

Estigma y sesgo de peso en profesionales de la salud en una institución pública de la provincia de Buenos Aires en el año 2025

Weight stigma and weight bias among healthcare workers in a public institution in Buenos Aires province in 2025

Au

Matías Leonel Juárez **1**
Paula Micaela Mitre **1**
Natalia Olivera **1**
María Sol Pascua **1**
María Belén Pilara **1**
María Florencia Stirparo **1**

<https://orcid.org/0009-0008-7465-6375>
<https://orcid.org/0009-0004-6272-3359>
<https://orcid.org/0009-0002-1254-8383>
<https://orcid.org/0009-0006-4521-2949>
<https://orcid.org/0009-0005-1329-2633>
<https://orcid.org/0000-0002-3800-5208>

Licenciado en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición

1 Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Diego Paroissien" de La Matanza, Argentina

naataliaolivera@gmail.com

Rs

RESUMEN

Introducción: La obesidad es una enfermedad multifactorial cuya prevalencia ha aumentado de manera sostenida en las últimas décadas. Entre las barreras que dificultan su abordaje se encuentran el sesgo y el estigma de peso, que afectan la calidad de vida de las personas y pueden comprometer la adherencia a los tratamientos. **Objetivos:** Conocer el sesgo de peso presente en los profesionales de salud de diferentes servicios del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Diego Paroissien" durante el año 2025. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, con una posterior intervención educativa. La muestra fue no probabilística por conveniencia, incluyendo a los servicios de gastroenterología, cirugía general, clínica médica, traumatología, diabetología, neumología, pediatría, oncología y nefrología. En el año 2025 se realizó una encuesta de elaboración propia a 51 profesionales, en la cual se incluyeron preguntas de las herramientas Escala de Creencias sobre las Personas con Obesidad (Beliefs About Obese Persons Scale, BAOP) y la Escala de Actitudes hacia las Personas Obesas (Attitudes Toward Obese Persons Scale, ATOP). Posteriormente, se desarrolló una instancia de sensibilización y capacitación a los participantes del estudio sobre sesgo de peso y abordaje integral de la obesidad. **Resultados:** La media de edad entre los que presentan sesgo moderado es de 43,1 años, mientras que la media entre los de menor sesgo es de 38,8 años según el cuestionario BAOP. En cuanto al sexo, se observó que el 56,2% de quienes presentaron sesgo de peso moderado eran de sexo femenino. A su vez, se observó que los participantes con más de 10 años de experiencia mostraron un mayor sesgo de peso moderado (37,6%). Se observó que los participantes con más de 10 años de experiencia presentaron mayores niveles de sesgo de peso. **Discusión:** Del total de los encuestados, el 30,8% presentó sesgo de peso según la escala BAOP, valor inferior al 49,3% reportado en otros estudios. **Conclusión:** Los resultados muestran la persistencia de sesgo de peso en parte del personal de salud evaluado. Esto señala la importancia de desarrollar estrategias institucionales de sensibilización y formación continua sobre obesidad y trato respetuoso.

Palabras clave: Prejuicio de Peso; Obesidad; Estigma Social; Personal de Salud

Ab

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a multifactorial disease whose prevalence has increased steadily over recent decades. Among the barriers that hinder its management are weight bias and weight stigma, which negatively affect individuals' quality of life and may compromise adherence to treatment. **Objectives:** To assess weight bias among healthcare professionals from different departments of the General Acute Care Hospital Dr. Paroissien during 2025. **Materials and Methods:** A quantitative, cross-sectional study with a subsequent educational intervention was conducted. A non-probabilistic convenience sample was used, including professionals from the departments of gastroenterology, general surgery, internal medicine, traumatology, diabetology, pulmonology, pediatrics, oncology, and nephrology. In 2025, a self-administered survey was completed by 51 healthcare professionals. The questionnaire included items from the Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP) and the Attitudes Toward Obese Persons Scale (ATOP). Subsequently, an awareness and training session on weight bias and the comprehensive management of obesity was provided to study participants. **Results:** According to the BAOP questionnaire, the mean age of participants with moderate weight bias was 43.1 years, compared with 38.8 years among those with lower levels of bias. Regarding sex, 56.2% of participants with moderate weight bias were female. In addition, participants with more than 10 years of professional experience showed a higher prevalence of moderate weight bias (37.6%). Professionals with more than 10 years of experience exhibited higher levels of weight bias. **Discussion:** Of all respondents, 30.8% showed weight bias according to the BAOP scale, a lower proportion than the 49.3% reported in other studies. **Conclusion:** The findings demonstrate the persistence of weight bias among some of the healthcare professionals evaluated. This highlights the importance of developing institutional strategies aimed at increasing awareness and providing continuous education on obesity and respectful, person-centered care.

Keywords: Weight Bias; Obesity; Social Stigma; Health Personnel

In

INTRODUCCIÓN

La obesidad fue reconocida como una enfermedad crónica compleja por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, generando legitimidad médica y disminuyendo el estigma. Un consenso internacional publicado en el corriente año redefinió a la obesidad como una enfermedad compleja y multifactorial, influenciada por factores genéticos, ambientales, metabólicos y conductuales. Menciona que la misma se clasifica en obesidad clínica y preclínica. La primera hace referencia a la presencia de exceso de grasa corporal acompañado de signos de daño orgánico o limitaciones funcionales; la segunda hace referencia también al exceso de grasa corporal sin manifestaciones evidentes de disfunciones orgánicas. Además, destaca que el Índice de Masa Corporal (IMC), utilizado habitualmente, no distingue entre compartimentos muscular, adiposo y óseo, lo que podría llevar a diagnósticos erróneos (1).

La obesidad aumenta globalmente y su prevalencia mundial se ha duplicado entre 1980 y 2014. En 2014, el 11% de los varones y el 15% de las mujeres mayores de 18 años tenían obesidad, y más de 42 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso (2).

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) del año 2019 constató que la prevalencia de exceso de peso en menores de 5 años fue del 13,6%; en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años del 41,1%; y en mayores de 18 años del 67,9% (3).

El tratamiento de los pacientes y las intervenciones dirigidas a este problema se han hecho habitualmente desde el pesocentrismo que sitúa el énfasis en el peso y en la pérdida y control de este a la hora de definir la salud y el bienestar. Este foco, unido a la gran importancia que ha adquirido la apariencia física y el ideal de belleza delgado en las sociedades occidentalizadas, han contribuido a generar efectos perjudiciales no deseados, como la mayor frecuencia de conductas no saludables de control del peso en personas con obesidad (4).

A su vez, existen creencias erróneas importantes y generalizadas en cuanto a la naturaleza de la etiología y el tratamiento eficaz de esta afección, complicadas por el arraigado sesgo de peso y el estigma en la sociedad. La diferencia principal entre estos conceptos radica en que el sesgo corresponde a una predisposición interna, mientras que el estigma constituye la manifestación social de dicha predisposición (5).

La estigmatización del peso puede generar discriminación y en consecuencia baja autoestima, depresión y menor calidad de vida (5). El sesgo de peso afecta la calidad de atención en aquellos pacientes con sobrepeso y obesidad, que podría conducir a peores resultados en materia de salud y, en consecuencia, un mayor riesgo de mortalidad (6).

La importancia del reconocimiento de la discriminación es el primer paso hacia la desnaturalización de estos prejuicios y estereotipos instalados socialmente (7).

El sesgo de peso se define como aquellas actitudes y creencias negativas sobre otros, relacionadas con el peso corporal. Es indistinto según sea el grupo etario y el estrato socioeconómico (7). Puede incluir suposiciones de que el individuo es el culpable de su peso por comer demasiado y es visto como perezoso, menos inteligente, desmotivado, incumplidor de los tratamientos médicos, poco atractivo, torpe y/o lento (8).

En cambio, el estigma de peso es definido como la discriminación hacia las personas con exceso de peso, que implica con frecuencia actitudes que generan exclusión, marginación e inequidad. El estigma de peso se desarrolla en todos los entornos de la persona, desde sus interacciones sociales hasta en el lugar de trabajo. Se considera un atributo desacreditador al basarse en creencias erróneas acerca de las personas con corporalidades diversas (9).

Las actitudes que subyacen al estigma se clasifican en explícitas o implícitas. Las actitudes explícitas son conscientes y reflejan las opiniones o creencias de una persona sobre un grupo. Las implícitas, son automáticas y a menudo ocurren sin que se tenga conciencia de ello (5).

El personal de salud es identificado como uno de los perpetuadores más frecuentes de la estigmatización del peso que experimentan los pacientes. Un estudio en mujeres con sobrepeso u obesidad, detalla que más de dos tercios de estas informaron haber experimentado estigmatización sobre su peso por parte de sus médicos. A su vez, el personal médico y los residentes informan altos niveles de sesgo con los pacientes con obesidad, lo que continúa con los estereotipos de que estos pacientes son holgazanes, carecen de autocontrol y son menos inteligentes. Como consecuencia, pueden atribuir los síntomas detectados en el paciente a la obesidad, prescribiendo como tratamiento "pérdida de peso", en lugar de investigar otras posibles causas de los síntomas referidos. Por lo tanto, las actitudes personales de los profesionales hacia los pacientes con obesidad podrían afectar directa o indirectamente la atención al paciente (10).

Los profesionales de la salud también dedican menos tiempo al asesoramiento y es menos probable que realicen exámenes de salud preventivos en pacientes con obesidad. Todos estos factores afectan la capacidad del proveedor de brindar una atención eficaz y centrada en el paciente, así como el desarrollo de relaciones terapéuticas fructíferas.

La afectación del vínculo profesional-paciente puede contribuir a l aumento de peso y al desarrollo o empeoramiento de otras enfermedades crónicas en esta población (10).

A su vez, el uso de indicadores tales como el índice de masa corporal (IMC) puede tanto subestimar como sobreestimar la adiposidad y proporcionar información inadecuada sobre la salud a nivel individual.

Por otro lado, la Comisión de Diabetes y Endocrinología se ha propuesto un nuevo enfoque de diagnóstico de la obesidad que se centra en otras mediciones de la grasa corporal y en signos y síntomas objetivos de mala salud. En base a estos criterios, se define a la obesidad preclínica como un estado de exceso de adiposidad con función preservada de otros órganos y tejidos y riesgo variable, pero mayor de presentar obesidad clínica y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La obesidad clínica, en cambio, es considerada una enfermedad sistémica crónica, caracterizada por alteración en la función de tejidos y órganos, debido al exceso de adiposidad. Puede provocar daños graves causando complicaciones que afecten la calidad de vida. De esta manera, se busca desestimar el diagnóstico de obesidad únicamente con el IMC, y, por ende, con el peso corporal. En su lugar, se propone utilizar otros parámetros como circunferencia de cintura, índice cintura-cadera, índice cintura-talla, y confirmar mediante estudios la presencia de daño en los diferentes órganos y tejidos (1).

En cuanto a las estadísticas encontradas sobre la discriminación por este problema, el Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y Racismo (INADI), en la tercera edición del Mapa Nacional de la discriminación (2013-2019), obtuvo que el 87% de la población encuestada percibe discriminación sobre las "personas gordas" (de los cuales 90% son mujeres y 84% son hombres), encontrándose en el primer lugar de la categoría y habiendo aumentado 9 puntos porcentuales respecto a los años anteriores (11).

Dentro de las personas que contestaron haber sufrido algún tipo de discriminación, el 24% respondió que fue por "cuestiones estéticas" y el 15% por ser consideradas "personas gordas", encontrándose en primer y segundo lugar respectivamente (11).

Un reciente informe de la OMS alerta que un 54% de los adultos con obesidad informan ser objeto de estigma por parte de sus compañeros de trabajo, y el 69% informan de experiencias de estigma por parte de profesionales sanitarios (6).

Por otro lado, de la literatura consultada se destacan los resultados de dos estudios: uno realizado en Alemania, muestra que un 67% de las personas con obesidad han experimentado episodios de discriminación relacionada con su peso, con tasas crecientes en función del grado de obesidad (10,2% en personas con obesidad grado I, 18,7% en grado II y 38% en grado III). El otro, estudio realizado en

Australia, Canadá, Francia, Alemania, Reino Unido y Estados Unidos, detalla que entre un 56-61% de adultos con obesidad participantes en programas de pérdida de peso informan haber padecido estigma a causa de su peso (4).

Con respecto al impacto nacional, un estudio realizado por el Ministerio de Salud de la Nación, entre los meses de septiembre y noviembre de 2022, destinado a personas con obesidad de todo el territorio argentino, describe que el 91,5% de las personas consideró que habitar un cuerpo con talla grande constituye un problema. El 85,8% consideró que representa un problema social, 78,4% psicológico y 50,7% físico. En el plano físico, mencionaron que la obesidad está relacionada con movilidad limitada, dolores musculares, cansancio, problemas de columna, cadera, rodillas y tobillos, presencia de insulinoresistencia, diabetes, hipertensión arterial, colesterol total elevado y/o dificultad para respirar. A nivel psicológico, refirieron incomodidad con el cuerpo, baja autoestima, retraimiento, aislamiento, sentimiento de vergüenza en espacios públicos y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Mientras que, a nivel social, compartieron haber experimentado violencia médica y malos tratos, miedo a la hora de vincularse, prejuicios y discriminación, subestimación y descalificación, dificultad para ocupar asientos en diversos espacios (ej.: sillas, asientos de avión), y mayor complejidad para conseguir ropa, entre otras (5).

Asimismo, el efecto perjudicial de la estigmatización del peso en la salud mental de los jóvenes puede incluir el aislamiento social, la depresión y la ideación suicida (10,12). Por otra parte, la Internalización del Sesgo de Peso (WBI, por sus siglas en inglés Weight Bias Internalization) ocurre cuando las personas aplican sobre sí mismas estereotipos negativos de peso y se autodegradan debido a su peso corporal. También se asocia con la inactividad física y la evitación, los trastornos del sueño, el estrés y los comportamientos alimentarios desordenados (atracones y alimentación emocional) (13).

Las víctimas del estigma de peso reportan que reciben con frecuencia comentarios negativos de terceras personas o que el entorno hace supuestos negativos respecto de ellos mismos, además de estar expuestos a barreras físicas y al rechazo social. Las personas con exceso de peso se enfrentan a inequidades sociales importantes. Por ejemplo, en el ámbito económico obtienen salarios inferiores por el mismo trabajo en comparación a sujetos con un peso normal, tienen menos oportunidades de ascenso y suelen ser víctimas de despidos injustificados (12).

Frente a esto, existen varias estrategias para proporcionar un entorno sanitario acogedor y menos amenazante para los pacientes con obesidad. Una de ellas es reducir el enfoque en el peso corporal y, en su lugar, centrarse en la detección de las enfermedades y afecciones para las cuales la obesidad constituye un factor de riesgo. A partir de ello, fomentar conductas factibles que mejoren la salud y el bienestar. Trasladado a la práctica sanitaria, podría lograrse pesando a los pacientes con menos frecuencia y

renunciando al control de peso cuando las visitas no estén asociadas a un motivo relacionado con el peso (14).

A su vez, es importante educar a los proveedores sobre los factores genéticos, ambientales, biológicos, psicológicos y sociales que predisponen al aumento y pérdida de peso, ya que quienes comprenden esta compleja red de causalidad tienen actitudes más positivas hacia los pacientes (5).

Por otro parte, existen distintas herramientas para evaluar el sesgo de peso; una de ellas es la “Escala de Fobia a la Obesidad” (FPS, por sus siglas en inglés Fat Phobia Scale). La misma presenta 14 pares de adjetivos que se utilizan para describir a personas que viven con obesidad. Las respuestas se puntúan entre 1 y 5 puntos, donde valores finales más altos indican mayor sesgo de peso. Basado en el diseño de la escala un puntaje de 2.5 indica una actitud neutral, menor a 2.5 indica una actitud positiva y un puntaje mayor a 2.5 indica una actitud negativa. Basado en datos publicados, un puntaje de 3.6 se considera el promedio para la población general, mientras que un puntaje superior a 4.4 sugiere un nivel alto de sesgo de peso (15).

La “Escala de creencias sobre las personas con obesidad” es otra herramienta que se encuentra validada al español y se compone de ocho ítems con declaraciones específicas sobre las causas de la obesidad. Los encuestados deben indicar el grado en que acuerdan con cada afirmación mediante una escala tipo Likert de 6 valores que va desde -3 (totalmente en desacuerdo) a +3 (totalmente de acuerdo) (9).

En el año 2024, se realizó un estudio en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) titulado

“Sesgo de peso en profesionales de Salud de la Ciudad de Buenos Aires”. Se trató de un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico, que incluyó a agentes de salud del primer nivel de atención del sistema público de CABA durante el primer semestre de 2023 por muestreo no probabilístico, por bola de nieve. Como herramienta de recolección se realizó una herramienta de elaboración propia tomando como punto de partida herramientas validadas como Cuestionario de Actitudes Antigordas (AFA, por sus siglas en inglés Antifat Attitudes Questionnaire), la Escala de Actitudes Antigordas (AFAS, por sus siglas en inglés Antifat Attitudes Scale), la Prueba de Actitudes Antigordas (AFAT, por sus siglas en inglés Antifat Attitudes Test), la Escala de Actitudes hacia las Personas Obesas (ATOP, por sus siglas en inglés Attitudes Toward Obese Persons) y la Escala de Creencias sobre las Personas con Obesidad (BAOP, por sus siglas en inglés Beliefs About Obese Persons). Del total de profesionales de la salud encuestados, el 49,3% manifestó actitudes, creencias, suposiciones y juicios negativos relacionados con el peso; uno de cada cuatro refirió que el exceso de peso es un problema individual.

Por último, del total de la muestra, el 56,8% consideró la sobreingesta y el sedentarismo como las principales causas del exceso de peso subestimando la compleja interacción de factores genéticos, ambientales, socioeconómicos y culturales (16).

En función de lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo identificar la presencia de sesgo y estigma de peso en profesionales de la salud de distintos servicios de una institución pública del partido de La Matanza, incorporando además una intervención orientada a la reflexión sobre la temática.

Mts

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal (17), en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Diego Paroissien” del partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires. El período de recolección de datos comprendió los meses de junio y julio de 2025.

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. Las respuestas obtenidas en las escalas fueron analizadas según sus puntuaciones y distribuciones porcentuales.

El objetivo general fue conocer el sesgo de peso presente en los profesionales de salud de los servicios de gastroenterología, cirugía general, clínica médica, traumatología, diabetología, neumonología, pediatría, oncología y nefrología.

Los objetivos específicos fueron identificar cuáles son las posibles causas de la problemática según los profesionales

de la salud; describir las creencias respecto de las personas con obesidad y sobrepeso e implementar una instancia de sensibilización sobre el impacto del estigma y sesgo de peso en la atención sanitaria.

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia (17). Se incluyeron aquellos profesionales que ejercían su labor en el Hospital Paroissien y realizaban interconsultas y derivaciones al servicio de nutrición. Los criterios de inclusión fueron profesionales que pertenecieran a las especialidades de diabetología, cirugía general, gastroenterología, pediatría, neumonología, oncología, nefrología y traumatología.

Los criterios de eliminación fueron aquellos que decidieron no participar del estudio o realizaron la encuesta de manera incompleta.

Consideraciones éticas

El presente estudio se adecuó a las normas internacionales de investigación de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, a la Ley 3.301 del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que regula la actividad de investigación clínica en salud con seres humanos, a la Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación, que aprueba la Guía para Investigaciones con Seres Humanos, y a todas las legislaciones y reglamentaciones a las cuales se adhiere al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Paroissien. Asimismo, fue requisito la firma del consentimiento informado antes de la incorporación del individuo al estudio.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue una encuesta de elaboración propia.

En primera instancia, los participantes dieron su consentimiento informado y en caso de aceptarlo completaron un formulario autoadministrado digital o físico de carácter anónimo. La recolección de datos se realizó mediante la plataforma Google Forms y se difundió a través WhatsApp con los referentes de cada servicio. En algunos casos se completó de manera manual y luego el investigador cargó los datos a dicha plataforma. En el primer segmento de la encuesta, se consultó sobre qué cargo tenía el participante en la institución (planta permanente o residente/concurrente o médico o cirujano de guardia).

Luego, se incluyeron variables sociodemográficas como el sexo, la edad y los años de ejercicio profesional.

Para finalizar la encuesta, se implementaron los cuestionarios Escala BAOP y Escala FPS.

La BAOP evalúa las creencias sobre las causas de la obesidad. Se compone de ocho ítems con declaraciones específicas sobre las causas de la obesidad. Los encuestados indicaron el grado en que acordaban con cada afirmación mediante una escala de 6 valores que va desde -3 (totalmente en desacuerdo) a +3 (totalmente de acuerdo).

La FPS es una herramienta que evalúa el sesgo hacia las personas con obesidad. La misma presenta 14 pares de adjetivos que se utilizan para describir a personas que viven con obesidad. Las respuestas se puntúan entre 1 y 5 puntos según qué adjetivo se aproxima mejor a sus creencias sobre las personas obesas.

Intervención educativa

Una vez obtenidos los resultados, se realizó en octubre de 2025 una intervención educativa a individuos que participaron del estudio.

El objetivo fue sensibilizar a los integrantes sobre el impacto del estigma y sesgo de peso en la atención médica. Tuvo una duración aproximada de 40 minutos con modalidad virtual, a través de la plataforma Google Meet. Los temas abordados fueron definición de obesidad; criterios diagnósticos: ¿Índice de Masa Corporal (IMC): si o no?; consecuencias de la obesidad; definición de sesgo de peso; consecuencias del sesgo de peso en estos; derivación oportuna y cuidados ambientales.

Al finalizar la realización de este taller, se entregó un material sobre los temas desarrollados.

Rs

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 57 encuestas, eliminando seis por estar incompletas, quedando un número final de 51 respuestas.

Del total de la muestra, el 64,7% pertenecían al sexo femenino, mientras que el 35,3% al sexo masculino. La edad media fue de 40 años.

En cuanto al cargo que poseían los encuestados, un 52,9% se desempeñaba como profesional de planta, un 39,2% como residente o concurrente, ocupando el 8% otros cargos tales como: jefe de residente, preresidente y/o médicos de guardia.

Del total de los encuestados, el 27,5% se encontraba ejerciendo por más de 16 años, el 7,8% entre 11 y 15 años, el 33,3% entre 6 y 10 años y el 31,4% restante menos de 5 años.

Los servicios que participaron se representan en el Gráfico 1.

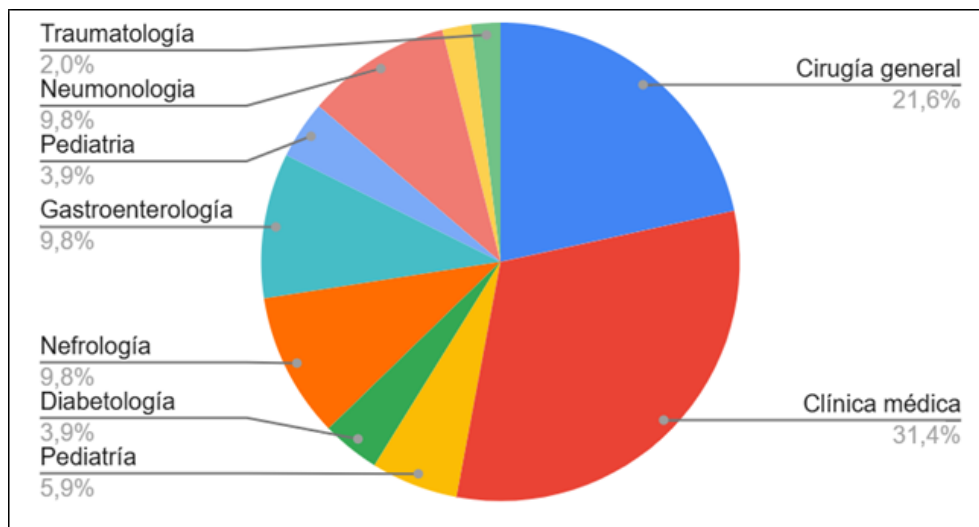


Gráfico 1. Distribución por servicio
Fuente: Elaboración propia.

Los valores medios de la escala de fobia a la obesidad fueron 3,36%. El 98% de la muestra presentó una actitud negativa hacia las personas que padecen obesidad y el 2% una actitud neutra. No se presentaron encuestados con niveles altos de sesgo de peso.

En la Tabla 1 se describen los adjetivos que componen la escala FPS y el porcentaje de participantes de acuerdo o muy de acuerdo con los adjetivos negativos de la escala.

Tabla 1. Adjetivos negativos de la escala FPS

Adjetivos negativos de la escala FPS	Porcentaje %
Vago	5,88
Sin fuerza de voluntad	23,08
Desagradable	13,73
Tiene poco autocontrol	60,78
Lento	39,22
Inconstante	52,94
Inactivo	41,18
Débil	17,65
Autocomplaciente	25,49
Le gusta la comida	66,67
Cuerpo debilitado y sin forma	52,94
Come demasiado	64,71
Inseguro	50,98
Autoestima baja	62,75

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los encuestados coincidió en atribuir a las personas con obesidad características como el gusto por

la comida, poco autocontrol, tendencia a comer demasiado y a la baja autoestima.

Tabla 2. Puntuación promedio de FPS según el servicio de pertenencia

Servicio	Puntuación promedio FPS
Cirugía general	3,51
Diabetología	3,46
Neumonología	3,43
Pediatría	3,40
Nefrología	3,37
Clínica médica	3,32
Gastroenterología	3,13

Fuente: Elaboración propia.

Se observó un mayor puntaje promedio de FPS en la población con 16 o más años de ejercicio profesional (Gráfico 2).

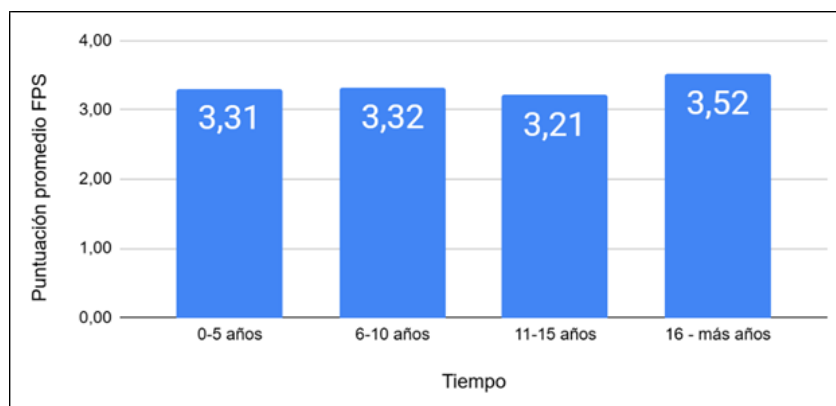


Gráfico 2. Puntuación promedio de FPS según tiempo de ejercicio profesional

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se observó una tendencia a mayores puntajes de FPS en los grupos etarios de mayor edad, lo que se

asocia a mayores actitudes negativas hacia las personas que padecen obesidad (Tabla 3).

Tabla 3. Edad y FPS

Edad	Promedio de puntuación de FPS
0-20 años	-
21-30 años	3,14
31-40 años	3,38
41-50 años	3,37
51-60 años	3,46
61-70 años	3,75

Fuente: Elaboración propia.

El valor medio de la escala de creencias sobre las personas obesas fue de 19,73 puntos (Tabla 4).

Tabla 4. Presencia de creencias, suposiciones y juicios negativo

	N	%	IC 95%
1. La mayoría de los obesos tienen malos hábitos alimentarios, los cuales los llevan a su obesidad			
Ligeramente de acuerdo	7	13,7	4,26 – 23,14
Moderadamente de acuerdo	22	43,1	29,51 – 56,69
Totalmente de acuerdo	9	17,6	7,15 – 28,05
Ligeramente en desacuerdo	4	7,8	0,44 – 15,16
Moderadamente desacuerdo	6	11,8	2,95 – 20,65
Totalmente en desacuerdo	3	5,9	-0,57 – 12,37
2. La obesidad es normalmente causada por comer demasiado			
Ligeramente de acuerdo	13	25,5	13,54 – 37,46
Moderadamente de acuerdo	14	27,5	15,25 – 39,75
Totalmente de acuerdo	1	2	-1,84 – 5,84
Ligeramente en desacuerdo	5	9,8	1,64 – 17,96
Moderadamente desacuerdo	13	25,5	13,54 – 37,46
Totalmente en desacuerdo	5	9,8	1,64 – 17,96
3. La gente obesa come más que la no obesa			
Ligeramente de acuerdo	12	23,5	11,86 – 35,14
Moderadamente de acuerdo	9	17,6	7,15 – 28,05
Totalmente de acuerdo	2	3,9	-1,41 – 9,21
Ligeramente en desacuerdo	8	15,7	5,72 – 25,68
Moderadamente desacuerdo	12	23,5	11,86 – 35,14
Totalmente en desacuerdo	8	15,7	5,72 – 25,68
4. Mucha de la gente es obesa a causa de no realizar suficiente ejercicio físico			
Ligeramente de acuerdo	10	19,6	8,71 – 30,49
Moderadamente de acuerdo	19	37,3	24,03 – 50,57
Totalmente de acuerdo	3	5,9	-0,57 – 12,37
Ligeramente en desacuerdo	7	13,7	4,26 – 23,14
Moderadamente desacuerdo	6	11,8	2,95 – 20,65
Totalmente en desacuerdo	6	11,8	2,95 – 20,65
5. La gente puede ser adicta a la comida como otros a la droga			
Ligeramente de acuerdo	5,5	9,8	1,64 – 17,96
Moderadamente de acuerdo	12	23,5	11,86 – 35,14
Totalmente de acuerdo	22	43,1	29,51 – 56,69
Ligeramente en desacuerdo	3	5,9	-0,57 – 12,37
Moderadamente desacuerdo	4	7,8	0,44 – 15,16
Totalmente en desacuerdo	5	9,8	1,64 – 17,96
6. A menudo la obesidad ocurre cuando comer se utiliza como una forma de compensar la falta de amor o atención			
Ligeramente de acuerdo	7	13,7	4,26 – 23,14
Moderadamente de acuerdo	23	45,1	31,34 – 58,76
Totalmente de acuerdo	3	5,9	-0,57 – 12,37
Ligeramente en desacuerdo	7	13,7	4,26 – 23,14
Moderadamente desacuerdo	7	13,7	4,26 – 23,14
Totalmente en desacuerdo	4	7,8	0,44 – 15,16
7. La obesidad raramente está causada por la falta de fuerza de voluntad			
Ligeramente de acuerdo	11	21,6	10,31 – 32,89
Moderadamente de acuerdo	6	11,8	2,95 – 20,65

Fuente: Elaboración propia.

El 43,1% de la población encuestada expresó estar moderadamente de acuerdo con la afirmación “La mayoría de los obesos tienen malos hábitos alimentarios, los cuales los llevan a su obesidad” y totalmente de acuerdo con la expresión “La gente puede ser adicta a la comida como otros a la droga”. El 45,1% expresó estar moderadamente de acuerdo con la expresión “A menudo la obesidad ocurre cuando comer se utiliza como una forma de compensar la falta de amor o atención”. En el resto de las afirmaciones

expresó opiniones menos coincidentes.

En relación con la intervención educativa, se llevó a cabo un encuentro virtual con una duración aproximada de 40 minutos, dirigido a los participantes del estudio. La convocatoria fue limitada en términos de asistencia; sin embargo, quienes participaron manifestaron interés en la temática y realizaron aportes reflexivos sobre el impacto del estigma de peso en la práctica clínica.

Ds DISCUSIÓN

En el presente estudio, el puntaje promedio de la Escala de Fobia a la Obesidad fue de 3,36, evidenciando la presencia de actitudes negativas hacia las personas con obesidad en la muestra analizada. Estos resultados son comparables con los reportados en otros estudios en otros países, como el de O'Keeffe et al. (18), quienes informaron un puntaje medio de 3,40, y el de Baska et al. (19), con una media de 3,60, lo que sugiere un nivel moderado de sesgo de peso en profesionales de la salud.

En concordancia con estudios previos realizados en Argentina (16), los resultados obtenidos refuerzan la evidencia existente sobre la presencia de sesgo de peso en profesionales de la salud. Asimismo, estos hallazgos se alinean con lo descripto en la literatura regional, donde se señala la persistencia del estigma de peso en el ámbito sanitario y su impacto en la calidad de atención (5, 12)

Del mismo modo, la edad promedio entre quienes presentaron actitudes, creencias, suposiciones y juicios negativos relacionados con el peso fue de 40 años. Esto se asemeja a los resultados obtenidos en el estudio de Acerbo et al. (16), en el cual la edad promedio fue de 41 años.

Además, se obtuvo que las características más coincidentes dentro de la FPS fueron: “a las personas con obesidad les gusta la comida”; “comen demasiado”; “poco autocontrol” y “tienen baja autoestima”. En el estudio realizado en Polonia por Baska et al. (19), se obtuvieron resultados similares respecto a las primeras dos variables mencionadas anteriormente. En este trabajo, las expresiones “a las personas con obesidad les gusta la

comida” y “comen demasiado”, tuvieron un promedio de puntuación de 3,9 y 3,78 respectivamente, mientras que en el de Baska et al., obtuvieron 4,13 y 4,09, respectivamente.

Por otro lado, en el trabajo realizado por Lewitan et al. (9), quienes utilizaron la Escala BAOP, se encontró una asociación estadísticamente significativa, sugiriendo que, a mayor edad, mayor es el nivel de estigma. Los autores plantean que esta diferencia podría estar relacionada con un cambio de paradigma respecto a la diversidad corporal, más presente en las generaciones jóvenes. Estos datos no son coincidentes con los resultados que se han obtenido en este trabajo, ya que los valores obtenidos no siguen esta tendencia lineal.

En cuanto a los años de ejercicio profesional, no se demostró un patrón lineal, a diferencia del trabajo de Lewitan et al. (9), donde no se interrogó por años de trabajo, sino por años de graduado, y se encontró una relación directamente proporcional entre años de graduado y estigma de peso.

Es importante tener en consideración que los resultados presentados tienen como limitación una distribución poco pareja en relación con las especialidades incluidas. Esto podría actuar como un sesgo aun teniendo en cuenta que se normalizaron los datos por medio de valores porcentuales.

No obstante, se destaca el número muestral alcanzado y, a su vez, que se encuentra entre los primeros estudios identificados sobre el tema.

Cn CONCLUSIONES

Se evidenció la presencia de sesgo y estigma de peso en los profesionales de la salud incluidos en este estudio. Asimismo, se observó una tendencia a mayores niveles de sesgo en aquellos con mayor edad y años de ejercicio profesional, aunque sin establecer asociaciones causales.

Estos hallazgos resaltan la importancia de continuar explorando las creencias y actitudes de los equipos de salud en relación con la obesidad en contextos institucionales similares, con el fin de contribuir al diseño de estrategias de sensibilización y formación interdisciplinaria.

Ag

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Hospital Paroissien por el espacio de formación y todos aquellos profesionales de salud que son parte e hicieron esta investigación posible.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2025 [Acceso mar. 2026];13(3):221-62. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [Acceso mar. 2026] <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>
3. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS 2): resumen ejecutivo [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2019. Acceso mar. 2026. Disponible en: https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2019/10/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-20191.pdf
4. Sánchez-Carracedo D. El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa. *Endocrinol Diabetes Nutr* [Internet]. 2022 [Acceso mar. 2026];69(10):868-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>
5. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* [Internet]. 2015 [Acceso mar. 2026];16(4):319-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
6. World Health Organization. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. Acceso mar. 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353613/WHO-EURO-2017-5369-45134-64401-eng.pdf>
7. Argentina. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas, 2023. Versión breve para equipos de salud [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2023. Acceso mar. 2026. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-12/gpc-obesidad-breve.pdf>
8. Jayawickrama RS, Hill B, O'Connor M, Flint SW, Hemmingsson E, Ellis LR, et al. Efficacy of interventions aimed at reducing explicit and implicit weight bias in healthcare students: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* [Internet]. 2025 [Acceso mar. 2026];26(2):e13847. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.13847>
9. Lewitan D, Katz M, Formoso J, Anger V. Estigma en obesidad: validación al español de la Escala de Creencias sobre las Personas con Obesidad (Beliefs About Obese Persons Scale - BAOP). *Acta Nutr* [Internet]. 2022 [Acceso mar. 2026];23(4):195-203. Disponible en: <https://doi.org/10.48061/san.2022.23.4.195>
10. Braddock A, Browne NT, Houser M, Blair G, Williams DR. Weight stigma and bias: a guide for pediatric clinicians. *Obesity Pillars* [Internet]. 2023 [Acceso mar. 2026]; 6:100058. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2023.100058>
11. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Mapa Nacional de la Discriminación 2019. 3a ed. [Internet]. Buenos Aires: INADI; 2022. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/06/mapa_nacional_de_la_discriminacion.pdf
12. Gómez-Pérez D, Ortiz MS, Saiz JL. Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: una revisión de la literatura. *Rev Med Chil* [Internet]. 2017 [Acceso mar. 2026];145(9):1160-4. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000901160>
13. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev* [Internet]. 2018;19(8):1141-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
14. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obes Rev* [Internet]. 2022 [Acceso mar. 2026];23(10):e13494. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.13494>
15. Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes* [Internet]. 2001 [Acceso mar. 2026];25(2):252-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801537>
16. Acerbo F, Lopez Mato M, Carelli DN. Sesgo de peso en profesionales de salud de la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Salud Pública (Córdoba)* [Internet]. 2024 [Acceso mar. 2026];30(2):107-25. Disponible en: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v30.n2.45207>
17. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2018. 714 p.
18. O'Keeffe M, Flint SW, Watts K, Rubino F. Knowledge gaps and weight stigma shape attitudes toward obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2020 [Acceso mar. 2026];8(5):363-5. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30073-5)
19. Baska A, Świder K, Zgliczyński WS, Kłoda K, Mastalerz-Migas A, Babicki M. Is obesity a cause for shame? Weight bias and stigma among physicians, dietitians, and other healthcare professionals in Poland: a cross-sectional study. *Nutrients* [Internet]. 2024 [Acceso mar. 2026];16(7):999. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu16070999>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Juárez LJ, Mitre PM, Olivera N, Pascua MS, Pilara MB, Stirparo MF. Estigma y sesgo de peso en profesionales de la salud en una institución pública de la provincia de Buenos Aires en el año 2025. *Salud Publica* [Internet]. 2026 Jun [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.