

Determinantes de una intervención pesocentrada en la práctica médica: Un estudio basado en viñeta clínica

Fernanda Bastías-González^{1,2,3,a,c,d,*}, Daniela Gómez-Pérez^{1,2,b,d}.

Determinants of a Weight-Centered Clinical Approach in Medical Practice: A Vignette-Based Study

RESUMEN

El estigma de peso constituye un determinante social que impacta negativamente en la calidad de la atención médica, particularmente cuando se expresa en decisiones clínicas que priorizan el peso corporal como indicador principal de salud. Esta práctica, denominada pesocentrismo, puede generar intervenciones inapropiadas y reforzar inequidades en salud. **Objetivo:** Identificar las variables personales y profesionales que predicen un enfoque pesocentrado en una situación clínica simulada de lumbalgia, mediante el uso de una viñeta estandarizada. **Método:** Estudio transversal y correlacional con 79 médicos/as que residen en Chile. Se utilizó una viñeta clínica validada y escalas de creencias atribucionales y actitudes hacia el tratamiento de la obesidad. Se aplicó regresión lineal múltiple jerárquica en cuatro bloques, incorporando remuestreo bootstrap (5.000 repeticiones) para estimaciones robustas. **Resultados:** El modelo final explicó el 52,5% de la varianza del pesocentrismo clínico. Las creencias que responsabilizan individualmente a los/as pacientes por su obesidad ($\beta = 0,382$; $p^* = 0,021$) y las actitudes negativas hacia su tratamiento ($\beta = 0,276$; $p^* = 0,087$) fueron los predictores más relevantes. Variables sociodemográficas como género o IMC perdieron significación al considerar estos factores actitudinales. No se observaron efectos significativos de variables profesionales. **Conclusión:** Los resultados evidencian que las creencias y actitudes internalizadas sobre la obesidad son claves para comprender el pesocentrismo en contextos clínicos, incluso cuando el motivo de consulta no justifica focalizar

¹Laboratorio de Estigma, Discriminación, Salud y Alimentación, Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera. Temuco, La Araucanía, Chile.

²Programa de Doctorado en Psicología, Universidad de La Frontera. Temuco, La Araucanía, Chile.

³Carrera de Nutrición y Dietética, Departamento de Procesos Diagnóstico y Evaluación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Temuco, Región de la Araucanía, Chile.

^aNutricionista.

^bPsicóloga.

^cMagíster en Psicología.

^dDoctora en Psicología.

*Correspondencia: Fernanda Bastías González / f.bastias03@ufromail.cl
Montevideo 0830, Temuco, Chile.

Financiamiento: Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) a través de la Beca de Doctorado Nacional Folio N° 21241321. Financiado (parcialmente) por la Universidad de La Frontera, Apoyo TD23-0011.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 11 de junio de 2025.
Aceptado: 10 de noviembre de 2025.

la atención en el peso. Este estudio aporta evidencia empírica local sobre un fenómeno poco explorado en Chile y refuerza la necesidad de incorporar marcos formativos que promuevan una atención crítica, no estigmatizante y centrada en la persona. Futuros estudios podrían explorar intervenciones educativas y el impacto del pesocentrismo en decisiones clínicas longitudinales.

Palabras clave: Actitud del personal de salud; Obesidad; Prejuicio; Simulación médica; Toma de decisiones clínicas.

ABSTRACT

Weight stigma is a social determinant that negatively impacts the quality of medical care, particularly when it manifests in clinical decisions that prioritize body weight as the primary indicator of health. This practice, referred to as weight-centered care, can lead to inappropriate interventions and reinforce health inequities. **Aim:** To identify the personal and professional variables that predict a weight-centered approach in a simulated clinical case of low back pain, using a standardized vignette. **Method:** Cross-sectional and correlational study with 79 medical residents in Chile. A validated clinical vignette was used along with scales assessing attributional beliefs and attitudes toward obesity treatment. A hierarchical multiple linear regression was conducted in four blocks, with bootstrap resampling (5,000 iterations) applied for robust estimations. **Results:** The final model explained 52.5% of the variance in clinical weight-centeredness. Beliefs that individually blame patients for their obesity ($\beta = 0.382$; $p^* = 0.021$) and negative attitudes toward its treatment ($\beta = 0.276$; $p^* = 0.087$) were the most relevant predictors. Sociodemographic variables such as gender or BMI lost significance when these attitudinal factors were considered. No significant effects were found for professional variables. **Conclusion:** Findings show that internalized beliefs and attitudes about obesity are key to understanding weight-centered decision-making in clinical settings, even when weight is not relevant to the presenting complaint. This study provides local empirical evidence on an underexplored phenomenon in Chile and underscores the need to incorporate training frameworks that promote critical, non-stigmatizing, and person-centered care. Future research could explore educational interventions and the impact of weight-centered approaches on longitudinal clinical decisions.

Keywords: Attitude of Health Personnel; Clinical Decision-Making; Obesity; Simulation Training; Weight Prejudicial.

La obesidad es una condición de alta prevalencia a nivel mundial. Se estima que para el año 2030 habrá más de 385 millones de personas con obesidad clase II o superior, lo que representa un aumento cercano al 150% en los últimos 20 años¹. En Chile, el 83% de los adultos presenta un índice de masa corporal (IMC) igual o superior al rango de sobrepeso¹.

Aunque la obesidad ha sido abordada desde múltiples disciplinas, su definición ha evolucionado hacia una concepción más compleja, que reconoce el exceso de adiposidad con o sin alteraciones funcionales del tejido adiposo². Actualmente, existe consenso en considerar el IMC como una herramienta útil a nivel poblacional, pero insuficiente como indicador de salud individual³.

En este contexto, el estigma de peso ha emergido como un factor crítico en la perpetuación de desigualdades en salud⁴. Este se manifiesta mediante estereotipos, prejuicios y tratos discriminatorios hacia personas con cuerpos grandes, generando consecuencias negativas en su salud física, psicológica y conductual⁵. Uno de los contextos más relevantes donde se evidencia el estigma de peso es el ámbito sanitario, donde estudios han documentado que profesionales médicos/as presentan niveles de sesgo comparables a los de la población general, afectando el tipo de intervención ofrecida a personas con obesidad⁶.

La percepción y anticipación de experiencias estigmatizantes en contextos de atención médica se ha vinculado con consecuencias perjudiciales en la salud de los/as usuarios/as, incluyendo la evitación de controles, la discontinuidad en los tratamientos y el estrés asociado a la atención^{7,8}. A su vez, el sesgo de peso por parte de profesionales se ha asociado con prácticas clínicas inadecuadas, como menor dedicación de tiempo, omisión de procedimientos o diagnósticos erróneos, debido a la presunción de que el peso corporal es la causa principal de los problemas de salud^{9,10}.

En el entorno clínico, es frecuente atribuir la obesidad a la responsabilidad individual del/la consultante de salud, especialmente a conductas como el sedentarismo o la ingesta excesiva, sin considerar factores sociales, genéticos o estructurales^{2,3}. Estas creencias atribucionales suelen

estar acompañadas de estereotipos sobre la falta de voluntad en las personas con obesidad, lo que puede dar lugar a intervenciones pesocentradadas. En este estudio, el pesocentrismo se define como el grado en que un profesional sanitario considera el peso corporal como el principal o único indicador del estado de salud general de un/a consultante y el principal parámetro a modificar en las recomendaciones de cuidado de la salud¹¹.

Diversos factores personales y profesionales podrían influir en la adopción de un enfoque pesocentrado. Por ejemplo, características sociodemográficas como el género, la edad y el propio IMC del/la profesional han sido asociadas a distintas actitudes hacia la obesidad, aunque los hallazgos siguen siendo inconsistentes^{12,13}. A nivel individual, experiencias personales como estar actualmente a dieta, haber intentado perder peso o haber tenido antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden estar relacionadas con una mayor internalización de creencias normativas sobre el cuerpo y la salud, lo que también podría influir en la toma de decisiones clínicas¹⁴. Del mismo modo, características laborales como los años de ejercicio profesional, el tipo de formación o el sector del sistema de salud donde se desempeñan han sido identificadas como posibles fuentes de sesgo en la atención^{15,16}.

Entre los factores más relevantes se encuentran las creencias sobre las causas de la obesidad, particularmente aquellas que responsabilizan exclusivamente al/la paciente¹⁷, y las actitudes negativas hacia su tratamiento, como la percepción de escasa motivación o adherencia¹⁸. Estas variables han demostrado ser determinantes del sesgo clínico y del uso de intervenciones centradas exclusivamente en la reducción de peso¹¹.

A nivel internacional, el pesocentrismo ha sido ampliamente documentado como una manifestación frecuente del sesgo de peso en la práctica clínica^{9,19,20}. Sin embargo, en Chile existe escasa evidencia empírica que explore sus predictores, especialmente en situaciones clínicas en las que el motivo de consulta no está relacionado con el peso corporal. Identificar estos factores resulta clave para diseñar estrategias formativas e institucionales que reduzcan el sesgo en contextos sanitarios.

Por ello, el objetivo de este estudio fue identificar las variables personales y profesionales que predicen un enfoque pesocentrado en una situación clínica simulada de lumbalgia, mediante el uso de una viñeta estandarizada. Se planteó como hipótesis que variables sociodemográficas, antecedentes personales y laborales, así como creencias y actitudes hacia la obesidad, se asociarían de manera significativa con la probabilidad de adoptar un enfoque de intervención pesocentrado.

Métodos

Participantes

En el presente estudio transversal, correlacional y multivariado, se enrolaron setenta y nueve médicos/as que ejercen su profesión en Chile, reclutados mediante un muestreo no probabilístico intencionado a través de correos institucionales y bases públicas del país. El criterio de inclusión para el estudio fue que debían ser médicos/as que se encontraran ejerciendo su profesión en Chile. El criterio de exclusión fue contar con una condición física que impidiera responder los cuestionarios. De la muestra total, el promedio de edad fue de 37,67 años (DE= 11,47), el 76% mujeres y 24% hombres; el 68,8% llevaba diez o menos años ejerciendo y el 63,2% trabajaba principalmente en el sector público de salud (Tabla 1).

Instrumentos

Sociodemográficos: Se midieron variables tales como la edad, sexo, años de ejercicio de la disciplina, sector en el que trabaja, área de la medicina en la que se desempeña, entre otras.

Escala de factores de obesidad^{16,21}: Compuesta originalmente de 11 ítems que evalúan el grado de importancia de diversas causas de la obesidad (ej: "inactividad física"). El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco alternativas que van de 1= para nada importante a 5= extremadamente importante. Para este estudio solo se utilizaron 5 ítems, los que mediante un análisis factorial exploratorio (AFE), se agruparon en un factor con cargas factoriales que oscilan entre 0,549 y 0,766. Asimismo, se observó una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,779$ y $\omega = 0,780$).

Escala de actitudes hacia el tratamiento de la obesidad²¹: Compuesta originalmente por 20 ítems que miden las actitudes hacia el tratamiento de la obesidad. Dado que las afirmaciones pueden ser neutras, positivas o negativas, se retuvieron 9 ítems, en los que, a mayor puntaje, más negativa son las actitudes hacia el tratamiento de la obesidad, (ej: "Tengo reacciones negativas hacia la apariencia de personas con obesidad"). El formato de respuesta es de tipo Likert de cinco puntos que va de 1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo. Una vez realizado AFE se observó que todos los ítems seleccionados se agrupan en un solo factor, se eliminaron dos por carga factorial $<0,30$ (ítem 12-17), mientras que las demás oscilaron entre 0,381 y 0,853, obteniendo siete ítems finales. La consistencia interna fue adecuada ($\alpha = 0,806$ y $\omega = 0,806$).

Viñeta de caso clínico de Lumbalgia (elaboración propia)

Bajo la metodología de viñeta clínica para el estudio de decisiones clínicas²², se construyó una viñeta con la finalidad de evaluar el grado de pesocentrismo en médicos con respecto a un caso clínico simulado de una persona con obesidad según IMC que consultaba por una lumbalgia. En la viñeta se presentó información comúnmente reportada en casos de telemedicina y el único indicador que estaba alto, era el IMC (Figura 1). El proceso de validación de la viñeta clínica se realizó en dos fases: (a) una validación de contenido mediante juicio de personas expertas en metodología, investigación, medicina y psicometría, y (b) un pilotaje cognitivo con estudiantes de medicina de quinto a séptimo año, quienes además de responder la viñeta entregaron retroalimentación cualitativa sobre la claridad y coherencia del caso, la redacción de los ítems y la experiencia de interacción con la plataforma de telemedicina diseñada especialmente para este estudio. Este procedimiento permitió garantizar la validez de contenido, la comprensión de los ítems y la adecuación de la plataforma digital antes de su aplicación definitiva.

Para dar respuesta a la viñeta, se creó una escala de 12 ítems con un formato de respuesta

Lea atentamente la siguiente ficha clínica de un caso hipotético, esto le permitirá formarse una idea del caso a partir del cual le harán algunas preguntas. Una vez haya seleccionado "continuar" puede volver a revisar la ficha clínica en "Ver datos de la Viñeta".

Ficha Clínica

Información General

Nombre ID Género Fecha de nacimiento Edad Procedencia

Motivo de la consulta

M.T.G., acude a la consulta médica porque ha estado experimentando dolor en la región lumbar durante las últimas dos semanas debido a un sobreesfuerzo físico. Manifiesta que el dolor es constante y punzante, empeorando al estar de pie o al levantar objetos pesados. Al examen físico, se encuentra tensión muscular en la región lumbar, limitación en la movilidad de la columna vertebral, especialmente al inclinarse hacia adelante o hacia los lados. No hay signos de sensibilidad excesiva y ausencia de síntomas neurológicos como debilidad muscular o pérdida de sensibilidad en las extremidades por lo que se diagnostica lumbalgia aguda.

Antecedentes Médicos

Alergias Otras enfermedades: Medicamentos: Peso:

Talla: IMC: PA: Estado del Perfil Lipídico: Hábito Tabáquico:

Hábito Etílico:

Figura 1: Viñeta caso simulado de lumbalgia. Nota. Elaboración propia. IMC= Índice de masa corporal, PA= Presión arterial.

tipo Likert de cinco puntos, en donde 1= Muy improbable y 5= Muy probable. Debían responder a la siguiente consigna: "A partir de la información contenida en la ficha de la consultante ¿qué tan probable es que usted le prescriba las siguientes indicaciones de tratamiento inicial?".

Seis ítems hacían alusión a recomendaciones sugeridas en guías clínicas y seis ítems fueron creados en base a recomendaciones pesocentradadas que no tienen evidencia científica como indicación primaria del tratamiento en la lumbalgia^{23,24,25}. Para este estudio solo fueron utilizados los ítems con indicaciones pesocentradadas, un ejemplo de ítem es "Recomendar que el estado nutricional se sitúe en un rango de normalidad según índice de masa corporal". Tras un AFE, los seis ítems pesocentradados se agruparon en el mismo factor, sus cargas factoriales oscilaron entre 0,575 y 0,920 y la consistencia interna fue excelente ($\alpha=0,915$ y $\omega=0,912$).

Procedimiento

Tras la sociabilización y reclutamiento de participantes mediante redes sociales, correos institucionales y bases de datos públicas de médicos/as de Chile, quienes accedieron a participar, lo hicieron ingresando a una plataforma electrónica creada para estos fines. En esta página se integraron el consentimiento informado (CI), la viñeta previamente validada y los instrumentos psicométricos ya reportados. La investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera (Acta Folio N°121_23).

Plan de análisis

Los análisis fueron realizados con el software estadístico JASP v.0.19.3. Para la toma de decisiones estadísticas se consideró un nivel de significación alfa de 0,05.

Se realizaron análisis descriptivos para caracterizar a la muestra. Posteriormente, se aplicaron

AFE y se estimó la confiabilidad de los instrumentos mediante alfa de Cronbach y omega de McDonald²⁶.

Se estimaron correlaciones de Pearson entre las variables predictoras y la variable dependiente correspondiente al pesocentrismo clínico en un caso de lumbalgia. Para las variables sociodemográficas con más de dos categorías, se generaron variables dummy para su inclusión en los modelos²⁷.

Para probar el objetivo principal del estudio, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple jerárquica, en el cual se ingresaron los predictores en cuatro bloques: 1) variables sociodemográficas; 2) conductas alimentarias del médico/a; 3) antecedentes profesionales; y 4) creencias sobre las causas de la obesidad y actitudes negativas hacia su tratamiento.

Previamente, se verificaron los supuestos requeridos para la técnica de análisis²⁸, incluyendo la linealidad, normalidad de los residuos, homocedasticidad, independencia de errores (Durbin-Watson) y ausencia de multicolinealidad (VIF<10).

Se reportaron los coeficientes de determinación (R^2), coeficientes estandarizados (β) y coeficientes de correlación semiparcial al cuadrado (sr^2) para informar el porcentaje de varianza única explicada por cada predictor. Adicionalmente, dado el tamaño muestral y el número de predictores considerados, se utilizó bootstrap con 5000 remuestros para obtener estimaciones robustas de los coeficientes no estandarizados (B), valores p corregidos (p^*) e intervalos de confianza del 95% corregidos por sesgo (BCa)²⁹.

Resultados

En las tablas 1 y 2 se presentan las características descriptivas y las correlaciones bivariadas entre las variables del estudio. Se observó que el pesocentrismo en la toma de decisiones clínicas frente a un caso de lumbalgia se asoció negativamente con el género ($r = -0,226$, $p = 0,046$), el IMC ($r = -0,247$, $p = 0,028$) y los antecedentes de TCA ($r = -0,232$, $p = 0,039$), lo que sugiere que ser mujer, tener un

IMC más alto o haber presentado antecedentes de TCA se relaciona con una menor tendencia al enfoque de intervención pesocentrado. En contraste, se observaron correlaciones positivas con las creencias sobre las causas de la obesidad ($r = 0,625$, $p < 0,001$) y con actitudes negativas hacia su tratamiento ($r = 0,536$, $p < 0,001$), lo cual indica que una mayor adhesión a estas creencias se asocia con niveles más altos de pesocentrismo clínico.

Se verificó el cumplimiento de todos los supuestos estadísticos para regresión lineal múltiple, incluyendo normalidad de los errores, homocedasticidad, linealidad, independencia de residuos y ausencia de multicolinealidad. No se identificaron valores atípicos ni observaciones influyentes. El estadístico de Durbin-Watson ($DW = 2,12$; $p = 0,581$) indicó ausencia de autocorrelación en los residuos. Dado el tamaño muestral y el número de predictores considerados, se utilizó remuestreo bootstrap (5.000 repeticiones) para estimar intervalos de confianza corregidos por sesgo (IC BCa) y valores p robustos.

El análisis de regresión jerárquica se realizó en cuatro bloques. El primero incluyó variables sociodemográficas (sexo, edad e IMC), el modelo fue significativo, $F(3,75) = 4,06$, $p = 0,010$; tanto el género como el IMC predijeron significativamente el nivel de pesocentrismo. En el segundo bloque, se incorporaron variables relacionadas con la conducta alimentaria (intención de bajar de peso, estar actualmente a dieta y antecedentes de TCA), manteniéndose la significación global del modelo, $F(6,72) = 3,09$, $p = 0,009$, aunque el incremento en la varianza explicada no fue estadísticamente significativo ($R = 0,065$, $p = 0,126$). El tercero incorporó variables profesionales (años de ejercicio, curso de especialidad, área privada/pública), resultando en un modelo globalmente significativo, $F(9,69) = 2,77$, $p = 0,008$, aunque el aumento incremental en R^2 nuevamente no alcanzó significancia ($R = 0,060$, $p = 0,141$). Finalmente, el cuarto bloque añadió las creencias sobre las causas de la obesidad y las actitudes negativas hacia su tratamiento, lo que produjo un

aumento significativo en la capacidad predictiva del modelo, $F(11,67)=6,74$, $p<0,001$. El modelo final explicó el 52,5% de la varianza total del pesocentrismo clínico, con un R^2 ajustado de 0,448. Este incremento ($R=0,260$, $p<0,001$) fue el más sustantivo entre todos los bloques, lo que refuerza la relevancia explicativa de los factores actitudinales (Tabla 3).

En el modelo final, las asociaciones previamente significativas del género y el IMC perdieron relevancia estadística al incorporar creencias y actitudes, lo cual sugiere un posible

efecto mediador de estas últimas. En particular, las creencias sobre causas individuales de la obesidad fueron el predictor más robusto del pesocentrismo ($\beta=0,382$; $p=0,019$), con un intervalo de confianza (IC) corregido por bootstrap que no incluye el cero ($IC_{95\%} BCa= [0,218, 1,051]$; $p^*=0,021$). Las actitudes negativas hacia el tratamiento de la obesidad también mostraron una asociación positiva ($\beta=0,276$; $p=0,039$), aunque su IC bootstrap incluyó el cero ($IC_{95\%} BCa= [-0,051, 0,710]$; $p^*=0,087$), por lo que este resultado debe interpretarse con cautela.

Tabla 1. Descriptivos de caracterización de la muestra.

Variable	Rango	Media (DE)
Edad	23 - 74	37,671 (11,473)
Índice de masa corporal (IMC)	18,871 – 36,650	26,298 (4,191)
	N	Porcentaje (%)
Género		
Femenino	60	75,949
Masculino	19	25,051
Orientación sexual		
Heterosexual	71	89,8
Gay/Lesbiana	2	2,5
Bisexual	6	7,5
Nacionalidad chilena		
Sí	76	96,203
No	3	3,797
Pertenencia a pueblo originario		
No pertenece	71	89,8
Mapuche	7	8,8
Otro	1	1,2
Región residencia		
Región de Valparaíso	2	2,532
Región Metropolitana	30	37,975
Región del Bío-Bío	1	1,266
Región de La Araucanía	42	53,165
Región de Los Ríos	1	1,266
Región de Los Lagos	2	2,532
Región de Magallanes	1	1,266
Nivel socioeconómico		
Medio	8	10,127
Medio alto	32	40,506
Alto	35	44,304
Muy alto	4	5,063

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Determinantes de una intervención pesocentrada en la práctica médica: Un estudio basado...- F. Bastías-González, et al.

... continuación tabla 1.

Variable	Rango	Media (DE)
Edad	23 - 74	37,671 (11,473)
Índice de masa corporal (IMC)	18,871 – 36,650	26,298 (4,191)
	N	Porcentaje (%)
Estado civil		
Soltero/a	27	34,177
En pareja	19	24,051
Casado/a	29	36,709
Divorciado	3	3,797
Otro	1	1,266
Afiliación médica		
Fonasa	20	25,316
Isapre	59	74,684
Presencia de diagnóstico médico		
Si	32	40,5
No	47	59,4
Se encuentra con tratamiento por el diagnóstico médico que tiene		
Si	40	50,6
No	17	21
No tiene diagnóstico	22	27,8
Intenciones de bajar peso corporal		
Si	49	62
No	30	37,9
Actualmente realizando dieta restrictiva		
Si	26	32,9
No	53	67
Antecedente de TCA a lo largo de la vida		
Si	21	26,58
No	58	73,4
Años ejerciendo medicina		
1-3	24	30
4-6	9	11
7-10	22	27,8
11-15	4	5
15-20	5	6
>20	15	18,8
Tiene especialidad		
Si	44	55,6
No	35	44
Área principal de trabajo		
Sector público	45	56,9
Mayormente público	5	6,3
Sector privado	11	13,9
Mayormente privado	3	3,7
50% público y 50% privado	15	18,9

Nota. Elaboración propia. TCA= Trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre las variables del estudio.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Pesocentrismo	—											
2. Género ^a	-0,226* [-0,411, -0,009]	—										
3. Edad	0,010 [-0,208, 0,204]	0,002 [-0,216, 0,206]	—									
4. IMC	-0,247* [-0,462, -0,020]	-0,198 [-0,387, -0,018]	-0,001 [-0,161, 0,166]	—								
5. Intención bajar peso	0,137 [-0,093, 0,358]	-0,196 [-0,382, 0,011]	-0,050 [-0,285, 0,162]	-0,216 [-0,438, 0,007]	—							
6. Está a dieta	0,025 [-0,187, 0,216]	-0,110 [-0,346, 0,122]	-0,105 [-0,352, 0,128]	-0,198 [-0,394, 0,012]	0,493*** [0,344, 0,629]	—						
7. Antecedente TCA	-0,232* [-0,466, 0,021]	0,070 [-0,158, 0,260]	-0,020 [-0,213, 0,198]	0,136 [-0,085, 0,357]	0,181 [-0,069, 0,400]	-0,061 [-0,286, 0,161]	—					
8. Tiempo ejercido >11 años	0,050 [-0,183, 0,270]	0,050 [-0,173, 0,256]	0,806*** [0,742, 0,871]	0,468*** [0,243, 0,664]	0,083 [-0,114, 0,289]	-0,050 [-0,271, 0,165]	-0,170 [-0,367, 0,043]	—				
9. Tiene especialidad	-0,112 [-0,300, 0,104]	0,004 [-0,215, 0,235]	0,532*** [0,430, 0,636]	0,379*** [0,181, 0,566]	-0,096 [-0,322, 0,124]	-0,240* [-0,450, -0,035]	-0,281* [-0,492, -0,067]	0,448*** [0,272, 0,605]	—			
10. Área principal ^b	-0,113 [-0,337, 0,118]	0,060 [-0,166, 0,272]	0,499*** [0,290, 0,671]	-0,073 [-0,301, 0,157]	0,332** [0,102, 0,562]	0,055 [-0,140, 0,274]	0,005 [-0,205, 0,231]	-0,170 [-0,367, 0,043]	-0,129 [-0,353, 0,091]	—		
11. Creencias causas obesidad	0,625*** [0,462, 0,758]	-0,168 [-0,372, 0,047]	-0,118 [-0,330, 0,074]	-0,196 [-0,414, 0,028]	-0,152 [-0,375, 0,088]	0,188 [-0,037, 0,415]	0,068 [-0,161, 0,289]	-0,106 [-0,337, 0,109]	-0,120 [-0,355, 0,103]	-0,231* [-0,414, -0,029]	—	
12. Actitudes negativas hacia el tratamiento	0,536*** [0,321, 0,694]	-0,245* [-0,440, -0,040]	-0,162 [-0,343, 0,034]	0,020 [-0,215, 0,252]	-0,169 [-0,373, 0,055]	0,226* [0,004, 0,438]	0,172 [-0,039, 0,365]	-0,019 [-0,240, 0,221]	-0,119 [-0,330, 0,108]	-0,139 [-0,352, 0,073]	0,618*** [0,480, 0,734]	—

Nota. Elaboración propia. En corchetes se indican los intervalos de confianza del 95% mediante bootstrap con 5.000 repeticiones. ***p<.001, **p<.01, *p<.05. a Género es una variable dummy, en donde es mujer es 1 y hombre es 0; b área principal es una variable dummy, en donde principalmente privada es 1 y pública es 0. IMC= Índice de masa corporal, TCA= Trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 3. Regresión múltiple jerárquica de las variables.

Modelo	R ²	ΔR ²	F	gl	β	t	p	p*	IC 95% Bootstrap [BCa]
Bloque 1	0,140		4,058	3,75			0,010		
Género					-0,286	-2,616	0,011	0,022	[-1,231, -0,141]
Edad					0,010	0,098	0,922	0,953	[-0,024, 0,015]
IMC					-0,304	-2,780	0,007	0,004	[-0,130, -0,026]
Bloque 2	0,205	0,065	3,093	6,72			0,009		
Género					-0,248	-2,277	0,026	0,045	[-1,163, -0,016]
Edad					0,009	0,087	0,931	0,949	[-0,019, 0,015]
IMC					-0,348	-2,979	0,004	0,001	[-0,143, -0,041]
Intención bajar de peso					0,247	1,887	0,063	0,072	[-0,063, 1,123]
Está a dieta					-0,103	-0,838	0,405	0,362	[-0,794, 0,298]
Antecedente TCA					-0,136	-1,253	0,214	0,246	[-0,978, 0,207]
Bloque 3	0,265	0,260	6,744	11,67			0,008		
Género					-0,271	-2,523	0,014	0,021	[-1,237, -0,116]
Edad					-0,058	-0,302	0,763	0,655	[-0,034, 0,019]
IMC					-0,383	-3,301	0,002	<,001	[-0,164, -0,047]
Intención bajar de peso					0,198	1,518	0,133	0,170	[-0,196, 1,031]
Está a dieta					-0,118	-0,957	0,342	0,355	[-0,801, 0,296]
Antecedente TCA					-0,155	-1,415	0,162	0,211	[-1,031, 0,204]
>11 años ejerciendo					0,281	1,555	0,124	0,086	[-0,097, 1,419]
Especialidad					-0,208	-1,590	0,166	0,122	[-1,059, 0,139]
Área principal es privada					-0,108	-0,856	0,395	0,470	[-0,855, 0,372]
Bloque 4	0,525	0,000	0,064	2,305			<,001		
Género					-0,133	-1,451	0,151	0,172	[-0,788, 0,150]
Edad					0,009	0,058	0,954	0,970	[-0,029, 0,026]
IMC					-0,192	-1,913	0,060	0,046	[-0,109, -9,934x10 ⁻⁴]
Intención bajar de peso					0,038	0,344	0,732	0,756	[-0,441, 0,606]
Está a dieta					-0,077	-0,753	0,454	0,459	[-0,642, 0,289]
Antecedente TCA					-0,148	-1,642	0,105	0,224	[-0,91, 0,193]
>11 años ejerciendo					0,235	1,587	0,117	0,108	[-0,131, 1,290]
Especialidad					-0,106	-0,973	0,334	0,333	[-0,840, 0,265]
Área principal es privada					-0,110	-1,016	0,314	0,316	[-0,746, 0,225]
Causas obesidad					0,382	3,277	0,002	0,006	[0,202, 1,056]
Actitudes negativas hacia pacientes					0,254	2,100	0,039	0,082	[-0,043, 0,717]

Nota. Elaboración propia. p* corresponde al valor p ajustado mediante bootstrap con 5000 repeticiones. IMC= Índice de masa corporal, TCA= Trastorno de la conducta alimentaria.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo identificar las variables personales y profesionales que predicen un enfoque pesocentrado en una situación clínica simulada de lumbalgia, mediante el uso de una viñeta estandarizada. Los hallazgos muestran que, si bien algunas variables sociodemográficas y antecedentes individuales se correlacionaron inicialmente con el nivel de pesocentrismo, fueron las creencias causales sobre la obesidad y las actitudes negativas hacia su tratamiento las que explicaron de forma significativa la varianza del modelo final.

La atribución de causas individuales a la obesidad se relacionó con una mayor probabilidad de emitir recomendaciones pesocentradas frente a un caso donde el peso corporal no era clínicamente prioritario^{23,24,30}. Este resultado coincide con lo planteado en la literatura, donde se ha documentado que explicaciones simplificadas de la obesidad basadas en la voluntad individual pueden reforzar respuestas clínicas estandarizadas centradas exclusivamente en el peso, incluso cuando el motivo de consulta no lo justifica^{31,32}.

Del mismo modo, las actitudes negativas hacia el tratamiento de la obesidad aparecieron como una variable relevante para comprender el pesocentrismo. Estas actitudes, que incluyen una mirada escéptica respecto a la eficacia terapéutica o a la adherencia de los/as pacientes con obesidad^{10,33,34}, se han asociado en estudios previos con una menor indagación clínica, un trato menos empático y una tendencia a centrar la intervención exclusivamente en la pérdida de peso^{35,36,37}. Lo relevante es que estas actitudes conservaron su valor explicativo incluso al controlar otras variables sociodemográficas o profesionales, lo que subraya su importancia en la práctica médica cotidiana.

Respecto a las variables sociodemográficas, se encontró una asociación preliminar entre menor pesocentrismo y ser mujer o tener un IMC más alto. Esto coincide con literatura previa que ha documentado una menor expresión de sesgo en mujeres profesionales de la salud y en personas que han vivido situaciones de estigmatización por su peso^{38,39}. Sin embargo, estas asociaciones

desaparecieron en los modelos finales, lo cual sugiere que no se trata de efectos directos, sino mediados por creencias o esquemas internalizados sobre la obesidad. Desde un enfoque cognitivo-social, estos resultados refuerzan la hipótesis de que las decisiones clínicas no se explican únicamente por características individuales, sino por las estructuras de significado y atribución que los/as profesionales activan ante ciertos casos clínicos cuando se presentan antecedentes alterados como lo es el IMC, incluso si los demás se encuentran en rangos óptimos^{40,41}.

En cuanto a variables profesionales, no se hallaron asociaciones significativas entre el pesocentrismo y años de experiencia, especialidad médica ni tipo de institución donde se desempeñan. Este hallazgo coincide con estudios que cuestionan la eficacia de la formación médica tradicional para prevenir actitudes estigmatizantes^{42,43,44}. La ausencia de contenidos específicos sobre estigma de peso en los programas de formación, así como la escasa promoción de un enfoque biopsicosocial, podrían explicar que la experiencia acumulada no sea suficiente para modificar este tipo de sesgo^{45,46,47,48}. El que variables individuales sociodemográficas y profesionales no predigan directamente un enfoque pesocentrado es positivo en el sentido que son elementos difíciles de modificar, sin embargo, las actitudes y creencias, aun cuando son aspectos estables en el sistema cognitivo de las personas, son aspectos que podrían ser modificados a través de la implementación de estrategias orientadas a la reducción del estigma⁴².

Una contribución metodológica relevante de este estudio fue el desarrollo y validación inicial de una escala de pesocentrismo clínico, construida a partir de una viñeta simulada en contexto de telemedicina. Esta herramienta permitió evaluar recomendaciones clínicas en un contexto estandarizado, facilitando la identificación de patrones de respuesta vinculados a sesgos específicos. Su alta consistencia interna y la pertinencia de su diseño teórico y empírico refuerzan su potencial como instrumento para la investigación y la enseñanza clínica.

Sin embargo, este estudio presenta limita-

ciones que deben ser consideradas. En primer lugar, su diseño transversal impide establecer relaciones causales. En segundo lugar, el uso de una muestra relativamente pequeña restringe la generalización de los hallazgos. Además, si bien las viñetas clínicas permiten controlar el contexto y estandarizar la evaluación, no reemplazan la complejidad de una consulta real ni capturan la interacción médico-usuario. Futuras investigaciones deberían profundizar en estos hallazgos mediante modelos de mediación que permitan explorar los mecanismos que influyen en las actitudes y creencias hacia la obesidad.

Los resultados tienen implicancias prácticas relevantes, ya que al evidenciar que las actitudes y creencias hacia la obesidad predicen el peso-centrismo clínico, esto permite orientar programas de formación y supervisión médica enfocados en reducir sesgos, fortalecer la empatía clínica y promover decisiones diagnósticas basadas en la evidencia y no en el peso corporal. En conjunto, los hallazgos permiten avanzar en la comprensión del estigma de peso en contextos clínicos, particularmente en decisiones que, al menos teóricamente, no deberían estar influenciadas por el peso corporal. Promover una práctica clínica informada, crítica y libre de sesgos es un imperativo ético, que requiere incorporar en la formación sanitaria herramientas de autorreflexión, alfabetización crítica y marcos de atención centrados en la persona.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) a través de la Beca de Doctorado Nacional Folio N° 21241321. Financiado (parcialmente) por la Universidad de La Frontera, Apoyo TD23-0011.

Referencias

1. World Obesity Federation. *World Obesity Atlas 2025*. London; 2025.
2. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen R V, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025; 13(3): 221-262 [cited 2025 Apr 13]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213858724003164>
3. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*. 2020; 26(4): 485-497 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0803-x>
4. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma. *Am J Prev Med*. 2017; 53(4): 421-431 [cited 2022 Jan 3]. Available from: <http://www.ajpmonline.org/article/S0749379717302246/fulltext>
5. Bidstrup H, Brennan L, Kaufmann L, de la Piedad Garcia X. Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *Int J Obes*. 2022; 46(1): 1-9. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41366-021-00982-4>
6. Prunty A, Hahn A, O'Shea A, Edmonds S, Clark MK. Associations among enacted weight stigma, weight self-stigma, and multiple physical health outcomes, healthcare utilization, and selected health behaviors. *Int J Obes*. 2023; 47(1): 33-38. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41366-022-01233-w>
7. Carels RA, Byrd R, Mansour L, Metzler AL, Jansen E. The role of weight stigma and internalized weight bias in health care avoidance and mistrust. *Stigma Health*. 2024 Oct 31 [cited 2025 Apr 13]. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/sah0000578>
8. Donahue ML, Levin ME, Olson K, Panza E, Lillis J. Examining the role of experiential avoidance and valued action in the negative effects of weight self-stigma. *J Behav Med [Internet]*. 2023; 46(3): 517-24. [cited 2025 Apr 13]. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s10865-022-00378-3>
9. Dos W, André SS, Richelli T, Resende O, Berbert De Carvalho PH. Weight Stigma among Undergraduate Healthcare Students: A Vignette Study. *Obesities*. 2024; 4(3): 329-340. [cited 2025 Jun 9] Available from: <https://www.mdpi.com/2673-4168/4/3/26/htm>
10. Carrasco D, Thulesius H, Jakobsson U, Memarian E. Primary care physicians' knowledge and attitudes about obesity, adherence to treatment guidelines and association with confidence to treat obesity: A Swedish survey study. *BMC Primary Care*. 2022; 23(1): 1-12. [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01811-x>
11. Lema R. Intervenciones no pesocentristas y principios de salud en todas las tallas en el abordaje del sobrepeso y la obesidad. Revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*. 2022; 5(3): 47-57. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://revistanutricionclinica-metabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/384>
12. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: A scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 2019; 20: e116. [cited 2022 Dec 1]. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/weight-bias-and-health-care-utilization-a-scoping-review/1FC4C7CF66473AB6CFB6ED5AD2C8DD43>
13. McLean ME, McLean LE, McLean-Holden AC, Campbell LF, Horner AM, Kulkarni ML, et al. Interphysician weight

- bias: A cross-sectional observational survey study to guide implicit bias training in the medical workplace. *Academic Emergency Medicine*. 2021; 28(9): 1024-1034 [cited 2022 Jan 16]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acem.14269>
14. Bøker Lund T, Brodersen J, Sandøe P. A Study of Anti-Fat Bias among Danish General Practitioners and Whether This Bias and General Practitioners' Lifestyle Can Affect Treatment of Tension Headache in Patients with Obesity. *Obes Facts*. 2018; 11(6): 501-513. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/493373>
 15. Wang Y, Ding Y, Song D, Zhu D, Wang J. Attitudes toward obese persons and weight locus of control in Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Nurs Res*. 2016; *Nurs Res*. 2016; 65(2): 116-132
 16. Puhl RM, Luedicke J, Grilo CM. Obesity bias in training: Attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity*. 2014; 22(4): 1008-1015. [cited 2022 Apr 22]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20637>
 17. Akman M, Kivrakoğlu E, Çiçili S, Ünalın PC. Weight bias among primary care health professionals: Personal attitude matters. *Obe Metab*. 2010; 6(2-3): 63-68.
 18. Diversi TM, Hughes R, Burke KJ. The prevalence and practice impact of weight bias amongst Australian dietitians. *Obes Sci Pract*. 2016; 2(4): 456-465. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/osp4.83>
 19. Gomez G. Practicing weight-inclusive healthcare in a weight-centric field: An examination of the barriers faced by weight-inclusive healthcare practitioners in the U.S. *Fat Studies*. 2024; 13(2):153-166. [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21604851.2024.2328407>
 20. Hollett KB, Dphil JCC, Labrador C, Carter JC. Separating binge-eating disorder stigma and weight stigma: A vignette study. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(5):755-763. [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.23473>
 21. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obes Res*. 2003; 11(10): 1168-1177 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2003.161>
 22. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Blossom JB, Amaro CM, Garcia AM, et al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015; 15(2): 160-170. [cited 2025 Jun 8] Available from: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S1697260014000660>
 23. Hooten WM, Cohen SP. Evaluation and Treatment of Low Back Pain: A Clinically Focused Review for Primary Care Specialists. *Mayo Clin Proc*. 2015; 0(12): 1699-1718. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showFullText?pii=S0025619615008046>
 24. Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: A global comparison. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024; 25(1): 1-13. [cited 2025 Jun 9] Available from: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-024-07468-0>
 25. Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A, Clavero-Cano S, Pérez-González R, Martínez-Calderon J, Luque-Suarez A. Factores clínico-demográficos asociados al miedo-evitación en sujetos con lumbalgia crónica inespecífica en atención primaria: análisis secundario de estudio de intervención. *Aten Primaria [Internet]*. 2018; 51(1): 3. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6837010/>
 26. Viladrich C, Angulo-Brunet A, Doval E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de Psicología*. 2017; 33(3): 755-782.
 27. Heiberger RM, Holland B. Multiple Regression—Dummy Variables, Contrasts, and Analysis of Covariance. 2015; 315-344. [cited 2025 Jun 9] Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-2122-5_10
 28. Brenner ME. Interviewing in educational research. *Handbook of Complementary Methods in Education Research*. 2012; 357-370. [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203874769-26/linear-regression-hierarchical-linear-models-delena-harrison-stephen-raudenbush>
 29. Rousselet GA, Pernet CR, Wilcox RR. Beyond differences in means: robust graphical methods to compare two groups in neuroscience. *European Journal of Neuroscience*. 2017; 46(2): 1738-1748 [cited 2025 Jun 9]. Available from: [/doi/pdf/10.1111/ejn.13610](https://doi/pdf/10.1111/ejn.13610)
 30. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ*. 2017; 189(45): E1386-E1395. [cited 2025 Jun 9] Available from: <https://www.cmaj.ca/content/189/45/E1386>
 31. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health*. 2010; 100(6): 1019-1028. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2009.159491>
 32. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med*. 2018; 16(1): 123. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1116-5>
 33. Aker S, Şahin MK. Obesity Bias and Stigma, Attitudes, and Beliefs Among Intern Doctors: A Cross-sectional Study from Türkiye. *Obes Surg*. 2024; 34(1): 86-97. [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11695-023-06919-2>
 34. Soto L, Lilia Armendariz-Anguiano A, Bacardí-Gascón M, Cruz AJ. Beliefs, attitudes and phobias among Mexican medical and psychology students towards people with obesity. *Nutr Hosp*. 2014; 30(1): 37–41.
 35. Papadopoulou S, de la Piedad Garcia X, Brennan L. Evaluation of the psychometric properties of self-reported weight stigma measures: A systematic literature review. *Obesity Reviews*. 2021; 22(8): e13267.
 36. Meadows A, Higgs S, Burke SE, Dovidio JF, van Ryn M, Phelan SM. Social Dominance Orientation, Dispositional

- Empathy, and Need for Cognitive Closure Moderate the Impact of Empathy-Skills Training, but Not Patient Contact, on Medical Students' Negative Attitudes toward Higher-Weight Patients.* *Front Psychol.* 2017; 8(MAR): 504. [cited 2022 Apr 22] Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00504/full>
37. Lee M, Ata RN, Brannick MT. Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: A meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image.* 2014; 11(3): 251-259.
 38. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLoS One.* 2012; 7(11): e48448. [cited 2022 Nov 12] Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048448>
 39. Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics.* 2013; 26(4): 395-402. [cited 2022 Apr 22] Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.12019>
 40. Robinson KM, Robinson KA, Scherer AM, Mackin ML. Patient Perceptions of Weight Stigma Experiences in Healthcare: A Qualitative Analysis. *Health Expectations.* 2024; 27(5). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.70013>
 41. Rathbone JA, Cruwys T, Jetten J, Banas K, Smyth L, Murray K. How conceptualizing obesity as a disease affects beliefs about weight, and associated weight stigma and clinical decision-making in health care. *Br J Health Psychol.* 2023; 28(2): 291-305. Available from: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjhp.12625>
 42. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obes Rev.* 2022; 23(10): e13494. [cited 2022 Nov 10] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35934011/>
 43. Eno CA, Guck TP, Soleymani T, Ashe KM, Churchill LC, Crawford SL, et al. Medical Student Weight Bias: the Relationship of Attitudinal Constructs Related to Weight Management Counseling. *Med Sci Educ.* 2018; 28(2): 327-333. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40670-018-0546-1>
 44. Sherf-Dagan S, Kessler Y, Mardy-Tilbor L, Raziel A, Sakran N, Boaz M, et al. The Effect of an Education Module to Reduce Weight Bias among Medical Centers Employees: A Randomized Controlled Trial. *Obes Facts.* 2022; 15(3): 384-394. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/521856>
 45. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, Ball GDC, Edwards A, Jelinski S, et al. Weight bias reduction in health professionals: A systematic review. *Clin Obes.* 2016; 6(3): 175-188. [cited 2022 Apr 23] Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cob.12147>
 46. Matharu K, Shapiro JF, Hammer RR, Kravitz RL, Wilson MD, Fitzgerald FT. Reducing obesity prejudice in medical education. *Education for Health: Change in Learning and Practice.* 2014.
 47. Moore CH, Oliver TL, Randolph J, Dowdell EB. Interventions for reducing weight bias in healthcare providers: An interprofessional systematic review and meta-analysis. *Clin Obes.* 2022; 12(6): e12545. [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cob.12545>
 48. Swift JA, Tischler V, Markham S, Gunning I, Glazebrook C, Beer C, et al. Are anti-stigma films a useful strategy for reducing weight bias among trainee healthcare professionals? Results of a pilot randomized control trial. *Obes Facts.* 2013.