



Grado en ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Impacto en la salud de la gordofobia existente en el personal sanitario

Presentado por: Doña Lucía Beneyto Gutiérrez.

Dirigido por: Dra Doña Cintia Sancanuto Chardi.

## AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, me gustaría agradecerles a mis padres el apoyo que me han dado siempre, no solo en mi recorrido estudiantil, si no en la vida. Siempre han confiado en mí y en mi trabajo, han apostado por mis sueños y me han ayudado a crecer en todos los ámbitos de mi vida. Me han enseñado el valor del esfuerzo y la constancia y gracias a todo ello hoy soy quien soy.

A mi madre, por ser la mujer coraje, con un corazón inmenso que me inspira a ser mejor cada día, que me arropa y me da la mano siempre que la necesito. Siempre, pero sobre todo estos últimos meses, gracias mamá por cuidarme y quererme como solo tú sabes.

En especial, quiero agradecerle este trabajo a mi padre, por qué el me hizo prometerle que pasara lo que pasara, iba a seguir con mis sueños e iba a terminar lo que empecé con él. Así que, de alguna manera, hoy presento este trabajo gracias a ti papá. He puesto en este trabajo todas las ganas y el cariño que tu pusiste en recuperarte, espero que allá donde estés, estés orgulloso de mi y de todo lo que estoy consiguiendo. Seguimos siempre, papá. Te quiero.

Gracias a todas las personas que habéis formado parte de mi durante este proceso y siempre.

A ti Andrea, por tu apoyo incondicional y por todo lo que solo nosotras sabemos.

A mis hermanos.

A mis amigas de siempre.

A mis personas favoritas de la universidad, Laura, Bárbara, Aurore, Martina, Iris y María.

Gracias por hacerme la vida más bonita y estar ahí tanto dentro como fuera. Gracias por hacerme sentir en casa. Tener compañeras como vosotras es una suerte y somos muy afortunadas de tenernos. Hacéis que la enfermería y la vida sea mucho más bonita con personas como vosotras. Sois personas especiales, y se que os voy a tener siempre.

A todos los profesores que han formado parte de estos cuatro años, que han dado lo mejor de ellos en cada clase y nos han enseñado lo bonito de la enfermería.

A Cintia, mi tutora de TFG, por la paciencia que ha tenido conmigo durante estos meses.

A mis tutoras de prácticas, en especial a Lucía y Julia, por enseñarme con cariño y paciencia. Gracias por confiar en mí y cuidarme tanto.

Gracias a activistas como Mara Jiménez, por darle voz a una realidad que sufren muchas personas.

Y gracias a mí, porque a pesar de estar rota he conseguido reconstruirme un poquito para terminar. Gracias a mí por esforzarme siempre y poner todas mis ganas y mi corazón en las cosas que creo.

## ÍNDICE

<b>1. Resumen y abstract .....</b>	<b>4</b>
1.1 Abstract.....	4
<b>2. Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Hipótesis y objetivos.....</b>	<b>8</b>
3.1. Hipótesis:.....	8
3.2. Objetivos:.....	8
<b>4. Material y métodos. ....</b>	<b>9</b>
4.1. Diseño:.....	9
4.2. Criterios de inclusión:.....	10
4.3. Extracción de los datos y evaluación de la calidad metodológica.....	10
<b>5. Resultados .....</b>	<b>11</b>
5.1. Características de los estudios: diagrama.....	11
<b>6.Discusión .....</b>	<b>14</b>
6. 1. Definir el concepto gordofobia o estigma de peso y los prejuicios más frecuentemente vinculados a éste.....	14
6.2. Explicar las consecuencias de la discriminación por peso o gordofobia sobre la salud de las personas gordas. ....	15
6.3. Visibilizar los problemas de atención sanitaria que sufren las personas obesas	16
6.4 Limitaciones.....	19
<b>7. Conclusiones .....</b>	<b>19</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>21</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>24</b>

## 1. RESUMEN Y ABSTRACT

### 1.1 ABSTRACT

**Introducción:** La gordofobia se entiende como el rechazo a las personas gordas, su relación con el ambiente obesogénico supone un problema social y un reto para el ámbito de la salud. Las personas gordas están expuestas a prejuicios y estigmas que no tienen por qué estar relacionados con la realidad. Socialmente, pero más concretamente en el ámbito sanitario, se considera que las personas gordas están enfermas y no tienen fuerza de voluntad y como consecuencia no reciben la misma atención que personas con “normopeso”. Los sanitarios y en concreto la enfermería tienen un papel fundamental para corregir y eliminar los mitos que generan la estigmatización que sufren las personas gordas.

**Objetivo:** este trabajo tiene como objetivo exponer los problemas que tienen las personas gordas en el ámbito sanitario y los estigmas que se tienen sobre ellas.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases Pubmed, Scielo y Elsevier. Se ha utilizado el metabuscador Google académico y el Crai. Posteriormente se revisaron los artículos encontrados y se eligieron los que encajaban con los criterios de inclusión. Los artículos usados han sido evaluados por su calidad científica mediante la escala “AMSTAR” en revisiones sistemáticas y bibliográficas y el nivel de evidencia con la escala “GRADE”.

**Resultados:** la evidencia disponible acerca de los efectos en la salud del estigma de peso o gordofobia son escasos, al igual que la investigación sobre este campo. La gordofobia es una realidad que sufren muchas personas gordas, con efectos muy negativos en la salud de estas. Por lo que se ha evidenciado hasta la actualidad es que parece haber una relación entre el estigma y los efectos adversos en la salud de las personas que lo sufren.

**Conclusión:** La gordofobia existe y es primordial proporcionarle visibilidad para poder abordarla desde todos los ámbitos sociales, pero, sobre todo, desde el ámbito sanitario. Las personas gordas tienen los mismos derechos que el resto de las personas con cuerpos normativos, y es fundamental que para que esto ocurra, los sanitarios utilicen otras herramientas y se sigan formando para contribuir a la desaparición del estigma de peso y todo lo que conlleva consigo.

**Introduction:** Fatphobia is understood as the rejection of fat people, its relation to the obesogenic environment poses a social problem and a challenge for the health field. Fat people are exposed to prejudices and stigmas that are not necessarily related to reality. Socially, but more specifically in the health care field, fat people are considered as sick and without willpower and do not receive the same attention as "normal-weight" people. Health professionals, and specifically nursing, have a fundamental role to play in correcting and eliminating the myths that generate the stigmatisation suffered by fat people.

**Objective:** The objective of this work is to expose the problems that fat people have in the health sector and the stigmas that are held about them.

**Methodology:** A bibliographic search was carried out in the Pubmed, Scielo and Elsevier databases. The meta-search engine Google academic and Crai were used. Subsequently, the articles found were reviewed and those that met the inclusion criteria were selected. The articles used were evaluated for their scientific quality using the "AMSTAR" scale in systematic and bibliographic reviews and the level of evidence using the "GRADE" scale.

**Results:** The available evidence on the health effects of weight stigma or fatphobia is scarce, as is the research in this field. Fatphobia is a reality that many fat people suffer from, with very negative effects on their health. From what has been evidenced to date, there appears to be a link between stigma and adverse health effects on the health of those who suffer from it.

**Conclusion:** Fatphobia exists and it is essential to give it visibility so that it can be tackled from all social spheres, but above all from the health sphere. Fat people have the same rights as other people with normative bodies, and it is essential that for this to happen, health workers use other tools and continue training to contribute to the disappearance of the stigma of weight and all that goes with it.

## 2. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para determinar si una persona tiene obesidad, se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), es un indicador que relaciona el peso y la talla (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). El IMC fue desarrollado en 1832 por Adolf Quételet y se utilizó en Francia para caracterizar al hombre promedio, en ningún caso fue creado como índice de estética y tampoco para evaluar la obesidad o los riesgos para la salud. Más tarde en 1972, Ancel Keys lo utilizaría como indicador de grasa corporal para estudios de población, pero no para estudios individuales (Mauldin et al.,2022).

Actualmente se considera un importante problema de Salud Pública en la mayoría de los países desarrollados por su amplia expansión entre los grupos de población (Pérez-Rodrigo et al.,2006; Aranceta et al.,2001). El número de personas obesas aumenta gradualmente en todo el mundo, y se prevé que para el 2025, el 18% de los hombres y el 21% de las mujeres serán obesos para el 2025, mientras que el 6% de los hombres y el 9% de las mujeres serán severamente obesos (Saxena y Kumar., 2017).

Pese a que los cuerpos gordos son cada vez más normativos, el canon de belleza tiende a valorar más positivamente los cuerpos atléticos o incluso excesivamente delgados. Desde el siglo XX el cuerpo gordo se asocia a connotaciones negativas como feo, vago, enfermo, desagradable... (Wolf, 1992) Ante esta situación, encontramos un fenómeno social problemático, la gordofobia.

En el ámbito sanitario se asume que la obesidad supone un factor de riesgo para la contribución al desarrollo de enfermedades crónicas, en particular las enfermedades cardiovasculares como cardiopatías coronarias, Hipertensión Arterial (HTA), dislipemia, la diabetes y también se ha relacionado con algunos cánceres hormono-dependientes. (Pérez-Rodrigo et al., 2006; Rodríguez et al., 2011; Aranceta et al., 2001). Esto ha dado pie a que proliferen una actitud anti-obesidad en la asistencia sanitaria, de manera que se compromete la atención de los pacientes obesos y con sobrepeso y aún no es reconocida como discriminación por la mayoría de los trabajadores sanitarios (Saxena & Kumar.,2017).

El estigma relacionado con el peso establece un círculo vicioso, reflejando sobre el paciente patrones concretos en su dieta, produciendo así conductas alimentarias desordenadas o trastornos de la alimentación y aumento de los niveles de estrés y cortisol, lo que en última instancia empeora la salud física y emocional (Mauldin et al.,2022). Muchas personas creen que el control del peso es una cuestión de voluntad personal y quienes sostienen esta opinión, pueden estigmatizar a las personas por tener sobrepeso (Wu & Berry, 2018). La obesidad es una condición multifactorial, por lo que el sistema sanitario debería centrarse en promover y fomentar hábitos de vida saludables y una vida activa, para que de esta manera las personas se mantengan sanas (Saxena & Kumar, 2017; Pérez-Rodrigo et al.,2006).

Sin embargo, el sistema sanitario y la sociedad actual propaga este problema, ya que están basados en un paradigma centrado en el peso que estigmatiza y discrimina a las personas gordas. La terminología que se utiliza patologiza a las personas en función de su cuerpo. Por ejemplo, en la literatura médica habitualmente se utilizan las palabras “peso normal”, “peso saludable”, “sobrepeso” y “obesidad mórbida”. Estos términos son problemáticos por qué “peso ideal/normal o saludable” indican que hay un peso “correcto” que todos deben tener ignorando la diversidad humana natural. Cuando se refieren a “peso saludable” supone que las personas son automáticamente saludables o no saludables en un peso determinado. Y “obesidad u obesidad mórbida” son términos médicos que patologizan el tamaño corporal (Mauldin et al., 2022).

Las personas con sobrepeso y obesidad se enfrentan por tanto a una estigmatización generalizada y creciente, tiene un gran impacto negativo en su salud mental y se vincula con desajustes psicológicos como depresión, ansiedad insatisfacción corporal, baja autoestima y sentimiento de malestar (Gómez et al.,2017; Mauldin et al.,2022). La discriminación que sufren las personas gordas sería parecida a la que sufren otras personas por motivos de raza, etnia, género y orientación sexual, con consecuencia muy perjudiciales para la salud tanto mentales como físicas (Mauldin et al.,2022).

El rol de los sanitarios en la intervención de la obesidad es fundamental, ya que además de tener un papel importante en la prescripción de tratamiento y entregar orientaciones específicas, podrían disminuir la estigmatización hacia las personas obesas, rompiendo mitos y educando a la población en general respecto a las causas de la obesidad y, al ser conscientes de sus propios estereotipos, favorecer la intervención generando un vínculo con el paciente donde se sienta seguro (Gómez et al.,2017).

Muchas personas, incluidos los médicos, creen que las burlas o críticas van a motivar a estos pacientes a perder peso, sin saber que las experiencias negativas obligan a las personas a establecer un círculo vicioso (Saxena & Kumar, 2017). En consecuencia, promover la pérdida de peso con esta estrategia tan desfavorable y poco constructiva, no solo están contribuyendo al aumento del estigma social sobre el peso, sino que pueden involuntariamente establecer en sus pacientes patrones cíclicos de peso de por vida en los sentimientos de frustración y fracaso de los pacientes. El ciclo de peso, que ocurre en todo el espectro de peso, afecta la salud mental. (Saxena y Kumar, 2017; Mauldin et al.,2022)

Durante este trabajo se abordarán las consecuencias que tiene el estigma de peso o gordofobia en la atención sanitaria que reciben los pacientes con cuerpos gordos, y como su corporalidad condiciona sus cuidados.

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. HIPÓTESIS:**

La gordofobia en el ámbito sanitario condiciona el tratamiento y los cuidados que se prescriben a estos pacientes y tendrá un impacto negativo en la salud física mental y el desarrollo psicosocial de las personas que la sufren.

#### **3.2. OBJETIVOS:**

Objetivo general: Estudiar cómo afectan los prejuicios del personal sanitario ante pacientes con sobrepeso u obesidad a su salud.

Específicos:

- Definir el concepto gordofobia o estigma de peso y los prejuicios más frecuentemente vinculados a éste.
- Explicar las consecuencias de la discriminación por peso o gordofobia sobre la salud de las personas gordas.
- Visibilizar los problemas de atención sanitaria que sufren las personas obesas.



#### 4. MATERIAL Y MÉTODOS.

##### 4.1. DISEÑO:

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica que tuvo lugar entre los meses de septiembre 2022 y marzo 2023, en metabuscadores y bases de datos científicas tanto nacionales como internacionales. Se ha realizado una búsqueda de artículos en las bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Elsevier. Y en metabuscadores como Google Académico o Crai.

La búsqueda fue impulsada por una pregunta en formato PICO. Se trata de un método basado en cuatro elementos fundamentales de la pregunta de investigación y de la construcción de la misma, para poder así incluir y excluir los artículos que pueden ser de interés para nuestro trabajo (Pergunta, 2007). En nuestro caso, la pregunta que empujó la búsqueda fue: ¿La gordofobia en el ámbito sanitario condiciona el tratamiento y los cuidados que se prescriben a estos pacientes y tendrá un impacto negativo en la salud mental y el desarrollo psicosocial de las personas que la sufren?

<b>P</b>	Pacientes hombres y mujeres que sufren gordofobia.
<b>I</b>	Discriminación en el trato sanitario debido a la obesidad y/o el sobrepeso.
<b>C</b>	Magnitud de discriminación entre hombres y mujeres.
<b>O</b>	Impacto de la gordofobia en la salud mental de estos pacientes.

**TABLA 1:** Pregunta PICO. Elaboración propia.

Al desglosar esta pregunta, se observa que la población son pacientes hombres y mujeres sufren gordofobia; la intervención, la discriminación en el trato sanitario debido a la obesidad y/o el sobrepeso; la comparación la magnitud de discriminación entre hombre y mujeres; y el resultado, el impacto de la gordofobia en la salud mental de estos pacientes.

Para la búsqueda en la base de datos de PubMed se usaron los descriptores Medical Subject Headings (MeSH). Los términos empleados en todas las bases fueron: *overweight, obesity, fat phobia, health, epidemiology, spain, adults*.

Para obtener información global sobre la problemática del estigma de la obesidad, (*[weight stigma] OR [weight bias] OR [obesity stigma]*); para obtener información sobre el impacto en la salud del estigma de la obesidad, (*[weight stigma] OR [weight bias] OR [obesity stigma] AND [health]*).

**TABLA 2:** Resultados de búsqueda en bases de datos Medline Search. Elaboración propia.

BASE	Medline Search
FILTROS	Idioma: español o inglés. Artículos publicados entre 2013 y 2023.
BÚSQUEDA	<i>«weight stigma» «weight discrimination»[Mesh]</i>
RESULTADOS	738 artículos

**TABLA 3:** Resultados de búsqueda en base de datos Scopus. Elaboración propia.

METABUSCADOR	Google Académico
FILTROS	Idioma: español o inglés. Artículos publicados entre 2007 y 2023.
BÚSQUEDA	<i>«obesidad» and «enfermedad» and «estigma» obesidad and enfermedad and estigma and sesgo de peso and estigma de peso and salud</i>

RESULTADOS	13900 artículos.
------------	------------------

**TABLA 5:** Resultados en base de datos Pubmed. Elaboración propia

BASE	Pubmed
FILTROS	Idioma: español o inglés. Artículos publicados entre 2014 y 2022
BÚSQUEDA	<i>((fat phobia) AND (obesity)) AND (overweight)</i>
RESULTADOS	250 artículos.

BASE	Pubmed
FILTROS	Idioma: español o inglés. Artículos publicados entre 2012 y 2022
BÚSQUEDA	<i>((fat phobia) AND (obesity)) AND (overweight)</i>
RESULTADOS	495 artículos

BASE	Pubmed
FILTROS	Idioma: español o inglés. Artículos publicados entre 2012 y 2022
BÚSQUEDA	<i>(((((overweight) AND (epidemiology)) AND (spain)) ) AND (adults))</i>
RESULTADOS	119 artículos.

**TABLA 6:** Resultados en base de datos Pubmed. Elaboración propia.

BASE	Pubmed
FILTROS	Idioma: español o inglés. Artículos publicados entre 2011 y 2022
BÚSQUEDA	<i>(((((weight bias) AND (weight stigma)) AND (obesity)) AND (health)) AND (weight bias internalization)) AND (stereotypes)</i>
RESULTADOS	4 artículos.

#### 4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Los criterios de inclusión en la búsqueda fueron estudios realizados sobre la gordofobia, el estigma que tiene la sociedad y el personal sanitario con las personas gordas, y como afecta la gordofobia en su salud mental; documentos publicados tanto en español como en inglés desde 2010 hasta 2023; con metodologías cualitativas, cuantitativas y revisiones sistemáticas y bibliográficas.

Los artículos elegidos consistieron en estudios cuantitativos que examinaron las asociaciones entre el estigma relacionado con el peso y los resultados de salud fisiológica y psicológica en adultos con sobrepeso u obesos. Fueron excluidos los trabajos basados en población infantil o que únicamente incluyeron el sexo masculino y estudios realizados en poblaciones de países en estado de subdesarrollo, además de excluir opiniones de expertos, editoriales y libros.

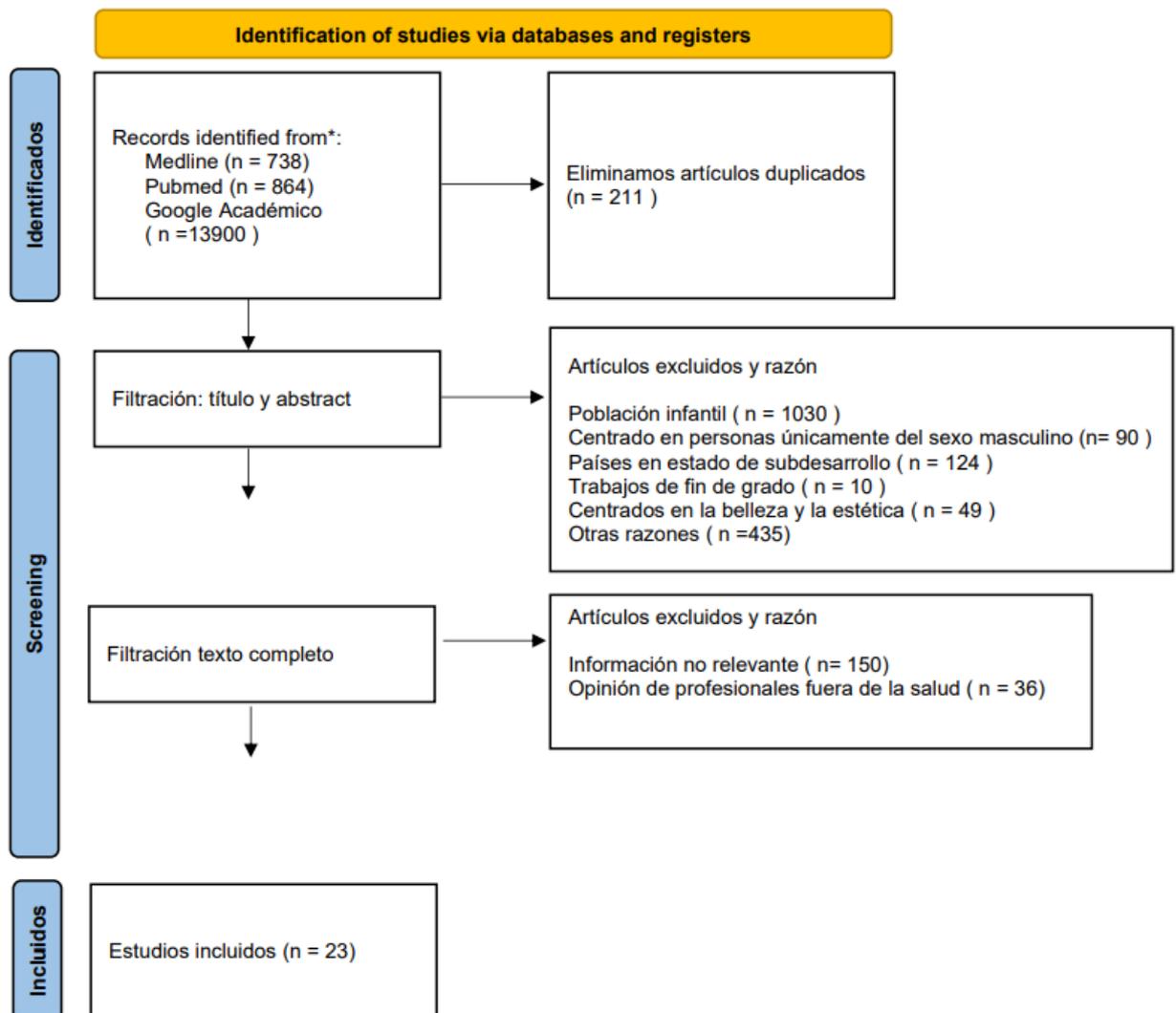
#### 4.3. EXTRACCIÓN DE LOS DATOS Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA

La extracción de los datos se realizó en varias etapas. Se inicia con una búsqueda en la que se seleccionan distintos artículos y se excluyen otros ajustándonos a la pregunta de investigación PICO (Pregunta, 2007) para aumentar la fiabilidad del estudio. Más adelante se eliminaron los artículos duplicados y el resto de los artículos

fueron triados para comprobar que cumplieran todos los criterios de inclusión. A continuación, se realiza una lectura crítica de todos los artículos. Y, por último, se valora la metodología según la escala de evaluación “AMSTAR” y para el nivel de evidencia se ha utilizado la escala “GRADE”.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS: diagrama



### 5.2. CALIDAD Y EVIDENCIA DE LOS ESTUDIOS

Los estudios que fueron elegidos llevando a cabo una lectura crítica y verificación del cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión, fueron evaluados mediante escalas para poder asegurar la calidad del documento.

Para poder evaluar las revisiones bibliográficas y sistemáticas (n= 23) se hizo uso de la escala “AMSTAR”, donde de la totalidad de los artículos en esta categoría encontramos artículos de alta calidad, revisiones sistemáticas y revisiones bibliográficas; artículos de calidad media, se encuentran revisiones

bibliográficas; y por último estudios de baja calidad. La escala utilizada tiene cuatro niveles de calidad siendo el cuarto nivel “críticamente bajo”, donde no ha habido ningún artículo categorizado.

La escala “GRADE” fue la elegida para valorar la evidencia de los documentos empleados, obteniendo artículos considerados de alta evidencia (n=6) de las categorías revisión sistemática (n=0) y revisión bibliográfica (n=6) ; otros considerados de una evidencia media (n=10) teniendo revisiones sistemáticas (n=1) y revisiones bibliográficas (n=9); y por último de calidad baja (n=2) encontrando artículos comprendidos en la categoría de revisión sistemática (n=0), revisión bibliográfica (n=1) y cartas al editor (1).

Autores	Tipo de estudio	Variables del resultado	Conclusión	Puntuación AMSTAR	Puntuación GRADE
J Aranceta1 *, C Perez-Rodrigo, L Serra-Majem, L Ribas, J Quiles-Izquierdo, J Vioque4 , M Foz5 and Spanish Collaborative Group for the Study of Obesity	Revisión bibliográfica	Analizar la influencia de los factores sociales y culturales en la prevalencia de obesidad en la población española adulta.	Este estudio apoya que la obesidad es un problema multifactorial. Relaciona el sexo, el nivel educativo y los ingresos como grupos más susceptibles al aumento de peso.	Media	Alta
Lea Anne Gardner, PhD, RN Senior Patient Safety Analyst Pennsylvania Patient Safety Authority Christine Gibbs, MSN, RN Nurse Manager York Memorial Hospital	Revisión bibliográfica	Una revisión de 5 años de sucesos notificados identificó el uso de equipos relacionados con pacientes obesos de tipo 3.	A medida que aumente la prevalencia de este tipo de pacientes, la necesidad de proporcionar atención segura afectará a muchos hospitales. En este artículo se identifica problemas a los que enfrentan los pacientes obesos.	Media	Baja
Mary Forhan PhD a,b,* , Ximena Ramos Salas PhD Student	Revisión bibliográfica	Resaltar los impulsores del sesgo de peso y analizar su impacto en el tratamiento de la obesidad.	La calidad de la atención de la obesidad parece estar influenciada por la estigmatización de las personas que viven con obesidad.	Alta	Alta
Sharon M. Fruh, PhD, RN, FNP-BC, FAANPa,* , J. Graves, PhD, NP-Cb, Caitlyn Hauff, PhDc , Susan G. Williams, PhD, RNd, Heather R. Hall, PhD, RN, NNP-BCe	Manuscrito autor	Estudiar el sesgo de peso y estigma en distintos entornos.	El sesgo de peso se ve presente desde la sanidad, educación, medios de comunicación, empleos.... Educar desde el ámbito sanitario para un mejor manejo de la obesidad es una estrategia central importante.	Baja	Baja
Ana Julia García Milian; Eduardo David Creus García	Revisión bibliográfica	Describir los mecanismos que originan y perpetúan la obesidad y su relación con las enfermedades no transmisibles.	El aumento excesivo de peso corporal se asocia a un ambiente obesogénico.	Alta	Alta
E. Goad , K. Gleeson and S. Jackson	Revisión bibliográfica	Explora la relación entre el índice de masa corporal y la autoestima de las enfermeras, junto con sus actitudes a los pacientes obesos.	Los resultados mostraron que el examen del IMC conducía a resultados contradictorios.	Media	Alta
Daniela Gómez-Pérez, a, Manuel S. Ortiz, b, José L. Saiz	Revisión bibliográfica	Las consecuencias psicosociales del estigma por obesidad y sus efectos psicosociales.	Los efectos que tiene el estigma asociado al peso generan consecuencias tanto en la víctima como en los equipos de salud.	Media	Baja

Neeru Gupta, PhD; Andrea Bombak, PhD ; Ismael Foroughi, PhD; Natalie Riediger, PhD.	Investigación cuantitativa	Utilizaron una encuesta que incluía mediciones de discriminación, para evaluarla.	Se necesita más investigación sobre los impactos sociales y económicos del estigma de peso para reducir la discriminación en el sistema de atención médica y en la sociedad	Alta	Alta
KJ Rothman	Revisión bibliográfica	Demostrar el sesgo de peso que tiene el IMC.	El IMC es inexacto y da lugar a resultados contradictorios.	Media	Baja
Kasuen Mauldin PhD, RD Michelle May MD, Dawn Clifford PhD, RD	Revisión bibliográfica	Asistencia sanitaria actual centrada en el peso, equiparando peso y salud.	Esta revisión explora la evidencia y sugiere un cambio de paradigma en la forma en que los médicos piensan sobre el peso.	Media	Baja
Nina Navajas - Pertegás	Revisión bibliográfica	La "guerra contra la obesidad" en las agencias de salud pública.	Esta revisión demuestra como los cuerpos gordos están estigmatizados y patologizados y deconstruye algunos mitos sobre la gordura.	Media	Baja
Rebecca L. Pearl,* and Rebecca M. Puhl.	Manuscrito autor: revisión bibliográfica	Evaluar la internalización del sesgo de peso.	La investigación futura debe continuar probando las intervenciones, a mayor escala y con un seguimiento a largo plazo.	Media	Alta
Carmen Pérez- Rodrigo, Javier Aranceta Bartrina, Luis Serra Majem, Basilio Moreno and Alfonso Delgado Rubio	Revisión bibliográfica	Evaluación y prevención de la obesidad.	Existen distintos elementos claves que intervienen en la prevención de la obesidad desde un enfoque de salud pública y nutrición comunitaria.	Alta	Alta
S. M. Phelan, D. J. Burgess <sup>2,3</sup> , M. W. Yeazel , W. L. Hellerstedt, J. M. Griffin and M. van Ryn	Revisión bibliográfica	Revisar de forma crítica la evidencia empírica de todas las disciplinas relevantes en relación con el estigma de peso.	Se necesita mucha más investigación para comprender el impacto del estigma en la atención a las personas con obesidad.	Alta	Alta
Rebecca Puhl & Young Suh	Revisión bibliográfica	Esta revisión resume los resultados de los últimos 4 años de estudios publicados sobre la relación del estigma de peso y las conductas desadaptativas.	Se necesita más investigación y sensibilización para reducir el estigma de peso ya que los prejuicios y la discriminación relacionadas con el peso están presentes en muchos ámbitos de la salud.	Media	Alta
E. Rodríguez- Rodríguez, B. López- Plaza, A. M. <sup>a</sup> López- Sobaler y R. M. <sup>a</sup> Ortega.	Revisión bibliográfica	Evaluar la presencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles.	La población española está en una situación alarmante con respecto al padecimiento de obesidad o sobrepeso.	Media	Alta
David Sánchez- Carracedo	Revisión bibliográfica	Proporcionar una visión general de la investigación sobre la obesidad y las suposiciones erróneas que se tiene sobre ella.	El estigma de la obesidad se ve en distintos ámbitos de la sociedad y tiene un impacto muy negativo sobre las personas gordas.	Alta	Alta
Saxena I, Kumar M	Carta al editor	Existencia de prejuicios y discriminación en la sociedad.	La obesidad es una condición multifactorial. El primer paso para reducir el sesgo de peso es reconocer que existe y que las personas lo sufren.	Baja	Baja

Los resultados obtenidos tras el estudio del impacto de los prejuicios del personal sanitario ante pacientes con sobrepeso y obesidad en adultos muestran que este es negativo y tiene consecuencias negativas para su salud. Para llevar a cabo una posible solución de esta problemática, sería necesaria más investigación y sensibilización social para conseguir disminuir el estigma de peso que existe ante esta población y las consecuencias que ocasiona.

## **6.DISCUSIÓN**

La estigmatización hacia las personas gordas en el ámbito sanitario, según los artículos encontrados tienen un impacto muy negativo en las personas gordas adultas en muchas partes del mundo. Para evaluar la magnitud del impacto y poder actuar sobre él mismo tendremos en cuenta tres apartados distintos que concuerdan con nuestros objetivos específicos:

### **6. 1. DEFINIR EL CONCEPTO GORDOFOBIA O ESTIGMA DE PESO Y LOS PREJUICIOS MÁS FRECUENTEMENTE VINCULADOS A ÉSTE.**

Según refiere el estudio de Forhan y Salas (2013), el concepto gordofobia se define como las actitudes y creencias negativas atribuidas a un individuo en función de su corporalidad en este caso gorda. Así mismo, este estudio detalla que el sesgo de peso conduce a la estigmatización de las personas con obesidad a través de la atribución de estereotipos como perezoso o enfermo, entre otros muchos. En la misma línea, diversos estudios demuestran que ambos sexos sufren estigmatización, pero cuando se trata de las mujeres, refieren peor calidad de vida y bienestar. (Gómez et al.,2017; Gupta et al.,2020; Sikorski et al.,2013). La baja autoestima como consecuencia de la discriminación por peso está relacionada con como a la mujer se le han atribuido unos cánones de belleza establecidos socialmente que han sido cambiantes a lo largo de la historia, esta circunstancia hace que las mujeres cuando no entran en ese patrón se vean más afectadas a nivel psicológico por la gordofobia, estando así muy relacionado con la visión que ha tenido la belleza femenina durante toda la historia (Wolf, 1992).

El estudio de Fruh et al, (2021) refieren que este tipo de violencia está presente en diferentes ámbitos de nuestra vida, ya que está aceptada socialmente. Sin embargo, en estudios como el de Puhl y Suh (2015) se observa que la estigmatización es un factor que contribuye a resultados negativos en la salud de las personas, como conductas desadaptativas (atracones y aumento del consumo de alimentos), problemas en la actividad física y respuestas psicológicas al estrés que pueden producir cambios endocrinos.

Teniendo en cuenta estas observaciones, es necesario seguir trabajando en este ámbito para determinar en qué medida las experiencias del estigma hacia el peso influyen en los esfuerzos por perder peso y en los resultados ponderales a lo largo del tiempo (Puhl & Suh, 2015).

## **6.2. EXPLICAR LAS CONSECUENCIAS DE LA DISCRIMINACIÓN POR PESO O GORDOFOBIA SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS GORDAS.**

Es una realidad que las personas gordas sufren violencia social y estructural, debido a la estigmatización a la que están expuestas, se da en muchos ámbitos de la vida de las personas, incluyendo el ámbito sanitario, laboral, educativo, familiar, los medios de comunicación, la salud pública y la sociedad en general (Sánchez Carracedo, 2022).

En la actualidad, distintos estudios defienden que las actuaciones de los profesionales sanitarios y los tratamientos hacia los pacientes han sido basados bajo el paradigma actual médico, conocido como “enfoque normativo de peso”, en el que se sitúa el control del peso corporal como la definición de salud y bienestar. Esta situación unida a la predominancia del ideal de belleza, viéndose, así como un cuerpo delgado, ha generado efectos no deseados y muy perjudiciales para las personas en general y con mayor efecto en las personas gordas que no entran en los cánones, teniendo conductas no saludables y como consecuencia perjudiciales para su salud (Sánchez Carracedo, 2022).

El estudio de Sikorsi et al, (2013) describen que la percepción de que una afección está bajo control individual es la base de las actitudes estigmatizantes y lo reconoce en su estudio como “teoría de la atribución”, es una de las actitudes por las que opta el personal sanitario al culpabilizar al paciente como único responsable de su “enfermedad”. Teniendo en cuenta los conocimientos médicos que deberían tener los profesionales sanitarios sobre las distintas causas de la obesidad, cabría esperar que las actitudes estigmatizadoras fueran menores que las del público en general.

Estos efectos no son generados por que la “obesidad” o la grasa les haga aislarse o tener depresión, estos efectos están basados en la discriminación y la violencia que reciben en los distintos ámbitos de su vida, por lo que, si se tratara este estigma y se educara y estudiara más esta situación, las personas gordas no estarían tan estigmatizadas y su calidad de vida mejoraría al igual que su salud. Estos efectos con un impacto tan negativo forman parte de la interiorización de los prejuicios relacionados con el estigma de peso, más que motivar al cambio tienen efectos totalmente negativos. La respuesta al estrés perjudica el control neuroendocrino de los comportamientos saludables y contribuyen a aumentar la adiposidad y el riesgo de padecer comorbilidades cardiovasculares y metabólicas de la obesidad, datos reflejados en las investigaciones de Sánchez Carracedo, (2022); Puhl y Suh, (2015); Phelan et al, (2015).

Según el estudio de Phelan et al, (2015), existen referencias de que estas actitudes influyen en las percepciones, los juicios, el comportamiento interpersonal y, la toma de decisiones de las personas. Estas actitudes pueden influir en la atención que prestan. Las experiencias o expectativas de un tratamiento deficiente pueden causar estrés y evitación de la atención, desconfianza en los médicos y escaso cumplimiento terapéutico entre los pacientes con obesidad. De la misma manera, queda reflejada la idea en el estudio de Sikorsi et al (2013), demostrando que los pacientes sufren la falta de recursos cuando no hay materiales suficientes para la atención sanitaria y cuando se les responsabiliza de problemas o complicaciones de

salud. En repetidas ocasiones se ha señalado como para las personas gordas, el entorno sanitario, es una de las principales fuentes de estigma entorno al peso.

Una vez más existe controversia sobre este tema, ya que, en los últimos años, se ha detectado que la estigmatización del peso como un factor único y directo que contribuye a los resultados negativos para la salud y los comportamientos que afectan a la salud pueden promover y exacerbar la obesidad, según queda reflejado en los estudios de Puhl y Suh, (2015); Sikorsi et al, (2013). Se observa una relación muy estrecha entre los efectos que tiene la estigmatización con la salud de las personas.

Según un estudio de David Sánchez Carracedo (2022) como consecuencia de estas actitudes negativas reduce la calidad de la atención proporcionada a los pacientes con obesidad, en consecuencia, los pacientes con obesidad reducen la búsqueda de atención sanitaria, retardando o evitando sus visitas médicas, pierden la confianza en los profesionales y se adhieren menos a los tratamientos y son consecuencias que afecta mucho su salud.

Siguiendo la línea del resto de estudios, la investigación de Fruh et al, (2021) apoya la idea de que a pesar de reconocer que la obesidad es un problema complejo, la sociedad y más concretamente el ámbito sanitario, aún discrimina a las personas con pre-obesidad y obesidad debido a las normas grupales que están integradas en nuestra infraestructura. La discriminación por peso se ha observado en resultados negativos para la salud física y mental, evitación de tratamientos de salud, trato injusto por parte de médicos y enfermeras, pérdida de oportunidades de empleo y disminución del rendimiento académico. Mientras la sociedad continúe fomentando estándares corporales poco realistas y el enfoque del tratamiento no esté centrado en el peso y si en ganar salud, la prevalencia de la discriminación por peso persistirá, porque las personas con cuerpos más grandes no se ajustarán a la norma de un cuerpo socialmente aceptable.

### **6.3. VISIBILIZAR LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN SANITARIA QUE SUFREN LAS PERSONAS OBESAS.**

Los profesionales de la salud están expuestos a los mismos mensajes gordofóbicos que el resto de la sociedad, por lo que es probable que perpetúen ese estigma hacia la obesidad sin quererlo o sin ser verdaderamente conscientes del efecto que tiene sobre la sociedad y sobre los pacientes (Gómez et al, 2017). Las estimaciones nacionales indican que la discriminación por peso es una de las formas de discriminación más común entre los adultos y se experimenta como acoso o victimización generalizados (Puhl y Suh, 2015)

Se ha estudiado, que las consecuencias de la discriminación por peso están muy relacionadas con actitudes que ponen en riesgo la salud física y mental de las personas (Phelan et al., 2015).

Según queda reflejado en el estudio de Saxena y Kumar (2017), es un problema que en la práctica clínica se siga relacionando el tamaño del cuerpo con la predicción de salud de



un individuo. La utilización del IMC, tiene graves defectos. Principalmente, por que no tiene en cuenta parámetros muy importantes, para predecir si una persona está enferma o no. No tiene en cuenta la edad (que es un factor importante, ya que la grasa corporal de una persona aumenta con la edad). De la misma línea, Rothman, (2008) evidencia estos defectos explicando como tampoco tiene en cuenta la diferencias entre la masa grasa y la no grasa como los huesos y los músculos. Lo ejemplifica de la siguiente manera: según el IMC las personas que son corpulentas y tienen baja grasa corporal, también serían personas obesas y como consecuencia se considerarían personas enfermas. Estos defectos concluyen con que el IMC es inexacto y da lugar a un sesgo en la medición de los efectos de la obesidad sobre la salud.

En los estudios de Sikorsi et al, (2013); Saxena y Kumar, (2017); Gardner, Ilii(2013), manifiestan como se observa la actitud anti-obesidad en la falta de recursos para una atención adecuada, por ejemplo, en las infraestructuras; puertas angostas, sillas pequeñas con reposabrazos. En el equipo médico; ya que las batas del hospital son pequeñas, no sirven todos los manguitos de tensión (en algunos casos no cogen la circunferencia del brazo de una persona gorda y da lugar a resultados de tensión arterial (TA) erróneos), las camillas se rompen por que no están preparadas para aguantar el peso, básculas que no pueden registrar un peso mayor a 300 libras o los equipos para realizar resonancias, las mesas de quirófano y algunas duchas en los hospitales tampoco están preparadas. Esta situación se encuentra en centros especializados, por lo que algunos estudios suponen que los hospitales generales y las consultas están peor equipados (Sikorsi et al., 2013). Alquilan el material especial para personas gordas, actuación que pone en peligro la salud de los pacientes ya que repercute el tiempo que tardan en traer el material con la salud del paciente (Gardner,2013)

Además de sufrir por la falta de material inclusivo, sufren durante el tratamiento, muchos datos sobre las dosis de los medicamentos se limitan a dosis para personas con un “peso normal”. La discriminación implícita y explícita hace que los pacientes retrasen sus citas con el médico, dejando de lado su salud y poniéndose en riesgo (Saxena & Kumar, 2017).

De la misma manera queda reflejada la idea de Forhan y Salas, (2013) en su estudio demostrando como e la calidad de la atención y el juicio clínico del sesgo de peso basado en el médico dan como resultado menos tiempo dedicado a los pacientes obesos, menor participación en las conversaciones con los pacientes, la provisión de menos intervenciones y la evitación de realizar exámenes de salud preventivos en pacientes con obesidad en comparación con pacientes sin obesidad.

En la investigación de Sánchez Carracedo, (2022) queda reflejada como la insatisfacción corporal es un problema de salud pública al que no se le ha prestado atención, pero está asociado a problemas psicológicos (depresión), trastornos de la conducta alimentaria (no siempre se dan en cuerpos delgados) y la obesidad. En la misma línea, explica que se está observa en distintos estudios que existe un vínculo entre las experiencias de

discriminación y estigmatización que experimentan las personas con obesidad y la insatisfacción corporal.

En la actualidad, el paradigma médico está centrado en el peso, está muy bien establecido, por lo que es muy complicado alejarse de ahí. Hemos normalizado afirmaciones como “el sobrepeso y la obesidad tienen efectos negativos para la salud” (Mauldin et al, 2022) pero verdaderamente sobre este tema hay controversia ya que en las últimas investigaciones se relaciona una peor salud en las personas gordas con la violencia que sufren por su corporalidad. Se está demostrando que las consecuencias del sesgo de peso conducen a problemas mentales y físicos, relacionándolos así con problemas inflamatorios y actitudes depresivas (Puhl y Suh, 2015).

La investigación de Garcia y Creus, (2016), defiende la idea de que el sistema sanitario anti-obesidad no representa el ambiente obesogénico en el que vivimos en la actualidad. El ambiente obesogénico es aquel que contribuye al desarrollo de la obesidad o que mediante factores externos nos llevan a padecer sobrepeso u obesidad. Algunos de los factores que pueden contribuir al ambiente obesogénico, dejando de lado los factores genéticos son: no tener acceso a zonas seguras para hacer ejercicio, no contar con suficiente dinero para comprar frutas y vegetales frescos o alimentos que no son procesados o empaquetados. Además, otro aspecto muy importante que no se tiene en cuenta y también contribuye en el aumento de la obesidad, es el marketing que se genera sobre alimentos o bebidas ultra procesados. Esto explicaría por que la obesidad no puede ser solo un “problema” individual, y tiene otros factores externos que afectan a las personas e imposibilitan llevar a cabo hábitos de vida saludables.

Tradicionalmente se ha considerado que los problemas con el peso tienen su origen en la cantidad ingerida, las personas engordan o adelgazan en función de si comen mucho o poco. Pero la realidad se ha observado que es más compleja, el peso no está estrictamente relacionado con las cantidades de alimentos ingeridos, sino que intervienen mecanismos hormonales y neurohormonales, factores genéticos, metabólicos y constitucionales (Contreras Hernández, 2004)

Cada vez se investiga más la forma en la que la discriminación por el peso puede desencadenar reacciones fisiológicas negativas en las personas que la sufren, pero todavía nadie ha abordado esta problemática.

Estos estudios demuestran, como las personas obesas siempre van a estar en peligro y enfermas, en una sociedad y un paradigma médico que las patologiza. Es imposible que las personas gordas estén sanas y consigan tener salud si no se les proporciona recursos para cuidar de su salud y si las políticas siguen contribuyendo a la existencia de un ambiente obesogénico. Para finalmente abordar las desigualdades en el tratamiento de la obesidad, es imperativo reconocer y abordar el sesgo de peso. Sin tales acciones, el sesgo de peso continuará influyendo negativamente en el tratamiento de la obesidad y perjudicará innecesariamente la salud y el bienestar de los pacientes con obesidad (Forhan & Salas.,2013).

En base a los resultados obtenidos y la información plasmada en este trabajo se observa la necesidad del abordaje de este tema en profundidad. Teniendo en cuenta las repercusiones sobre el paciente, no solo a nivel físico si no también psicológico, cabe señalar la importancia de abordar la problemática normalizada por parte del personal sanitario con prejuicios sobre las personas que padecen sobrepeso u obesidad. Por lo que es esencial fomentar los estudios que valoren las causas y consecuencias de estas patologías, asimismo, la necesidad de políticas que contribuyan a la formación del personal sanitario, con el fin de evitar la estigmatización, el sesgo de peso o juicios de valor sobre estos pacientes. El objetivo de la enfermería está basado en proporcionar herramientas al paciente para afrontar su enfermedad y mejorar su calidad de vida, por tanto, es fundamental que los sanitarios valoren y mejoren las medidas preventivas, las herramientas y el tratamiento ofrecido al paciente, ya que por lo que se observa no está teniendo los resultados esperados y está generando violencia y estigmatización, sufriendo así consecuencias que acarrearán mala praxis en pacientes con obesidad y otras patologías.

#### **6.4 LIMITACIONES**

Tras realizar la búsqueda bibliográfica y la lectura crítica de los artículos seleccionados, se observa la carencia de estudios que existen sobre la gordofobia en el ámbito sanitario y como les repercute a los pacientes tanto mental como físicamente.

Este trabajo fue realizado en el curso académico 2022-2023, lo que indica que los resultados encontrados son el reflejo de algunos años de estudio, a pesar de que durante estos años no haya existido gran investigación sobre el tema. Es un tema sobre el que hay consenso, pero no se aborda.

En cuanto al idioma de este artículo podría ser fuente de la limitación de su uso a nivel global debido a que el español es una lengua limitada a solo nuestro país. Además, deberemos tener en cuenta el riesgo de sesgo que pueda existir.

Dado que la bibliografía encontrada para este trabajo es limitada, se recomienda mejorar y actualizar los datos existentes, así como ampliar la investigación en este campo.

#### **7. CONCLUSIONES**

Tras esta revisión bibliográfica como Trabajo de Final de Grado, se pueden extraer las siguientes conclusiones con relación a los objetivos planteados:

En primer lugar, se ha constatado la presencia de la discriminación por peso o gordofobia en la sociedad, especialmente en el ámbito sanitario, lo que genera una peor atención a las personas con sobrepeso u obesidad. Es fundamental visibilizar esta realidad problemática y abordarla en el ámbito sanitario. Se ha observado que la gordofobia se da en hombres y mujeres, pero las mujeres presentan una mayor insatisfacción corporal y mayor internalización de la delgadez debido al canon de belleza inalcanzable en el que vivimos actualmente.

En segundo lugar, se ha evidenciado el daño físico y mental que provoca la consideración de que el sobrepeso y la obesidad son resultado de un único factor individual. La

discriminación por peso provoca desde síntomas depresivos, reactividad fisiológica negativa y conductas desadaptativas hasta la disminución de las visitas médicas por falta de confianza en los profesionales y los juicios clínicos sesgados que remiten a los pacientes, lo que pone en peligro la salud de las personas con sobrepeso u obesidad.

Además, se ha comprobado que el personal sanitario y las personas en general no pueden saber nada de la salud de una persona solo con mirar su cuerpo y saber su IMC o su peso. El IMC no se puede considerar un indicador debido al sesgo de peso que lleva consigo. Todo lo que se asume de las personas con sobrepeso u obesidad es producto de prejuicios y estigma, así como de la violencia socialmente aceptada que sufren.

La falta de material para pacientes con sobrepeso u obesidad y las dosis de los medicamentos basadas en cuerpos normativos constituyen violencia y discriminación. Esta problemática repercute en toda la sociedad y es fundamental que exista una evolución en la sanidad y un cambio de perspectiva para que nadie se quede atrás y todas las personas tengan acceso a la sanidad y una vida digna, ya que de alguna manera se atenta contra los derechos de las personas estigmatizadas y discriminadas.

Por lo tanto, se requiere una mayor conciencia y educación sobre la gordofobia y el estigma de peso en el ámbito sanitario y en la sociedad en general. Es fundamental que los profesionales de la salud se formen en estos temas para poder brindar una atención adecuada y sin discriminación a todas las personas, independientemente de su tamaño corporal.

Además, se necesitan cambios estructurales en el sistema sanitario, como la inclusión de tallas grandes en la ropa y equipo médico, y la eliminación de la práctica de prescribir tratamientos basados en la pérdida de peso como solución única para todos los problemas de salud. También se deben promover políticas públicas que fomenten la aceptación de la diversidad corporal y la lucha contra la discriminación por peso.

En conclusión, la gordofobia es una realidad que afecta la salud física, mental y el desarrollo psicosocial de las personas que la sufren en el ámbito sanitario y en la sociedad en general. Es necesario concienciar sobre el estigma de peso y la discriminación por peso en la atención médica y promover cambios estructurales y políticas públicas que fomenten la aceptación de la diversidad corporal y la lucha contra la discriminación por peso. Solo así se podrá garantizar el acceso a una atención médica digna y sin discriminación para todas las personas, independientemente de su tamaño corporal.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- AGUAYO-ALBASINI, J. L., FLORES-PASTOR, B., & SORIA-ALEDO, V. (2014). *Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación*. *Cirugía española*, 92(2), 82–88. doi:10.1016/j.ciresp.2013.08.002.
- ARANCETA, J., PEREZ-RODRIGO, C., SERRA-MAJEM, L., RIBAS, L., QUILES-IZQUIERDO, J., VIOQUE, J., FOZ, M., & SPANISH COLLABORATIVE GROUP FOR THE STUDY OF OBESITY. (2001). *Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain*. The SEEDO'97 Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(6), 430–435. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601189>
- CONTRETRAS HERNÁNDEZ, J. (2004). *La obesidad: una perspectiva sociocultural (Obesity: a socio-cultural perspective)* <https://core.ac.uk/download/pdf/11499076.pdf>
- de Trabajo Final, B. (2023, febrero 21). *Herramienta de Medición AMSTAR-2 para Evaluar Revisiones Sistemáticas*. Recuperado el 14 de mayo de 2023, de Trabajo final website: <https://trabajofinal.es/herramienta-evaluacion-revision-sistemica-amstar/>
- FORHAN, M., & SALAS, X. R. (2013). *Inequities in healthcare: a review of bias and discrimination in obesity treatment*. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(3), 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.jcid.2013.03.362>
- FRUH, S. M., GRAVES, R. J., HAUFF, C., WILLIAMS, S. G., & HALL, H. R. (2021). *Weight bias and stigma: Impact on health*. *The Nursing Clinics of North America*, 56(4), 479–493. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.07.001>
- GARCÍA MILIAN, A. J., & CREUS GARCÍA, E. D. (2016). *La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento*. *Revista cubana de medicina general integral*, 32(3), 0–0. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011&lng=es&tlng=es)
- Gardner, L. A. (2013). *Class III Obese Patients: Is Your Hospital Equipped to Address Their Needs?* National Library Medicine. <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101603559-pdf>
- GOAD, E., GLEESON, K., & JACKSON, S. (2018). *Personal factors associated with the attitudes of nurses towards patients with obesity: a literature review: Attitudes towards patients who have obesity*. *Clinical Obesity*, 8(6), 444–451. <https://doi.org/10.1111/cob.12275>
- GÓMEZ-PÉREZ, DANIELA, S ORTIZ, M., & L SAIZ, J. (2017). *The effects of weight stigmatization on obese people and health care professionals*. *Revista médica de Chile*, 145(9), 1160–1164. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000901160>

- GUPTA, N., BOMBAK, A., FOROUGH, I., & RIEDIGER, N. (2020). Discrimination in the health care system among higher-weight adults: evidence from a Canadian national cross-sectional survey. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 40(11–12), 329–335. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.11/12.01>
- IMC ROTHMAN, K. J. (2008). *BMI-related errors in the measurement of obesity*. *International Journal of Obesity*, 32(S3), S56–S59. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.87>
- MAULDIN, K., MAY, M., & CLIFFORD, D. (2022). *The consequences of a weight-centric approach to healthcare: A case for a paradigm shift in how clinicians address body weight*. *Nutrition in Clinical Practice: Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 37(6), 1291–1306. <https://doi.org/10.1002/ncp.10885>
- NAVAJAS-PERTEGÁS, N. (2017). *Fatphobia is also a Social Work issue*. Idsi.md. Recuperado el 1 de mayo de 2023, de [https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/184-185\\_8.pdf](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/184-185_8.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ([OMS] 2023, 1 de Mayo). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- PEARL, R. L., & PUHL, R. M. (2018). *Weight bias internalization and health: a systematic review*. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(8), 1141–1163. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- PÉREZ-RODRIGO, C., ARANCETA BARTRINA, J., SERRA MAJEM, L., MORENO, B., & DELGADO RUBIO, A. (2006). *Epidemiology of obesity in Spain. Dietary guidelines and strategies for prevention*. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research. Internationale Zeitschrift Fur Vitamin- Und Ernährungsforschung. Journal International de Vitaminologie et de Nutrition*, 76(4), 163–171. <https://doi.org/10.1024/0300-9831.76.4.163>
- PERGUNTA, D. (2007). *Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias*. *Rev Latino-am Enfermagem*, 3.
- PHELAN, S. M., BURGESS, D. J., YEAZEL, M. W., HELLERSTEDT, W. L., GRIFFIN, J. M., & VAN RYN, M. (2015). *Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity: Obesity stigma and patient care*. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- PUHL, R., & SUH, Y. (2015). *Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment*. *Current Obesity Reports*, 4(2), 182–190. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>
- RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, E., LÓPEZ-PLAZA, B., LÓPEZ-SOBALER, A. M. <sup>^</sup>, & ORTEGA, R. M. <sup>^</sup>. (2011). *Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles*. *Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, 26(2), 355–

363. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112011000200017&lng=es&tlnq=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200017&lng=es&tlnq=es).

SÁNCHEZ-CARRACEDO, D. (2022). *El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa*. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 69(10), 868–877. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>

SAXENA, I., & KUMAR, M. (2017). *Obesity discrimination in healthcare*. *European Journal of Internal Medicine*, 46, e29–e30. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.006>

SIKORSKI, C., LUPPA, M., GLAESMER, H., BRÄHLER, E., KÖNIG, H.-H., & RIEDEL-HELLER, S. G. (2013). *Attitudes of health care professionals towards female obese patients*. *Obesity Facts*, 6(6), 512–522. <https://doi.org/10.1159/000356692>

WOLF, N. (1992). *El mito de la belleza*. En *Revista Debate Feminista* (Vol. 5, pp. 214–224).

WU, Y.-K., & BERRY, D. C. (2018). *Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030–1042. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>

## ANEXOS

1. Escala AMSTAR, herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemática de estudios de intervenciones de salud.

**Fig 1. AMSTAR-2:** herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemáticas de estudios de intervenciones de salud

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?

Si	Opcional	
<input type="checkbox"/> Población	<input type="checkbox"/> Ventana temporal de seguimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Intervención		
<input type="checkbox"/> Comparación		
<input type="checkbox"/> Resultado (Outcome)		

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?

Si Parcial	Si	
Los autores afirman que tuvieron un protocolo o guía escrita que incluía TODO lo siguiente:	Además de lo anterior, el protocolo debe estar registrado y también debería haber especificado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si Parcial <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pregunta(s) de la revisión	<input type="checkbox"/> Un meta-análisis / plan de síntesis, si aplicara, y	
<input type="checkbox"/> Una estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/> Un plan para investigar causas de heterogeneidad	
<input type="checkbox"/> Criterios de inclusión / exclusión	<input type="checkbox"/> Justificación para cualquier desviación del	
<input type="checkbox"/> Evaluación del riesgo de sesgo		

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?

Para sí, la revisión debe satisfacer UNA de las siguientes opciones:	
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir sólo Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), o	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir sólo Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA), o	
<input type="checkbox"/> Explicación para incluir ambos: ECA y EINA	

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también debería tener (TODO lo siguiente):	
<input type="checkbox"/> Buscaron por lo menos en 2 bases de datos (relevantes a la pregunta de investigación)	<input type="checkbox"/> Haber buscado en listas de referencias / bibliografía de los estudios incluidos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Si Parcial <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Proporcionaron palabras clave y/o estrategia de búsqueda	<input type="checkbox"/> Haber buscado en registros de ensayos/estudios	
<input type="checkbox"/> Explicitan si hubo restricciones de publicación y está justificada (por ejemplo, idioma)	<input type="checkbox"/> Haber incluido o consultado expertos en el campo de estudio	
	<input type="checkbox"/> Haber buscado literatura gris, si correspondiese	
	<input type="checkbox"/> Haber realizado la búsqueda dentro de los 24 meses de finalizada la revisión protocolo	

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:	
<input type="checkbox"/> Al menos dos revisores estuvieron de acuerdo de forma independiente en la selección de los estudios elegibles y consensuaron qué estudios incluir, o	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Dos revisores seleccionaron una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto seleccionado por un solo revisor	

6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?

Para sí, UNA de las siguientes:	
<input type="checkbox"/> Al menos dos revisores alcanzaron consenso sobre los datos a extraer, o	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> dos revisores extrajeron los datos de una muestra de los estudios elegibles y lograron un buen acuerdo (al menos 80%), siendo el resto extraído por un solo revisor	



7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también describe (TODO lo siguiente):	
<input type="checkbox"/> Se proporciona una lista de todos los estudios potencialmente relevantes, evaluados por texto completo, pero excluidos de la revisión	<input type="checkbox"/> Fue justificada la exclusión de la revisión de cada estudio potencialmente relevante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?

Para sí parcial (TODO lo siguiente):	Para sí, también describe (TODO lo siguiente):	
<input type="checkbox"/> Poblaciones	<input type="checkbox"/> Población en detalle	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Intervenciones	<input type="checkbox"/> Ámbito del estudio	
<input type="checkbox"/> Comparadores	<input type="checkbox"/> Marco temporal para el seguimiento	
<input type="checkbox"/> Resultados	<input type="checkbox"/> Intervención y comparador en detalle (incluidas dosis si fuese pertinente)	
<input type="checkbox"/> Diseños de investigación		

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)		
Para sí parcial debe haber valorado:	Para sí, también debe haber valorado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sólo incluye EINA
<input type="checkbox"/> Enmascaramiento de la asignación, y	<input type="checkbox"/> Generación de la secuencia aleatoria, y	
<input type="checkbox"/> cegamiento de pacientes y evaluadores de resultados (innecesario para resultados objetivos como mortalidad por todas las causas)	<input type="checkbox"/> reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	
Estudios No Aleatorizados de Intervención (EINA)		
Para sí parcial debe haber valorado:	Para sí, también debe haber valorado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí Parcial <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sólo incluye EINA
<input type="checkbox"/> Sesgo de confusión, y	<input type="checkbox"/> Métodos utilizados para determinar exposiciones y resultados, y	
<input type="checkbox"/> sesgo de selección	<input type="checkbox"/> reporte selectivo entre múltiples medidas o análisis de resultados específicos	

10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?

Para sí:	
<input type="checkbox"/> Debe haber informado sobre las fuentes de financiación para los estudios individuales incluidos en la revisión Nota: informar que los revisores buscaron esta información pero que no fue reportado por los autores del estudio, también califica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?

Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)		
Para sí:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Meta-Análisis
<input type="checkbox"/> Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y		
<input type="checkbox"/> utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, e		
<input type="checkbox"/> investigaron las causas de la heterogeneidad		
Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)		
Para sí:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Meta-Análisis
<input type="checkbox"/> Los autores justifican la combinación de los datos en un meta-análisis, y		
<input type="checkbox"/> utilizaron una técnica apropiada de ponderación para combinar los resultados de los estudios, ajustada por heterogeneidad si estuviera presente, y		
<input type="checkbox"/> combinaron estadísticamente las estimaciones de efecto de EINA que fueron ajustados por confusión, en lugar de combinar datos crudos, o justificaron combinar datos crudos las estimaciones de efecto ajustado cuando no hubieran estado disponibles, y		
<input type="checkbox"/> reportaron estimaciones de resumen separadas para los ECA y EINA por separado cuando ambos se incluyeron en la revisión		

## 2. Escala GRADE

<b>Tabla 3 – Clasificación del nivel de evidencia según el sistema GRADE</b>				
Tipo de estudio	Nivel de calidad a priori	Desciende si	Sube si	Nivel de calidad a posteriori
Estudios aleatorizados	Alta	<i>Riesgo de sesgo</i>	<i>Efecto</i>	Alta
		-1 importante	+1 grande	
Estudios observacionales	Baja	-2 muy importante	+2 muy grande	Moderada
		<i>Inconsistencia</i>	<i>Dosis-respuesta</i>	
		-1 importante	+1 gradiente evidente	Baja
		-2 muy importante	<i>Todos los factores de confusión:</i>	
		<i>No evidencia directa</i>	+1 reducirían el efecto observado	
		-1 importante	+1 sugerirían un efecto espurio si no hay efecto observado	
-2 muy importante				
<i>Sesgo de publicación</i>				
-1 probable				
-2 muy probable				