

<https://doi.org/10.48061/SAN.2022.23.4.195>

## ESTIGMA EN OBESIDAD: VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA DE CREENCIAS SOBRE LAS PERSONAS CON OBESIDAD (BELIEFS ABOUT OBESE PERSONS SCALE - BAOP)

### *OBESITY STIGMA: SPANISH VALIDATION OF THE BELIEFS ABOUT OBESE PERSONS SCALE BAOP*

Dalia Lewitan<sup>1</sup>, Mónica Katz<sup>1</sup>, Jessica Formoso<sup>2</sup>, Vanesa Anger<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Katz. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina

Correspondencia: Dalia Lewitan

E-mail: [dalialewitan@gmail.com](mailto:dalialewitan@gmail.com)

Presentado: 21/08/22. Aceptado: 04/10/22

#### RESUMEN

**Introducción:** El estigma hacia las personas con obesidad perpetúa la patología. Si la discriminación es realizada por profesionales sanitarios, aleja a las personas del sistema de salud.

**Objetivo:** evaluar la validez y fiabilidad de la Escala de Creencias sobre las Personas Obesas (BAOP) adaptada al español en una muestra de profesionales de la salud en Argentina.

**Materiales y métodos:** 186 participantes (71,5% mujeres, media de edad de 38 ±46 años, media de IMC: 23,4±27 kg/m<sup>2</sup>; con una media de tiempo desde su graduación de 12.2 ±19,7 años) completaron un cuestionario en línea con datos demográficos, la Escala de Creencias sobre las Personas con Obesidad (BAOP) adaptada al español y la Escala de Actitudes Antifat (AFA).

**Resultados:** El análisis factorial confirmatorio mostró una solución de 3 factores que da cuenta del 42% de la varianza de las puntuaciones (KMO =.69;  $\chi^2= 6.28$ ,  $p = .51$ ). El coeficiente Alpha de Cronbach indicó una fiabilidad aceptable de 0.60. Los coeficientes de correlación de Pearson mostraron una asociación negativa significativa a mayor edad y tiempo de graduación (Años de graduado:  $r = -.21$ ,  $p < .01$ ; Edad:  $r = -.20$ ,  $p < .01$ ), sugiriendo que cuanto mayor es el tiempo de graduación y la edad del profesional, mayor es el nivel de estigma registrado. Las creencias estigmatizantes con mayor nivel de acuerdo fueron los malos hábitos alimenticios (media = - 2.11) y el sedentarismo (media =-1.41).

**Conclusiones:** La adaptación al español de la escala BAOP obtuvo niveles aceptables de validez y confiabilidad para evaluar estigma hacia las personas con obesidad. En la muestra de profesionales de la salud se observa mayor nivel de estigma a mayor edad y antigüedad de matriculación profesional. Las creencias estigmatizantes con mayor nivel de acuerdo entre los encuestados están relacionadas con el sedentarismo y malos hábitos alimentarios.

**Palabras clave:** estigma; obesidad; discriminación; barreras en Obesidad.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Stigma towards people with obesity perpetuates the pathology. If discrimination is carried out by health professionals, it distances people from the health care system. Objective: to evaluate the validity and reliability of the Scale of Beliefs about Obese People (BAOP) adapted to Spanish in a sample of health professionals in Argentina. Materials and methods: 186 participants (71.5% women, mean age 38 ± 46 years, mean BMI: 23.4 ± 27 kg/m<sup>2</sup>; mean time since graduation 12.2 ± 19.7 years) completed an online questionnaire with demographic data, the Scale of Beliefs about Obese People (BAOP) adapted to Spanish and the Scale of Antifat Attitudes (AFA).

**Results:** Confirmatory factor analysis showed a 3-factor solution that accounts for the 42% of the variance of the scores (KMO =.69;  $\chi^2= 6.28$ ,  $p = .51$ ). Cronbach's Alpha coefficient indicated an acceptable reliability of 0.60. Pearson's correlation coefficients showed a significant negative association with older age and graduation time (Years of graduation:  $r = -.21$ ,  $p < .01$ ; Age:  $r = -.20$ ,  $p < .01$ ) suggesting that the older is the time of graduation and the age of the professional, the higher the level of stigma recorded. The stigmatizing beliefs that reached the highest level of agreement were poor eating habits (mean = - 2.11) and sedentary lifestyle (mean =-1.41).

**Conclusion:** The adaptation to Spanish of the BAOP scale show acceptable levels of validity and reliability to assess stigma towards people with obesity. In the sample of health professionals, a higher level of stigma is observed at older ages and longer professional registration. Sedentary lifestyle and poor eating habits were the stigmatizing beliefs with the highest level of agreement.

**Keywords:** Stigma; obesity; discrimination; barriers in obesity.

---

## INTRODUCCIÓN

Las personas con exceso de peso son frecuentemente objeto de prejuicios y discriminación en diversos entornos que incluyen los laborales, los centros de salud, las instituciones educativas, las relaciones interpersonales y los medios de comunicación<sup>1,2</sup>.

El estigma en obesidad se define como la devaluación y denigración social hacia de personas con exceso de peso<sup>3</sup> y con frecuencia implica actitudes que generan exclusión, marginación e inequidad<sup>4</sup>.

Desde una perspectiva sociológica, se considera que el estigma es un atributo profundamente desacreditador. En general, se basa en creencias erróneas acerca de las personas más corpulentas que, a menudo, se describen como holgazanas, irresponsables o con baja autodisciplina<sup>5</sup>.

Mientras que el estigma es una actitud o creencia, la discriminación es una conducta derivada de ella. Esta última tiene lugar cuando se priva a los individuos de sus derechos y oportunidades<sup>6</sup>. Surge de la mirada de quien discrimina y es construida en el marco de una cultura particular<sup>7</sup>.

Existe evidencia de que las personas que estigmatizan consideran que el exceso de peso es causado solamente por responsabilidad individual. Esto expresa el profundo desconocimiento de la complejidad etiopatogénica de la obesidad, que es una enfermedad causada por la interacción de múltiples factores del entorno construido, genéticos y epigenéticos<sup>8</sup>.

El estigma y la discriminación poseen significativas implicancias físicas y psicológicas<sup>9</sup>. Las personas que experimentan estigma pueden presentar, paradójicamente, un aumento de la ingesta calórica y deterioro de la auto-regulación alimentaria<sup>10,11</sup>, menores niveles de actividad física por evitación del ejercicio<sup>12</sup>, incremento de los niveles de cortisol<sup>13</sup> y proteína C reactiva<sup>14</sup>. Asimismo, la exposición al estigma relacionado al exceso de peso confiere un mayor riesgo de experimentar trastornos del estado de ánimo o ansiedad, depresión, trastornos del comportamiento alimentario y disminución de la autoestima<sup>15,16</sup>.

Es fundamental la detección y prevención de los efectos negativos de la estigmatización de las personas con obesidad. En este contexto, es necesario contar con instrumentos validados que permitan detectar el estigma para reducir su impacto sobre la salud. Diversos instrumentos permiten estimar las actitudes hacia el peso corporal<sup>17-22</sup>. Solo la escala de Actitudes Anti-grasa (AFA) está validada en español<sup>23</sup>, pero esta no evalúa la creencia en relación con las causas que dan origen a la obesidad. La Escala de Creencias acerca de las personas con Obesidad (BAOP)<sup>18</sup> no cuenta hasta el momento con validación al español.

## OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es evaluar la validez y fiabilidad de la Escala de creencias sobre las personas con obesidad (BAOP) adaptada al español, en una muestra de profesionales de la salud hispanohablantes de Buenos Aires, Argentina.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Un total de 186 profesionales de la salud de Buenos Aires, luego de brindar su consentimiento informado, completó un formulario autoadministrado digital de carácter anónimo, distribuido durante el 1 y 20 de septiembre de 2019. Este incluyó variables demográficas (edad, sexo, nivel educativo), la Escala de Creencias Sobre las Personas con Obesidad (BAOP) adaptada al español y la Escala de Actitudes Anti-grasa (AFA), previamente validada en español.

La Escala de Actitudes Anti-grasa (AFA) contiene 13 ítems y tres subescalas: 1. Antipatía ( $\alpha = .84$ ) dirigida a detectar la presencia de sentimientos negativos hacia el sobrepeso, 2. Miedo a la gordura, ( $\alpha = .79$ ) y temor a la ganancia de peso y 3. Voluntad ( $\alpha = .66$ ) que valora el grado de control que consideran poseen sobre su

peso. Los encuestados deben responder en una escala tipo Likert de 6 opciones, de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Puntajes bajos indican menor nivel de estigma.

La Escala de creencias sobre personas con obesidad (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 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). El coeficiente Alpha en estudios previos osciló entre 0.65 a 0.82.

La escala se aplicó en profesionales de la salud, quienes debieron informar título, especialidad y si en su práctica habitual se dedicaban al tratamiento de las personas con exceso de peso.

El presente estudio se realizó de acuerdo con los estándares éticos de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

El proceso de traducción de la escala original al español siguió los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. La evaluación inicial fue realizada por expertos bilingües, quienes dictaminaron la factibilidad de que fuera traducida. Una vez realizada la traducción al español, fue revisada por un grupo monolingüe. Posteriormente, otro experto bilingüe (independiente del grupo inicial) realizó una traducción del español al inglés, la cual fue evaluada por el grupo bilingüe que dictaminó que la versión en español era equivalente a la original. La versión validada puede encontrarse en la Tabla 1.

Análisis estadístico. Para evaluar la validez concurrente de la escala BAOP en la presente adaptación al español se analizó su asociación con las puntuaciones obtenidas mediante la escala AFA utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Se realizó un análisis factorial exploratorio por máxima verosimilitud con rotación varimax, para evaluar la validez de constructo. También se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach para estimar la consistencia interna de la escala.

Para evaluar si existen diferencias en los puntajes de la escala entre los profesionales que realizan tratamientos de descenso de peso y aquellos que no, o si existe una asociación entre puntajes de la escala y si el profesional realiza tratamiento de personas con sobrepeso y obesidad, se realizó una prueba t de Student.

Se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson para analizar una posible asociación entre las puntuaciones en la escala y el IMC del profesional, así como para evaluar una posible asociación entre las puntuaciones en la escala y los años desde que el profesional se graduó.

## RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por un total de 186 profesionales de la salud: 71,5% sexo femenino, con una media de edad de 38-46 años (mujeres y hombres, respectivamente), 39% de los cuales reportaron tener exceso de peso, y una media de tiempo de matriculación profesional de  $12.2 \pm 19.7$  años. El 65,5 % resultaron médicos no especialistas. El 59,7% de los encuestados se dedicaba al tratamiento de las personas con sobrepeso y obesidad.

Los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y características de la muestra pueden encontrarse en la Tabla 2.

Validez de Criterio: El coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas de BAOP y AFA dio cuenta de una  $r = -.20$  ( $p < .01$ ). Los resultados obtenidos entre ambas escalas pueden encontrarse en la Tabla 3.

El análisis factorial exploratorio evidenció una solución de 3 factores que da cuenta del 42% de la varianza de las puntuaciones que mostró un buen ajuste a los datos ( $KMO = .69$ ;  $\chi^2 = 6.28$ ,  $p = .51$ ). El factor 1 explica el 16% de la varianza e incluye los ítems 4, 6 y 8, con cargas factoriales de entre .47 y .76. El factor 2 incluye los ítems 3 y 5 y explica el 15% de la varianza de las puntuaciones, con cargas factoriales de .96 y .41, respectivamente. Finalmente, el factor 3 incluye los ítems 1, 2, 7 con cargas factoriales de .30, .84 y .19 (ver Tabla 4). Este último da cuenta del 12% de la varianza.

Las cargas factoriales para los ítems 1 y 7 son menores al punto de corte usualmente recomendado de 0.40. Para estimar la consistencia interna de la escala se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach que mostró una fiabilidad aceptable de 0.60. Esta aumenta a 0.65 si se eliminan los dos ítems antes mencionados.

La prueba t de Student para analizar las diferencias en las puntuaciones de la escala entre los profesionales de distinto sexo resultó no significativa ( $t(96) = .02$ ,  $p = .99$ ).

Para analizar una posible asociación entre las puntuaciones en la escala y los años desde que el profesional se recibió, se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson, el cual mostró una asociación negativa signifi-

cativa entre ambas medidas ( $r = -.21$ ,  $p < .01$ ). Adicionalmente, se analizó la relación entre la edad del profesional y su nivel de estigma, y se encontró que es estadísticamente significativa ( $r = -.20$ ,  $p < .01$ ).

Finalmente, se obtuvieron los datos estadísticos descriptivos para cada ítem de BAOP y se observó que las creencias erróneas que alcanzaron mayor nivel de acuerdo fueron los malos hábitos alimentarios ( $M = -2.11$ ) y sedentarismo ( $M = -1.41$ ). Ver Figura 1.

## Discusión

Nuestro trabajo examina las propiedades psicométricas de la escala BAOP en su traducción al español y evidencia una fiabilidad aceptable con un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.60 para la escala total. Este valor obtenido aumenta a 0.65 si se eliminan los ítems 1 y 7.

Sin embargo, se eligió retener estos ítems debido a que expresan declaraciones características del pensamiento estigmatizante.

Estudios previos de validación sobre el instrumento describen valores similares (0.61 en población china y taiwanesa<sup>24</sup>, 0,84 en población turca<sup>25</sup> y 0.63 en población norteamericana<sup>26</sup>). Allison et al.<sup>18</sup> reportan variaciones de fiabilidad de la escala BAOP de .82 a .65 entre muestras evaluadas. La muestra con mayor fiabilidad (alfa de Cronbach .82) correspondió a miembros de un grupo comprometido activamente con los problemas de las personas con obesidad, y que reportaron, además, mayor peso corporal (NAAFA- National Association to Advance Fat Acceptance). Mientras que el grupo integrado por estudiantes graduados y de menor edad obtuvo la fiabilidad más baja (.65). Como era esperable, los puntajes más altos de BAOP, que representan la creencia de que la obesidad no está bajo el control de las personas, se obtuvieron en el primer grupo mencionado (NAAFA). En este sentido, es posible que el resultado del coeficiente alfa de Cronbach obtenido en nuestro trabajo esté alcanzado por un sesgo de selección en la muestra.

La evaluación de la validez concurrente muestra que las puntuaciones de la escala BAOP se asocian de forma negativa, significativa con las de la escala AFA. Es decir, el aumento en los puntajes de la AFA se corresponde con una disminución en los puntajes de la escala BAOP. Siendo que ambas escalas reflejan creencias opuestas respecto de la obesidad, se concluye que la nueva escala es una herramienta válida para detectar estigma en obesidad.

Respecto de las creencias acerca de las personas con obesidad, las que alcanzaron mayor nivel de acuerdo entre los profesionales de salud encuestados están en relación con la creencia de que la mayoría de las personas con obesidad tiene malos hábitos alimenticios o no realiza ejercicio físico. En este sentido, las personas con exceso de grasa corporal serían las únicas responsables de su propia de patología. Esto posee múltiples implicancias negativas. Por un lado, incrementa el estigma hacia la persona con exceso de peso, por el otro, condiciona el estilo de abordaje de la enfermedad y, por último, posee impacto sobre las políticas públicas para controlar la pandemia de obesidad<sup>27,28</sup>. Si se considera que las personas son las únicas responsables de la obesidad, es menos probable que los decisores posean vocación de regular los entornos obesogénicos.

Si bien el comportamiento alimentario individual es importante, las personas toman decisiones relacionadas con su estilo de vida en un entorno construido.

La obesidad es una enfermedad multicausada. En su desarrollo participan factores genéticos, epigenéticos y también del entorno construido; por lo tanto, modificables como la deuda de sueño, los disruptores hormonales, los fármacos que generan ganancia de peso, la temperatura media constante, además de factores socioeconómicos<sup>29</sup>.

En nuestro trabajo hemos observado que el estigma entre profesionales de la salud resultó mayor entre quienes tenían mayor edad cronológica. Sin embargo, no hemos hallado resultados similares en la literatura. Una explicación posible estaría dada por el cambio del clima cultural en cuanto a la aceptación corporal, puesto que los profesionales más jóvenes crecieron en una sociedad en la que existen niveles crecientes de aceptación de la diversidad corporal. Al respecto, será interesante analizar esta relación en futuros estudios.

Si bien no forma parte de los objetivos del estudio, hemos hallado una relación inversa entre años de graduado y estigma. Esto podría explicarse por la formación de los profesionales con mayor antigüedad de matrícula. El denominado modelo eco social que describe los factores asociados a la obesidad es relativamente reciente. Se trata de un modelo que ubica al individuo bajo la influencia de una serie de niveles representados en forma de círculos concéntricos, que van desde lo más distal a lo más proximal y considera como determinante fundamental a los diferentes entornos<sup>30,31</sup>. Es comprensible que aquellos profesionales sanitarios formados en un clima en el que la obesidad era considerada exclusivamente una responsabilidad individual, posean creencias erróneas al respecto y, por ende, mayor prejuicio<sup>32</sup>. No obstante, es posible que exista una colinealidad entre edad y años de graduado. Por ende, resultaría de interés profundizar sobre estas hipótesis en futuros estudios.

En los últimos años pareciera existir una tendencia al cambio. La discriminación ha comenzado a reportarse entre muchos de los proveedores de atención médica y de hecho se observa un aumento de la publicación de trabajos relacionados con el tema<sup>33</sup>.

Aún resta un arduo trabajo para reducir el estigma cultural que recae sobre las personas con exceso de peso. El compromiso debería ser colectivo, y con un estado comprometido con la construcción de políticas públicas que contribuyan a generar un cambio cultural.

Detectar la presencia de estigma y realizar intervenciones dirigidas podría facilitar el tratamiento de la obesidad<sup>34</sup>. Para ello, es necesario contar con cuestionarios validados. Si bien la escala BAOP es una herramienta útil y sencilla para detectar estigma hacia las personas con obesidad, consideramos necesario seguir desarrollando instrumentos más abarcativos y específicos para la población local.

Señalamos como principal limitación del estudio el proceso de selección de la muestra, que no se tomó de forma aleatoria. Por otra parte, no se evaluaron en el presente trabajo otros tipos de validez como el juicio de expertos y la validez aparente.

## CONCLUSIONES

Este trabajo brinda la validación al español de la escala BAOP con niveles aceptables de validez y confiabilidad para evaluar el estigma hacia personas con obesidad en profesionales de la salud de habla hispana. En relación con la etiopatogenia de la enfermedad, los participantes consideran que la obesidad se debe mayormente a la presencia de malos hábitos alimenticios y sedentarismo.

### Financiamiento

Esta investigación no recibió financiamiento.

### Declaración de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS

1. Teachman BA, Brownell KD (2001) Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord* 25: 1525-3.
2. Himes SM, Thompson JK. Fat stigmatization in television shows and movies: a content analysis. *Obesity* 2007; 15:712-8.
3. Tomiyama A. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the cyclic Obesity/weight-based stigma model. *Appetite* 2014; 82: 8-15. doi: 10.1016/j.appet.2014.06.108
4. World Health Organization. Regional Office for Europe. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/351026/WeightBias.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf). Recuperado el 4 de junio de 2021.
5. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*. 2015; 33(7):673-89.
6. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 2001;27:363-385.
7. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI. Discursos discriminatorios y gordofobia; 2020.
8. Kaplan LM, Golden A, Kimberly J, Kolotkin RL, Kyle TK, Look M, Nadglowski J, O'Neil PM, Parry T, Tomaszewski KJ, Stevenin B, Lilleøre SK, Dhurandhar NV Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study Obesity. 2018;26(1):61-69.
9. Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(2):117-27.
10. Major B, Tomiyama AJ, Hunger JM. The negative and bidirectional effects of weight stigma on health. In: Major B, Dovidio JF, Link BG, editors. *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*; 2018;499-519.
11. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity*. 2011;19(10):1957–1962. doi: 10.1038/oby.2011.204.
12. Han S, Agostini G, Brewis AA, Wutich A. Avoiding exercise mediates the effects of internalized and experienced weight stigma on physical activity in the years following bariatric surgery. *BMC Obes*; 2018; 5:18.
13. Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol*. 2008;13(1):131–138. doi: 10.1177/1359105307084318.
14. Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. Perceived weight discrimination and C-reactive protein. *Obesity*. 2014; 22:1959-1961. <https://doi.org/10.1002/oby.20789>
15. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity*. 2009;17(11):2033-2039. doi: 10.1038/oby.2009.131.
16. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009;17(5):941-64.
17. Crandall, CS (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 882-894.
18. Allison, DB, Basile, VC, and Yuker, H. E. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*. 1991; 10(5), 599-607.
19. Morrison TG, O'Connor WE. Psychometric properties of a scale measuring negative attitudes toward overweight individuals. *J Soc*

- Psychol. 1999;139(4):436-45. doi: 10.1080/00224549909598403. PMID: 10457760.
20. Lewis RJ, Cash TF, Jacobi L, Bubb-Lewis C. Prejudice toward fat people: the development and validation of the antifat attitudes test. *Obes Res.* 1997;5(4):297-307. doi: 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x. PMID: 9285835.
  21. Bacon, J. G., Scheltema, K. E., & Robinson, B. E. Fat Phobia Scale Revisited: The Short Form. *International Journal of Obesity.* 2001; 25, 252-257. doi.org/10.1038/sj.ijo.0801537
  22. Stewart SJF, Ogden J. What are weight bias measures measuring? An evaluation of core measures of weight bias and weight bias internalization. *Health Psychology Open.* 2021. DOI: 10.1177/20551029211029149.
  23. Alejandro Magallares and Jose-Francisco Morales. Spanish adaptation of the Antifat Attitudes Scale / Adaptacion al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos. *Revista de Psicologia Social / International Journal of Social Psychology,* 2014http://dx.doi.org/10.1080/02134748.2014.972707
  24. Tsai MC, Strong C, Latner JD et al. Attitudes toward and beliefs about obese persons across Hong Kong and Taiwan: wording effects and measurement invariance. *Health Qual Life Outcomes;* 2019; 17, 134.
  25. Dedeli, O, Bursalioglu, SA, Deveci, A. Validity and reliability of the Turkish version of the attitudes toward obese persons scale and the beliefs about obese persons scale. *Clinical Nursing Studies;* 2014.
  26. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity.* 2006;14:1802-15.
  27. Puhl, RM, Heuer, CA "Obesity stigma: important considerations for public health". *American Journal of Public Health* 6; 2010; 1019-1028.
  28. Repullo Labrador JR. "Políticas tutelares asimétricas: conciliando preferencias individuales y sociales en salud pública". *Gaceta Sanitaria* 4. 2009; 344.
  29. Hruby A, Hu FB. *The Epidemiology of Obesity: A Big Picture.* *Pharmacoeconomics.* 2015;33(7):673-89.
  30. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design.* Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1996.
  31. Lake A, Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *J R Soc Promot Health.* 2006;126(6):262-7.
  32. Rebecca M Puhl, Joerg Luedicke, Carlos M Grilo Obesity bias in training: attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines *Obesity (Silver Spring);* 2014;22(4):1008-15.
  33. Kaplan LM, Golden A, Jinnett K, Kolotkin RL, Kyle TK, Look M, Nadglowski J, O'Neil PM, Parry T, Tomaszewski KJ, Stevenin B, Lilleøre SK, Dhurandhar NV. Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study. *Obesity (Silver Spring);* 2018;26(1):61-69.
  34. 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.;* 2015;16(4):319-26.

## TABLAS Y FIGURAS

**Tabla 1.** Descripción de los ítems de la encuesta en su traducción al español

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

**Tabla 2.** Descripción de las variables en la muestra

	n (%)	Edad		IMC		Años de recibido	
		M (DE)	Rango	M (DE)	Rango	M (DE)	Rango
<b>Sexo</b>							
Femenino	133 (71.5%)	38.34 (10.41)	23 – 71	23.49 (3.84)	17.57 - 41.72	12.25 (10.37)	0 - 45
Masculino	53 (28.5%)	46.30 (13.89)	24 – 78	27.00 (3.70)	20.45 - 38.06	19.74 (14.16)	0 - 50
<b>Especialidad</b>							
Méd. no especialista	122 (65.6%)	41.61 (12.29)	24 – 78	24.94 (4.11)	17.57 - 38.06	15.00 (12.43)	0 - 50
Méd. especialista	28 (15.1%)	46.36 (9.85)	29 – 67	24.00 (3.24)	19.63 - 32.41	20.00 (10.28)	3 - 40
Lic. en nutrición	35 (18.8%)	32.66 (8.68)	23 – 62	23.09 (4.29)	19.11 - 41.72	7.89 (9.00)	1 - 40
<b>Tratamiento de peso</b>							
No	75 (40.32%)	39.40 (13.19)	23 – 78	25.27 (4.73)	17.57 - 41.72	12.60 (13.22)	0 - 50
Sí	111 (59.7%)	41.42 (11.16)	24 – 71	23.94 (3.56)	18.21 - 33.15	15.59 (11.05)	1 - 45
<b>IMC grupo</b>							
Normopeso (IMC < 25)	113 (60.8%)	38.03 (10.85)	23 – 78	21.87 (1.88)	17.57 - 24.91	12.08 (10.39)	0 - 48
Sobrepeso (IMC ≥ 25)	54 (29.0%)	44.31 (12.39)	25 – 74	26.97 (1.35)	25.00 - 29.59	17.63 (13.43)	0 - 50
Obesidad (IMC ≥ 30)	19 (10.2%)	45.17 (13.42)	25 – 71	33.01 (2.89)	30.07 - 41.72	18.84 (14.06)	1 - 45

**Tabla 3.** Descripción de las puntuaciones de las escalas BAOP y AFA

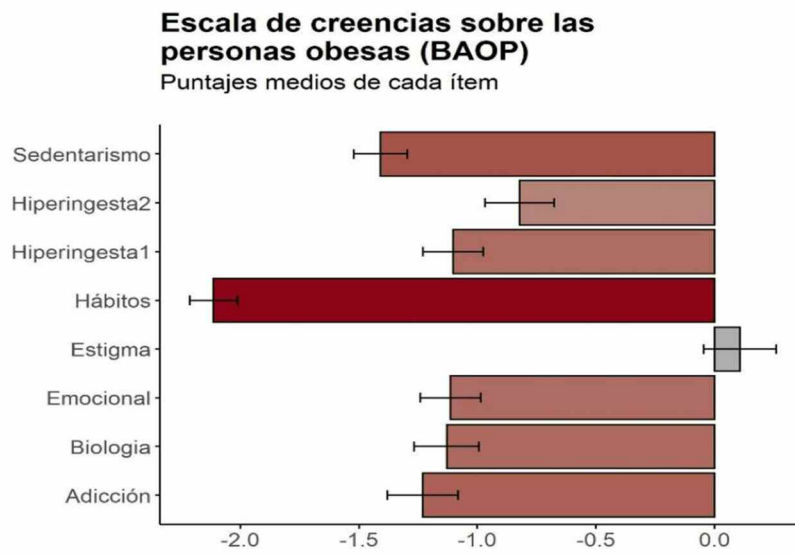
	BAOP		AFA		Antipatía	Miedo	Voluntad
	M (DE)	Rango	M (DE)	Rango	M (DE)	M (DE)	M (DE)
<b>Sexo</b>							
Femenino	15.27 (7.39)	Mar-45	2.47 (0.84)	1 - 4.69	1.85 (0.80)	4.05 (2.03)	3.21 (1.39)
Masculino	14.98 (6.55)	Mar-36	2.69 (0.95)	1.23 - 5.69	2.03 (0.94)	4.11 (1.93)	3.85 (1.46)
<b>Especialidad</b>							
Méd. no especialista	15.52 (7.31)	Mar-45	2.66 (0.87)	1.23 - 5.69	1.97 (0.97)	4.25 (1.88)	3.65 (1.42)
Méd. especialista	14.36 (6.43)	May-36	2.41 (0.96)	1.08 - 4.77	1.91 (0.83)	4.04 (2.13)	3.00 (1.44)
Lic. en nutrición	14.71 (7.32)	Jun-36	2.19 (0.73)	1.23 - 3.85	1.65 (0.52)	3.43 (2.24)	2.81 (1.28)
<b>Tratamiento de peso</b>							
No	15.25 (7.56)	Mar-45	2.64 (0.77)	1.23 - 4.62	1.90 (0.77)	4.17 (2.01)	3.71 (1.28)
Sí	15.14 (6.89)	Mar-37	2.46 (0.93)	1.08 - 5.69	1.90 (0.89)	4.00 (2.00)	3.18 (1.50)
<b>IMC grupo</b>							
Normopeso (IMC < 25)	15.38 (7.14)	Mar-45	2.47 (0.83)	1.08 - 4.69	1.88 (0.78)	3.89 (2.08)	3.25 (1.37)
Sobrepeso (IMC ≥ 25)	15.21 (7.49)	Mar-36	2.64 (0.94)	1.23 - 5.69	1.94 (0.97)	4.54 (1.88)	3.62 (1.49)
Obesidad (IMC ≥ 30)	13.89 (6.32)	May-26	2.59 (0.91)	1.54 - 4.77	1.85 (0.88)	3.79 (1.69)	3.60 (1.61)
<b>Total</b>	<b>15.19 (7.14)</b>	<b>Mar-45</b>	<b>2.53 (0.87)</b>	<b>1.08 - 5.69</b>	<b>1.90 (0.84)</b>	<b>4.07 (2.00)</b>	<b>3.39 (1.44)</b>

**Tabla 4.** Cargas factoriales resultantes del análisis factorial exploratorio estimados a partir de máxima verosimilitud

	Factor1	Factor2	Factor3
Ítem 1 - Emoción			.30
Ítem 2 - Biología			.84
Ítem 3 - Hiperíngesta		.96	
Ítem 4 - Sedentarismo	.46		
Ítem 5 - Hiperíngesta		.42	
Ítem 6 - Hábitos	.75		
Ítem 7 - Estigma			.19
Ítem 8 - Adicción	.47		



**Figura 1.** Puntajes medios para cada ítem de la escala de creencias sobre personas obesas (BAOP). Puntajes medios más bajos reflejan mayor creencia acerca de la afirmación, excepto en los ítems invertidos



Nota: las barras de error muestran el error estándar de la media