Se les preguntó a los participantes que tanto contacto habían tenido con personas con O en la escuela o en su vida personal y se les instruyó que calificaran el contacto eligiendo una de las cuatro opciones: 1 = mucho contacto, 2 = algo de contacto, 3 = difícilmente algún contacto y 4 = ningún contacto (pregunta adaptada de Kerby et al., 2008) (anexo 5).

### **Valoración de reproducibilidad de cuestionarios**

Se realizó mediante el test re test utilizando la correlación de Spearman.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Todos los datos fueron analizados usando SPSS, versión 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Se examinaron las variables para ver si seguían un patrón de normalidad. Se calcularon promedios, desviación estándar, frecuencias y cuartiles de las variables paramétricas y no paramétricas. Para observar las asociaciones entre las escalas se utilizó la correlación de Spearman. Para ver riesgos de tener un puntaje mayor en las escalas, se realizó regresión logística con los factores sexo y contacto con personas con O. El nivel de  $\alpha$  se estableció  $\leq$  de 0.05.

## RESULTADOS

### ***Reproducibilidad y confiabilidad***

La escala BAOP mostró una correlación de Spearman de 0.63 - 0.91 y una confiabilidad de Cronbach alpha de 0.70. La ATOP produjo una correlación de Spearman de 0.67 a 0.98, y una confiabilidad Cronbach alpha de 0.84. La F-Scale mostró una correlación de Spearman de 0.75 - 0.97 y una confiabilidad de Cronbach alpha de 0.85.

### ***Características de los participantes***

Se seleccionaron todos los estudiantes de primer año de medicina y psicología y de cuarto año de psicología y quinto año de medicina de la Universidad Autónoma de Baja California, plantel Tijuana que aceptaron participar en el estudio. La población estudiantil registrada fue de 302 alumnos de psicología y 315 de medicina, de los cuales 250 (83%) estudiantes de psicología aceptaron participar y/o acudieron a clase ese día y 278 (88%) de medicina. En total se evaluaron 528 alumnos, 56.3% eran mujeres. La edad promedio en años de los participantes de psicología fue de  $20.5 \pm 2.4$  y de medicina fue de  $21 \pm 3.9$ . De acuerdo a los criterios de clasificación de la OMS (2006) del IMC, el 7.2% tenían bajo peso, 24.6% SP y 15.5% tenían O, mientras que el 34.3% de los participantes tenían OA. La CC de los estudiantes de psicología de primer año fue 4.1 cm menor que la de los estudiantes de cuarto año ( $p=0.025$ ) y la de los estudiantes de medicina de primer año fue 2.8 cm menor que las de quinto año ( $p=0.05$ ). La de todos los estudiantes de primer año fue 3.4 cm menor que la de los alumnos de cuarto y quinto año ( $p=0.003$ ). El IMC de los estudiantes de primer año de

psicología fue 2.24 Kg/m<sup>2</sup> menor que los de cuarto año (p=0.003), el de los estudiantes de medicina de primer año fue 0.25 Kg/m<sup>2</sup> menor que el de los de quinto año, el de todos los alumnos de psicología y medicina de primer año fue 1.2 Kg/m<sup>2</sup> menor que el de los de quinto año (p=0.013). En la tabla 1 se presentan las características de los participantes de acuerdo a carrera y a grado de estudio.

Tabla 1. Características de los participantes.

Variables	Psicología (1º. año )	Psicología (4to. año)	Medicina (1º. año)	Medicina (5º. año)
Número	147	103	162	116
Mujer (%)	63	61	57	43
Hombre (%)	37	39	43	57
Edad (años) (media ± DE)	19.4 ± 2.6	23.2 ± 3.7	18.8 ± 1.2	22.9 ± 1.4
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) (media ± DE)	24.5 ± 5.4	26.7 ± 6.2	24.4 ± 5.1	24.6 ± 4.7
CC (cm) (media ± DE)Mujer	80.0 ±12.5	84.6 ± 14.09	78.3 ± 12.0	79.9 ± 11.0
Hombre	85.6 ± 15.0	88.7 ± 14.5	83.5 ± 10.5	85.9 ± 11.8

DE= Desviación estándar, IMC= Índice de masa corporal y CC= Circunferencia de cintura.

### **Escalas BAOP, ATOP, F-scale**

La puntuación media de todos los participantes de la escala BAOP fue de 17.55 ± 5.71 y la de la escala ATOP fue de 72.45 ± 16.27. Ninguna escala mostró diferencias significativas entre primero y cuarto año de psicología. Entre primer y quinto año de medicina las puntuaciones de la escala BAOP fueron más altas en el primer año (p=0.0001), así como las de la ATOP (p=0.005) y las de la escala F-scale fueron más bajas (p=0.006). Los estudiantes de psicología obtuvieron puntuaciones más altas en la

escala BAOP y ATOP ( $p=0.0001$ , en ambas) que los de medicina, y puntuaciones más bajas en la F-Scale ( $p=0.0001$ ). La puntuaciones de la escala BAOP de todos los estudiantes de primer año fueron más altas ( $p=0.31$ ) que las de cuarto y quinto año. En la tabla 2 se presenta la distribución de los resultados.

Tabla 2. Puntuaciones de las escalas BAOP, ATOP y F-scale.

Grupo	N	BAOP media $\pm$ DE	ATOP media $\pm$ DE	F-scale media $\pm$ DE
1º. Año psicología	147	18.32 $\pm$ 5.69	74.62 $\pm$ 15.53	3.25 $\pm$ .53
4º. Año psicología	103	19.04 $\pm$ 5.74	77.04 $\pm$ 12.49	3.24 $\pm$ .47
1º. Año medicina	162	17.72 $\pm$ 5.38	72.17 $\pm$ 15.80	3.43 $\pm$ .46
5º. Año medicina	116	15.03 $\pm$ 5.39	66.04 $\pm$ 18.79	3.61 $\pm$ .56
Psicología(1º y 4º)	250	18.62 $\pm$ 5.71	75.62 $\pm$ 14.37	3.25 $\pm$ .50
Medicina (1º y 5º)	278	16.60 $\pm$ 5.54	69.61 $\pm$ 17.34	3.51 $\pm$ .51

DE= Desviación estándar

Se realizó análisis de correlación de las escalas BAOP, ATOP y F-scale con otras variables. Al considerar a todos los estudiantes, la escala ATOP mostró una correlación negativa de  $Rho=-0.49$  ( $p=0.0001$ ) con la F-scale. Se observó una mayor probabilidad de que los estudiantes que tenían mayor contacto con personas con O, tuvieran mejores actitudes hacia las mismas (OR=2.8, 95% CI, 1.26-6.11,  $p=0.012$ ). La F-scale se correlacionó negativamente con el IMC ( $Rho=-0.10$ ,  $p=0.021$ ). Los hombres eran más propensos a tener mayor fobia hacia la O (OR=1.5, 95% CI, 1.04-2.08,  $p=0.029$ ) que las mujeres.

En medicina la escala BAOP mostró una correlación de 0.25 ( $p=0.0001$ ) con la escala ATOP, de -0.31 ( $p=0.0001$ ) con la escala F-scale y de -0.19 ( $p=0.001$ ) con la edad. La escala ATOP se asoció negativamente con la F-scale ( $Rho=-0.51$  ( $p=0.0001$ )).Ésta última mostró una correlación de 0.14 con la edad ( $p=0.018$ ), de -0.15 ( $p=0.015$ ) con la CC y de -0.17 ( $p=0.006$ ) con el IMC. Los hombres de medicina eran más propensos a

tener fobia hacia la O (OR=3.0, 95% IC, 1.76-5.24,  $p=0.0001$ ) que los de psicología, lo mismo que las mujeres (OR=2.7, 95% IC, 1.70-4.40,  $p=0.0001$ ).

En psicología la BAOP se correlacionó con la ATOP (Rho=0.34,  $p=0.0001$ ) y con la F-scale (Rho=-0.30,  $p=0.0001$ ). La ATOP mostró una correlación de -0.43 ( $p=0.0001$ ) con la F-scale.

En primer año de ambas carreras la escala BAOP se correlacionó positivamente con la escala ATOP (Rho= 0.23,  $p=0.0001$ ) y negativamente (Rho= -0.27,  $p=0.0001$ ) con la escala F-scale. La escala ATOP mostró una correlación de -0.51 ( $p=0.0001$ ) con la F-scale. Ésta se correlacionó negativamente con el IMC (Rho=-0.12,  $p=0.037$ ).

En cuarto y quinto años, la escala BAOP mostró una correlación de 0.41 ( $p=0.0001$ ) con la escala ATOP y de -0.43 ( $p=0.0001$ ) con la escala F-scale. La escala ATOP mostró una correlación de -0.48 ( $p=0.0001$ ) con la F-scale. En la tabla 3 se presentan los resultados de las correlaciones.

Tabla 3. Correlaciones de Spearman de las escalas BAOP, ATOP y F-scale con otras variables.

Variabes	1º. Año psicología	4º. Año psicología	1º. Año medicina	5º. Año medicina
BAOP	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
ATOP	<b>0.33 (0.0001)</b>	<b>0.36 (0.0001)</b>	0.12 (0.14)	<b>0.36 (0.0001)</b>
F-scale	<b>-0.30 (0.0001)</b>	<b>-0.32 (0.001)</b>	<b>-0.20 (0.01)</b>	<b>-0.40 (0.0001)</b>
Edad	0.17 (0.04)	0.06 (0.57)	0.05 (0.53)	0.06 (0.50)
CC	-0.13 (0.12)	-0.02 (0.86)	-0.04 (0.92)	-0.10 (0.31)
IMC	0.01 (0.25)	0.02 (0.88)	-0.09 (0.26)	-0.11 (0.24)
ATOP				
F-scale	<b>-0.51 (0.0001)</b>	<b>-0.30 (0.002)</b>	<b>-0.50 (0.0001)</b>	<b>-0.46 (0.0001)</b>
Edad	0.07 (0.4)	0.12 (0.24)	-0.01 (0.86)	<b>-0.20 (0.029)</b>
CC	0.02 (0.81)	-0.15 (0.14)	0.12 (0.13)	0.12 (0.21)
IMC	0.02 (0.98)	-0.01 (0.94)	0.82 (0.30)	0.09 (0.35)
F-scale				
Edad	0.38 (0.65)	-0.01 (0.92)	-0.04 (0.59)	-0.10 (0.27)
CC	-0.33 (0.70)	-0.02 (0.88)	<b>-0.19 (0.016)</b>	-0.17 (0.08)
IMC	-0.08 (0.36)	-0.02 (0.84)	<b>-0.20 (0.013)</b>	-0.17 (0.087)

CC= Circunferencia de cintura e IMC= Índice de masa corporal.

Los percentiles 25, 50 y 75 de la escala BAOP de todos los participantes de primer año fueron 14, 18 y 21 respectivamente, de la escala ATOP fueron 63, 74 y 83 respectivamente y de la F-scale 3.0, 3.4 y 3.7 respectivamente. Los percentiles 25, 50 y 75 de la escala BAOP de todos los participantes de 4º y 5º años fueron 13, 16 y 20 respectivamente, de la escala ATOP fueron 61, 73 y 83 respectivamente y de la F-scale 3.1, 3.4 y 3.8 respectivamente. En la tabla 4 se presenta la distribución en cuartiles de las escalas BAOP, ATOP y F-scale.

Tabla 4. Cuartiles de las escalas BAOP, ATOP y F-scale.

Grupo	BAOP			ATOP			F-scale		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
1º. Año psicología	14	18	22	66	77	83	2.86	3.21	3.64
4º. Año psicología	14	19	22	68	79	85	3.00	3.21	3.50
1º. Año medicina	14	18	21	62	73	82	3.14	3.50	3.73
5º. Año medicina	12	15	18	54	78	79	3.29	3.64	4.05
Psicología (1º. y 4º.)	14	18	22	67	78	84	3.00	3.21	3.57
Medicina (1º. Y 5º.)	13	16	20	60	70.5	81	3.21	3.50	3.86

La puntuación media de la escala F-scale de los estudiantes de las dos escuelas fue de  $3.4 \pm 0.5$ , lo cual representa un nivel promedio de fobia a la O. Doce (2.3%) de los estudiantes mostraron un nivel alto ( $\geq 4.4$  puntos) de fobia a la O; 36 (6.8%) de los estudiantes demostraron actitudes positivas o neutras hacia las personas con O ( $\leq 2.5$  puntos). Se observaron puntuaciones más altas en los estudiantes de medicina de mayor edad ( $p=0.0001$ ).

La puntuación media de todos los participantes de primer año fue de  $3.4 \pm 0.5$ , cuatro (1.3%) mostraron un nivel alto de fobia a la O y 17 (5.5%) demostraron actitudes positivas o neutras hacia las personas con O. La puntuación media de todos los estudiantes de 4º y 5º años fue de  $3.4 \pm 0.6$ , ocho (3.7%) de los cuales mostraron un nivel alto de fobia a la O y 19 (8.7%) demostraron actitudes positivas o neutras hacia las personas con O. En la tabla 5 se presenta la distribución de los estudiantes con actitudes negativas hacia las personas con exceso de grasa.

Tabla 5. Participantes que estuvieron de acuerdo con adjetivos negativos en la F-scale

Adjetivos	1º. año psicología N=147	4º. año psicología N=103	1º. año medicina N=162	4º. Año medicina N=116	1º. y 4º. año psicología N=250	1º. y 5to. año medicina N=278
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Perezosa	46 (31.3)	28 (27.2)	62 (38.3)	53 (45.7)	74 (29.6)	115 (41.4)
Sin fuerza de voluntad	48 (32.7)	43 (41.7)	84 (51.9)	72 (62.1)	91 (36.4)	156 (56.1)
Sin atractivo	41 (27.9)	31 (30.1)	74 (45.7)	60 (51.7)	72 (28.8)	124 (44.6)
Pobre autocontrol	67 (45.6)	46 (44.7)	79 (48.8)	68 (58.6)	113 (45.2)	147 (52.9)
Lenta	81 (55.1)	62 (60.2)	108 (66.7)	75 (64.7)	143 (57.2)	183 (65.8)
Sin resistencia	18 (12.2)	9 ( 8.7)	17 (10.5)	13 (11.2)	27 (10.8)	30 (10.8)
Inactiva	63 (42.9)	44 (42.7)	105 (64.8)	82 (70.7)	107 (42.8)	187 (67.3)
Débil	26 (17.7)	15 (14.6)	36 (22.2)	41 (35.3)	41 (16.4)	77 (27.7)
Autoindulgente	39 (26.5)	19 (18.4)	41 (25.3)	31 (26.7)	58 (23.2)	72 (25.9)
Le gusta la comida	122 (83.0)	76 (73.8)	130 (80.2)	102 (87.9)	198 (79.2)	232 (83.5)
Sin forma	59 (40.1)	44 (42.7)	90 (55.6)	77 (66.4)	103 (41.2)	167 (60.1)
Come mucho	100 (68.0)	63 (61.2)	118 (72.8)	98 (84.5)	163 (65.2)	216 (77.7)
Insegura	59 (40.1)	48 (46.6)	85 (52.5)	72 (62.1)	107 (42.8)	157 (56.5)
Auto estima baja	58 (39.5)	42 (40.8)	93 (57.4)	65 (56.0)	100 (40.0)	158 (56.8)

Los seis adjetivos con las puntuaciones más elevadas de respuestas dadas por todos los estudiantes fueron: le gusta la comida, come mucho, lenta, sin forma, inactiva e insegura.

## DISCUSIÓN

Los participantes de psicología alcanzaron una puntuación media de 18.6 en la escala BAOP y los de medicina de 16.6, similar a lo reportado en los estudiantes de medicina (16.5 y 17.5) en New Jersey y North Carolina (Ip et al., 2013; Poustchi et al., 2013) y más alta que la reportada en estudiantes de dietética, medicina, enfermería y nutriólogos (13.4) en el Reino Unido (Swift et al., 2013). En la escala ATOP la media de los resultados son similares a los reportados en estudiantes de medicina en New Jersey (Ip et al., 2013) y no se observaron diferencias de actitudes entre género. Resultados similares a los observados en Virginia (Gipson et al., 2005), sin embargo, en Nueva York, las actitudes de los varones graduados en psicología, hacia las personas con O fueron más positivas (Allison et al., 1991). Los participantes que tenían mayor contacto con las personas con exceso de grasa mostraron mejor actitud hacia ellas. El nivel de fobia de los estudiantes de medicina fue similar al reportado por Swift et al. (2013) en estudiantes de medicina de El Reino Unido y por Wolf (2010) en estudiantes de asistentes médicos de New York.

Estos resultados significan que tanto los estudiantes de psicología como los de medicina en la frontera México-Estados Unidos, presentan un bajo conocimiento sobre las causas de O; actitudes negativas y un alto nivel de fobia hacia las personas con O. Además, en este estudio se observó que los estudiantes de psicología tienen mejor conocimiento sobre las causas de O, actitudes menos negativas y menor fobia hacia las personas con O. La correlación positiva entre las escalas BAOP y la ATOP sugiere que a mayor conocimiento sobre las causas, las actitudes hacia las personas con SP y O son más positivas. La correlación negativa de la BAOP y la ATOP con la F-scale,

sugiere que a mayor conocimiento y mejores actitudes hacia los individuos con exceso de grasa, las personas presentan menor fobia. Lo que sugiere la necesidad de aumentar el conocimiento sobre las causas de la O y sobre las actitudes que deben tener los profesionales de la salud hacia las personas con SP y O.

En la escala BAOP no se observaron diferencias en los resultados de acuerdo a la edad, CC, IMC, sexo y contacto con personas con O. En la F-scale los hombres presentaron mayor fobia hacia las personas con exceso de grasa, lo que no es consistente con el estudio reportado en estudiantes de asistentes médicos (Wolf, 2010). Además se observó que a menor IMC había mayor fobia, que tampoco coincide con los reportados por Swift et al., 2013 en estudiantes universitarios del área de la salud (dietistas, médicos, nutriólogos y enfermería). En los estudiantes de medicina de New Jersey (Poustchi et al., 2013) no se observaron correlaciones significativas de las escalas BAOP y F-scale con el género o la edad. Estos resultados podrían indicar que razones culturales, el entorno y/o el desconocimiento, hacen que los hombres y los estudiantes con peso normal tengan menor tolerancia hacia las personas con exceso de grasa; lo que sugiere la necesidad de contenidos específicos en las carreras de medicina y psicología sobre los múltiples factores que provocan la O (Fisher-Posovszky y Wabitsch, 2007) y mayor información sobre la estigmatización hacia las personas con O (Phelan et al., 2014; Swift et al., 2013; Pantenburg et al., 2012; Rodríguez-Ojea et al., 2011; Jiménez-Cruz et al., 2008; Rich et al., 2008; Bacardí-Gascón et al., 2007; Taylor et al., 2006; Friedmann et al., 2005; Foster et al., 2003; Schwartz et al., 2003;).

En los estudiantes de psicología y en los de medicina, la BAOP se asoció de manera positiva con la ATOP. Además, la BAOP y la ATOP se asociaron negativamente con la

F-scale. En los estudiantes de psicología no se observaron correlaciones significativas con la edad, CC e IMC, éstos resultados son similares a los reportados por Allison et al., (1991) en estudiantes y graduados de psicología.

En los estudiantes de medicina la BAOP y la ATOP se asociaron negativamente con la edad, que está relacionada con el año de estudio y la F-scale se asoció de manera positiva con la edad y negativa con la CC y el IMC. Estos resultados sugieren la necesidad de concentrar el aprendizaje de los estudiantes de medicina sobre las causas y la estigmatización de la O.

La puntuación media de la escala F-scale de los estudiantes de las dos carreras fue de 3.4, lo cual representa un nivel promedio de fobia a la O. Doce (2.3%) de los cuales mostraron un nivel alto ( $\geq 4.4$  puntos) de fobia a la O y 36 (6.8%) de los presentaron actitudes positivas o neutras hacia las personas con O ( $\leq 2.5$  puntos). Esta media es menor a la reportada después de emplear la forma corta original de la F-scale desarrolladas por Bacon et al. (2001); sin embargo, ese estudio fue realizado entre 1984-1991. En 2009 también se observó una media menor entre estudiantes de enfermería y enfermeras (Poon y Tarrant, 2009). La media observada en los estudiantes de psicología y medicina de Tijuana es inferior que la observada en estudios recientes en estudiantes de dietética, medicina, enfermeras y nutriólogos (Swift et al., 2013), la de estudiantes de dietética (Puhl et al., 2009) y de asistentes médicos (Wolf, 2010). Los cinco adjetivos referidos con mayor frecuencia hacia las personas con O por estudiantes de psicología y medicina fueron: Le gusta la comida, come mucho, es lenta, tiene pobre autocontrol y es inactiva. Estos resultados son

similares a los reportados en un estudio realizado a estudiantes de dietética (Puhl et al., 2009) y de asistente médico (Wolf, 2010) en Nueva York.

Entre las limitaciones de este estudio se debe mencionar que participaron estudiantes de primero, cuarto y quinto años de las carreras, por lo que no se puede identificar si el cambio es continuo o brusco después de un año escolar. Además es un estudio transversal que no permite valorar la relación causa-efecto. La escala BAOP, ATOP y F-scale evalúan sesgos explícitos hacia la O, pero se ha sugerido que las evaluaciones de actitudes implícitas o indirectas son mejores porque se obtienen respuestas que las personas no se atreven a proporcionar (Greenwald y Banaji, 1995).

Entre las fortalezas se puede señalar que se trata del primer estudio en Latinoamérica que evalúa estas actitudes mediante las escalas BAOP, ATOP y F-scale hacia las personas con O; la reproducibilidad y la consistencia interna de los tres cuestionarios en la población a la que se le aplicó el estudio fue alta; la participación de los estudiantes fue mayor al 80%.

## CONCLUSIONES

1. El IMC de los estudiantes de primer año de psicología fue  $2.24 \text{ Kg/m}^2$  menor que el de los estudiantes de cuarto año ( $p=0.003$ ). El de los estudiantes de primer año de ambas carreras fue  $1.19 \text{ Kg/m}^2$  menor que el de los de cuarto y quinto años ( $p=0.013$ ). La CC de los estudiante de cuarto año de psicología fue  $4.1 \text{ cm}$  ( $p=0.025$ ) mayor que la de los de primer año y la de los estudiantes de medicina de cuarto año fue  $2.8 \text{ cm}$  ( $p=0.05$ ) mayor que la de los de primer año.
2. La puntuación media de todos los participantes en la escala Creencias sobre las personas con obesidad (BAOP por sus siglas en inglés) fue de  $17.55 \pm 5.71$ . Los estudiantes de psicología mostraron mayor conocimiento sobre las múltiples causas de la O que los de medicina ( $p=0.0001$ ). La puntuación media en la escala fue mayor en los estudiantes de medicina de primer año que en los de quinto año ( $p=0.0001$ ). La BAOP se correlacionó positivamente con la ATOP y negativamente con la F-scale.
3. La puntuación media de todos los participantes en la escala Actitudes hacia las personas con obesidad (ATOP por sus siglas en inglés) fue de  $72.45 \pm 16.27$ . Los estudiantes de psicología mostraron actitudes más positivas hacia las personas con O que los de medicina ( $p=0.0001$ ). Los estudiantes de medicina de primer año, mostraron actitudes más positivas hacia las personas con O comparados con los de quinto año ( $p=0.005$ ).
4. La puntuación media de la escala Fobia hacia la obesidad (F-scale) de los estudiantes de las dos escuelas fue de  $3.4 \pm 0.53$ . El 7% de los estudiantes

demonstraron (puntuación  $\leq 2.5$ ) actitudes positivas o neutras hacia las personas con O. Los estudiantes de psicología presentaron menor fobia hacia las personas con O que los de medicina ( $p=0.0001$ ). Los participantes de medicina de primer año presentaron menor fobia que los de quinto año ( $p=0.006$ ). A menor fobia, hubo menor creencia sobre el control personal de la O ( $P=0.0001$ ) y las actitudes fueron más positivas hacia las personas con O ( $P=0.0001$ ). Los hombres presentaron mayor frecuencia de fobia hacia la O ( $OR=1.5$ ). Los estudiantes que tenían mucho contacto o algo de contacto con las personas con O (94%) en la escuela o en su vida personal, presentaban mejores actitudes hacia ellas ( $OR=2.8$ ) que las que tenían poco o ningún contacto.

## RECOMENDACIONES

1. Son necesarios estudios prospectivos en esta población para evaluar la causalidad de las actitudes hacia la O.
2. Se requieren estudios similares en el ámbito estatal y nacional.
3. Se sugiere evaluar la eficacia de programas con contenidos que se enfoquen en la multicausalidad de la O y en la aceptación de la misma como una enfermedad que requiere una actitud compasiva por los estudiantes y profesionales del área de la salud.
4. Se recomienda incluir en el entrenamiento clínico temas que aborden todas las causas posibles de la O y el efecto deletéreo de la estigmatización hacia las personas con O.

## REFERENCIAS

- Allison DB, Basile VC, Yucker HE. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int. J Eat Disord.* 1991; 10(5):599-607.
- Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity.* 2008; 16(5):1129-1134.
- Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A, Jones E, Guzmán González V. Alta prevalencia de O y O abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. *Bol Hosp Inf. México.* 2007; 64(6):363-369.
- Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A, Jones E, Velázquez-Pérez I, Loaiza-Martínez JA. Trends of overweight and obesity among children in Tijuana. *Ecology of Food and Nutrition.* 2009; 48(3):226-236.
- Bacardí-Gascón M, Jones GE, Jiménez-Cruz A. Prevalence of obesity and abdominal obesity from four to 16 years old children living in the Mexico-USA border. *Nutr Hosp.* 2013; 28(2):479-485.
- Bacardí-Gascón M, León-Reyez MJ, Jiménez-Cruz A. Stigmatization of overweight Mexican Children. *Child Psychiatry and Human Dev.* 2007; 38(2):99-105.
- Bacon, JG., Scheltema, KE, Robinson, BE. Fat Phobia Scale revisited: the short form. *Int. J. Obes.Relat.Metab.Disord.* 2001; 25:252–257.
- Fischer-Posovszky P, Wabitsch M, Hochberg Z. Endocrinology of adipose tissue – an update. *Horm Metab Res.* 2007; 39(5):314-21.

- Foster GD, Waden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, Kesler A. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res.* 2003; 11:1168-1177.
- Friedmann KE, Reichmann SK, Constanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res.* 2005; 13:907–916.
- Gipson GW, Reese S, Vieweg WV, et al. Body image and attitude toward obesity in a historically black university. *J Natl Med Assoc.* 2005; 97(2):225-236.
- Gómez-Hernández A, Perdomo L, Escribano O., Benito M. Papel del tejido adiposo blanco en las complicaciones vasculares asociadas a la O. *Clin Invest Arterioscl.* 2012; 25(1):27-35
- Greenwald AG, Banaji MR. Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychol Rev.* 1995; 102(1):4–27.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.
- Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-related Problems. Measures, Theory, and Research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995
- Hernández N., Alves D, Arroyo M, Basabe N. Del miedo a la O a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutr Hosp.* 2012; 27(4):1148-1155.

- Hilbert A, Rief W, Braehler E: Problem identification and attitudes towards obesity prevention: a representative survey investigation. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2007; 57:242-247
- Hilbert A, Rief W, Braehler E: Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity (Silver Spring).*2008; 16:1529-1534.
- Ip EH, Marshall S, Vitolins M, et al. Measuring medical students attitudes and beliefs regarding patients who are obese. *Acad Med.* 2013; 88(2):282-289.
- Jiménez-Cruz A. Estigmatización de la O. Memorias de trabajos libres en cartel XXIII Congreso Nacional de la AMMFEN Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México. Del 2 al 5 de Marzo de 2008.
- Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M. Prevalence of overweight and hunger among Mexican children from migrant parents. *NutrHosp.* 2007; 22:85-88.
- Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M, Armendáriz-Anguiano A, Márquez -Ibáñez B, Sepúlveda-Romo M, Revelles-Rojas IC. Mexican physicians' bias towards the obese child. *Nutr Hosp.* 2008; 23(1):64-65.
- Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M, Spindler A. Obesity and hunger among Mexican-Indian children on the US México border. *Int J Obesity.* 2003; 27:740-747.
- Jiménez Cruz A, Castellón-Zaragoza AM, García-Gallardo JL, Bacardí-Gascón M, Hovell MF. Strong beliefs on personal responsibilities and negative attitudes towards the child with obesity among teachers and parents. *Rev Biomed.*2008; 19:84-91.
- Jiménez-Cruz A, López-Zúñiga E., Leal M, Bacardí-Gascón M,Bezares-Sarmiento V, Asadi A. Exploratory study of obesity and body image dissatisfaction among

- female college students in México and Argentina. The Obesity Society's 2008 - Annual scientific meeting- Phoenix, Arizona, USA. Abstract supplement 665-P.
- Kerby J, Calton T, BiMambro B, Flood C, Glazebrook C. Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: randomized controlled trial. *Psychiatr. Bull.* 2008; 32, 345–349.
- Latner JD, O'Brien KS, Durso LE, Brinkman LA, MacDonald T. Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *Int J Obes (Lond)*. 2008; 32:1145–1152.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Global data base on body mass index. 2006. Disponible en: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) (Visitada el 18 de marzo del 2013).
- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Mayo de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (Visitada el 6 de abril del 2013).
- Pantenburg B, Sikorski C, Luppá M, et al. Medical student's attitudes towards overweight and obesity. *PLoS One*. 2012; 7(11):e48113.
- Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, Burgues DJ, Nelson DB, Yeazel MW, Hardeman R, Perry S, van Ryn M. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732

- medical students: The medical student CHANGES study. *Obesity (Silver Spring)*. 2014; 22(4):1201-1208.
- Ponce-y Ponce de León G, Ruiz Esparza-Cisneros J, Magaña-Rosas A, Arizona - Amador B, Mayagoitia-Witrón J. Obesidad y factores de riesgo en estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2011; 12 (4).
- Poon MY, Tarrant M. Obesity: Attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *J Clin Nurs*. 2009; 18(16):2355-2365.
- Poustchi Y, Saks NS, Piasecki AK, Hahn KA, Ferrante JM, Brief intervention effective in reducing weight bias in medical students. *Fam Med*. 2013; 45(5):345–348.
- Puhl, RM, Brownell, KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001; (9):788–905.
- Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010; 100:1019–1028.
- Puhl, RM & Heuer, CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*. 2009; 17:941-964.
- Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res*. 2008; 23(2):347-358.
- Riba M, Martínez N, Zarich M, Rodríguez P, Friedman S, Portela ML, Almajano MP. Estudio de la percepción del peso corporal en tres grupos de estudiantes universitarios de Argentina y España. *Diaeta (B.Aires)*. 2008; 26 (124):7-14.

- Rich S, Essery V, Sanborn Ch, DiMarco N, Morales L, LeClere S. Predictors of body size stigmatization in Hispanic preschool children. *Obesity*. 2009; 16 (2):11-17.
- Rodríguez-Ojea A, González N, González T. Estigmatización de la O por escolares primarios de la Habana. *Rev Cubana Aliment Nutr*. 2011; 21(1):71-79.
- Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res*. 2008; 64(1):97-105. Erratum in: *J Psychosom Res*. 2008; 65(1):99.
- Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res*. 2003; 11(9):1033-1039.
- Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(7):824-30.
- Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet*. 2013; 26(4):395-402.
- Taylor P, Funk C, Craighill P: Americans see weight problems everywhere but in the mirror. Pew Research Center. 2006. Web site. <http://pewresearch.org>. (Visitado en septiembre, 2013).
- Vázquez-Velásquez V, López- Alvarenga JC. Psicología y la O. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2001; 9(2):91-96.
- Vogelzangs N, Kritchevsky SB, Beekman AT, Brenes GA, Newman AB, Satterfield S, Yaffe K, Harris TB, Penninx BW; Health ABC Study. Obesity and onset of significant depressive symptoms: results from a prospective community-based cohort study of older men and women. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(4):391-399.

Wolf C. Physician assistant students' attitudes about obesity and obese individuals. *J*

*Physician Assist Educ.* 2010; 21(4):37-40.

## ANEXOS

### ***Anexo 1: carta de consentimiento para participar en el proyecto***

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO “Estudio sobre conocimientos relacionados con la O por parte de los estudiantes universitarios del área de la salud”.

El proyecto tiene el propósito de explorar los conocimientos relacionados con la O que tienen los estudiantes del área de la salud. Este estudio incluye la toma de medidas antropométricas a los participantes y la aplicación de algunos cuestionarios. Se llevará a cabo durante el ciclo escolar 2013-2. La participación en el programa es voluntaria y puede retirarse en el momento que lo desee, el hecho de decidir no participar en el programa o de retirarse no afectará su relación con la institución ni con los responsables del programa.

Los responsables del proyecto son la Dra. Ana Lilia Armendáriz Anguiano y la estudiante de la maestría en Ciencias de la Salud Lucero Soto Lucero, la Dra. Montserrat Bacardí Gascón y el Dr. Arturo Jiménez Cruz. Si tiene alguna duda o pregunta puede comunicarse con ellas en la unidad de posgrado de la Facultad de Medicina de la UABC o al teléfono 664 682 12 33 extensión 111. También puede comunicarse a los correos electrónicos: lucero.soto.lucero@uabc.edu.mx y/o alarmendariz@uabc.edu.mx.

**Los cuestionarios no serán publicados y los resultados serán únicamente analizados por los investigadores responsables.**

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en el programa.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Anexo 2: Escala de creencias sobre las personas con obesidad (BAOP)**

Fecha: (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: Hombre\_\_\_\_ Mujer\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre o cuatrimestre: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura(cm): \_\_\_\_\_ Circunferencia de cintura (cm): \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

### **Escala de creencias sobre las personas con obesidad (BAOP)**

Marque en el margen izquierdo cada una de las afirmaciones siguientes, de acuerdo a si se está muy de acuerdo o muy en desacuerdo. Por favor no deje ninguna en blanco. Utilice los números de la siguiente escala para indicar su respuesta. Asegúrese de escribir “-“ o “+” delante del n° para mostrar su acuerdo o desacuerdo.

<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Moderadamente en desacuerdo</b>	<b>Ligeramente en desacuerdo</b>	<b>Ligeramente en acuerdo</b>	<b>Moderadamente en acuerdo</b>	<b>Totalmente en acuerdo</b>

1. \_\_\_\_\_ A menudo, la O ocurre cuando comer se utiliza como una forma de compensar la falta de amor o atención.
2. \_\_\_\_\_ En muchos casos, la O es el resultado de una alteración biológica.
3. \_\_\_\_\_ La O es normalmente causada por comer demasiado.
4. \_\_\_\_\_ Mucha de la gente obesa tiene este problema a causa de no realizar suficiente ejercicio físico.
5. \_\_\_\_\_ La gente obesa come más que la gente no obesa.
6. \_\_\_\_\_ La mayoría de la gente obesa tiene malos hábitos alimenticios, los cuales les llevan a su O.
7. \_\_\_\_\_ La O es raramente causada por la falta de fuerza de voluntad
8. \_\_\_\_\_ La gente puede ser adicta a la comida como otros son adictos a las drogas y esta gente suele llegar a ser obesa.

Allison, D.B., basile, V.C., &Yuker, YH.E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 599-607.

### **Anexo 3: Escala de actitudes hacia las personas con obesidad(ATOP)**

#### **Escala de actitudes hacia las personas con obesidad (ATOP)**

Marque en el margen izquierdo cada una de las afirmaciones siguientes, de acuerdo a si se está muy de acuerdo o muy en desacuerdo. Por favor no deje ninguna en blanco. Utilice los números de la siguiente escala para indicar su respuesta. Asegúrese de escribir “-“ o “+” delante del nº para mostrar su acuerdo o desacuerdo.

<b>-3</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>	<b>+3</b>
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Moderadamente en desacuerdo</b>	<b>Ligeramente en desacuerdo</b>	<b>Ligeramente en acuerdo</b>	<b>Moderadamente en acuerdo</b>	<b>Totalmente en acuerdo</b>

1. \_\_\_\_\_ La gente obesa es tan feliz como la gente no obesa.
2. \_\_\_\_\_ La mayoría de la gente obesa siente que no es tan buena como las otras personas.
3. \_\_\_\_\_ La mayoría de la gente obesa es más tímida que otras personas.
4. \_\_\_\_\_ Los trabajadores obesos no pueden tener tanto éxito como otros trabajadores.
5. \_\_\_\_\_ La mayoría de la gente no obesa no desearía casarse con ninguna persona obesa.
6. \_\_\_\_\_ La gente obesa generalmente se despreocupa de su imagen.
7. \_\_\_\_\_ La gente obesa es generalmente sociable.
8. \_\_\_\_\_ La mayoría de la gente obesa está satisfecha consigo misma.
9. \_\_\_\_\_ La gente obesa está tan segura de sí misma como otras personas.
10. \_\_\_\_\_ La mayoría de la gente se siente incómoda cuando trata con gente obesa.
11. \_\_\_\_\_ La gente obesa a menudo es menos agresiva que la gente no obesa.
12. \_\_\_\_\_ La mayoría de la gente obesa tiene personalidades diferentes que la gente no obesa.
13. \_\_\_\_\_ Muy pocas personas obesas están avergonzadas de su peso.
14. \_\_\_\_\_ La mayoría de la gente obesa resiente a las personas con peso normal.
15. \_\_\_\_\_ La gente obesa es más emocional que la gente no obesa.
16. \_\_\_\_\_ La gente obesa no debe esperar llevar vidas normales.
17. \_\_\_\_\_ La gente obesa es tan sana como la gente no obesa.
18. \_\_\_\_\_ La gente obesa es sexualmente tan atractiva como la gente no obesa.
19. \_\_\_\_\_ La gente obesa tiende a tener problemas con la familia.
20. \_\_\_\_\_ Uno de las peores cosas que podrían sucederle a una persona sería llegar a ser obeso.

Allison, D.B., basile, V.C., & Yaker, YH.E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 599-607.

#### Anexo 4: Escala de fobia a la obesidad (F-scale)

##### Escala de fobia a la obesidad (F-scale)

Numerados abajo hay 14 pares de adjetivos que son usados algunas veces para describir a personas con O. En cada par de adjetivos, por favor ponga una X en la línea más cerca al adjetivo que siente que describe mejor sus sentimientos y creencias.

1. perezosa	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	trabajadora
2. sin fuerza de voluntad	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	con fuerza de voluntad
3. atractiva	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	no atractiva
4. buen auto control	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	pobre auto control
5. rápida	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	lenta
6. resistente	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	sin resistencia
7. activa	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	inactiva
8. débil	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	fuerte
9. autoindulgente	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	sacrificada
10. no le gusta la comida	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	le gusta la comida
11. deforme	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	bien formada
12. come poco	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	come mucho
13. insegura	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	segura
14. autoestima baja	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	autoestima alta

Bacon, JG., Scheltema, KE, Robinson, BE. Fat Phobia Scale revisited: the short form. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2001; 25, 252–257.

## **Anexo 5: Contacto con personas con obesidad**

### **Contacto con personas con obesidad**

**Lea y siga las siguientes Indicaciones:** Favor de encerrar en un **círculo** o marcar con una **x** el número que corresponda a su respuesta

¿Qué tanto contacto han tenido con personas con O en la escuela o en su vida personal?

1	2	3	4
mucho contacto	algo de contacto	difícilmente algún contacto	ningún contacto

Pregunta adaptada de: Kerby J, Calton T, BiMambro B, Flood C, Glazebrook C. Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: randomized controlled trial. *Psychiatr. Bull.* 2008; 32, 345–349.