

LA VIDA CON OBESIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO

Análisis narrativo de la estigmatización sufrida en el sistema sanitario hacia
las personas con obesidad

*TRABAJO FIN DE GRADO
REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA*

CURSO 2020/2021

Autora: Natalia Muñiz Sánchez

Directora: Eva Pereda Pereda

Fecha de entrega: 03/05/2021

Número de palabras: 6800



AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por haber confiado en mí siempre y haber hecho que llegue hasta donde he llegado.

A mi abuela, por haberme empujado a seguir en todo momento.

A los Omníparos, por haber hecho de estos 4 años de los mejores de mi vida, acompañarme en este camino, y sentirme afortunada de tenerles conmigo.

A la Escuela, por haberme formado como enfermera.

A mi tutora Eva, por haberme ayudado y aconsejado y apoyado en la realización de este trabajo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVO	12
4. METODOLOGÍA.....	12
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	13
Características de los artículos seleccionados.....	13
¿Existe un sesgo de peso a la hora de atender a los y las pacientes? Perspectiva de profesionales sanitarios	14
Perspectiva de los y las pacientes y repercusiones del sesgo de peso	19
6. CONCLUSIONES.....	22
7. BIBLIOGRAFÍA.....	25
8. ANEXOS	30
Anexo 1. Características del IMC y riesgos asociados	30
Anexo 2. Complicaciones fisiológicas asociadas a la obesidad	31
Anexo 3. Tabla previa al proceso de búsqueda.....	32
Anexo 4. Proceso de búsqueda	33
Anexo 5. Diagrama de flujo.....	40
Anexo 6. Lectura crítica de los artículos de investigación elegidos	41
Anexo 7. Lectura crítica de los artículos de investigación	47
Anexo 8. Tabla resumen de los artículos seleccionados.....	53
Anexo 9. Árbol categorial.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características del IMC y riesgos asociados.	30
Tabla 2. Complicaciones fisiológicas asociadas a la obesidad.....	31
Tabla 3. Tabla de conceptos	32
Tabla 4. Búsqueda en Medline	33
Tabla 5. Búsqueda en PsycINFO.....	34
Tabla 6. Búsqueda en CINAHL	35
Tabla 7. Búsqueda en COCHRANE.....	37
Tabla 8. Búsqueda en Web of Science	38
Tabla 9. Búsqueda en Science Direct (búsqueda manual).....	39
Tabla 10. Estudios de investigación cuantitativa.....	41
Tabla 11. Lectura crítica de los estudios de investigación cuantitativos.....	42
Tabla 12. Estudios de investigación cualitativa.....	44
Tabla 13. Lectura crítica de los estudios de investigación cualitativos.....	45

1. INTRODUCCIÓN

Marco teórico y justificación: estos últimos años la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. El exceso de peso genera consecuencias físicas (p. ej. hipertensión, diabetes mellitus), psicológicas (p. ej. ansiedad, depresión) y sociales (p. ej. absentismo laboral, dificultad en las relaciones sociales). Uno de los factores contribuyentes al exceso de peso es la estigmatización social que predomina en las sociedades de hoy. Esta estigmatización está extendida al ámbito sanitario e influye negativamente en las personas con exceso de peso, provocando, entre otras muchas consecuencias, la evitación de estos individuos a acudir en busca de atención médica.

Objetivo: describir y analizar la estigmatización por parte de los y las profesionales sanitarias hacia las personas con obesidad, así como la percepción y experiencias de estas personas hacia la estigmatización sufrida.

Metodología: se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: Medline Ovid, PsycINFO, CINAHL, Cochrane y Web of Science, así como en ScienceDirect. Esta revisión crítica se compone de 21 artículos. Del total de artículos empleados, 14 son de carácter cuantitativo y 7 de carácter cualitativo, publicados entre los años 2010-2019.

Resultados y discusión: los artículos reflejan la existencia de un estigma predominante en los sistemas sanitarios hacia los y las pacientes con obesidad, propia no únicamente de un único colectivo de profesionales. Incluso las investigaciones realizadas entre estudiantes han revelado atribuciones de carácter negativo hacia los individuos con obesidad. Esta estigmatización se manifiesta tanto desde la forma en la que el personal sanitario percibe a los y las pacientes con obesidad, como a la calidad de la atención que les prestan, la cual es menor, debido también a la carencia de recursos apropiados. Asimismo, el sesgo de peso causa en quienes lo reciben consecuencias que derivan incluso en la evitación de la búsqueda de atención sanitaria. Los pacientes perciben la estigmatización por el peso como deshumanizante, llegando a sentirse indignos de recibir atención por parte de los profesionales sanitarios e incluso, exhibiendo cambios en su índice de masa corporal en base al trato que reciben.

Conclusiones: la estigmatización de la obesidad en sanidad es un hecho presente en la mayoría de los sistemas sanitarios, llevado a cabo por diversos profesionales de la salud, y que conlleva consecuencias tanto físicas como psicológicas en los y las pacientes que la sufren. Es necesaria la concienciación acerca de la existencia de este problema en los sistemas sanitarios de hoy en día, además de la educación con respecto a ello, con el

objetivo de lograr una atención de mayor calidad a los individuos que están expuestos a ella, y evitar así las consecuencias que conlleva.

Palabras clave: obesidad, estigmatización, sanidad, profesionales sanitarios, pacientes, percepciones.

INTRODUCTION

Background: In recent years, obesity has reached epidemic proportions worldwide. Excess weight leads to physical (e.g. hypertension, diabetes mellitus), psychological (e.g. anxiety, depression) and social consequences (e.g. absenteeism from work, difficulty in social relations). One of the contributing factors to overweight is the social stigma that predominates in today's societies. This stigmatisation is widespread in the health care environment and has a negative influence on overweight individuals, leading, among many other consequences, to their avoidance of seeking medical care

Objective: To describe and analyse the stigmatization by health professionals towards people with obesity, as well as the perception and experiences of these people towards the suffered stigmatization.

Methods: Twenty-one articles searched through Medline Ovid, PsycINFO, CINAHL, Cochrane, and Web of Science databases, as well as ScienceDirect. Of the total number of articles used, 14 are quantitative and 7 are qualitative, published between 2010-2019.

Results and discussion: The articles reflect the existence of a prevailing stigma in health systems towards patients with obesity, not only among a single group of professionals. Even research among students has revealed negative attributions towards obese individuals. This stigmatisation manifests itself both in the way health workers perceive patients with obesity and in the quality of care they provide, which is lower, also due to a lack of appropriate resources. Furthermore, weight bias has consequences for those who experience it, including avoidance of seeking care. Patients perceive weight stigmatisation as dehumanising, feeling unworthy of care from health professionals and even exhibiting changes in their body mass index based on their treatment.

Conclusions: The stigmatisation of obesity in healthcare is a fact present in most healthcare systems, carried out by various health professionals, and which has both physical and psychological consequences for the patients who suffer from it. Awareness of the existence of this problem in today's healthcare systems is necessary, as well as

education about it, in order to achieve higher quality care for individuals who are exposed to it, and to avoid the consequences that it entails.

Keywords: obesity, stigmatisation, healthcare, healthcare professionals, patients, perceptions.

2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud¹. La obesidad se trata de una enfermedad multifactorial y compleja en la que, además, en función de la magnitud de la grasa corporal y de su ubicación topográfica, va a determinar diferentes riesgos de salud que van a limitar las expectativas y la calidad de vida de las personas que la padezcan^{2,3}. En las últimas décadas, pocas enfermedades crónicas han avanzado de forma tan alarmante como la obesidad y, de hecho, los datos recogidos de todos los países indican que, hoy en día, con un aumento de más del triple con respecto a 1980, el exceso de peso se ha convertido en una epidemia mundial habiendo sido declaradas por la OMS como tal^{2,4}.

La clasificación actual de la obesidad, propuesta por la OMS, se basa en el Índice de Masa Corporal (IMC), es decir, la relación entre el peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la altura, expresado en metros¹. En el [anexo 1](#) se presenta la clasificación de los diferentes grados de la obesidad junto con las características y riesgos asociados^{1,2,5,6}.

Además del IMC, existen otros métodos de medición de la grasa corporal, como la medición de los pliegues subcutáneos, cuya suma se considera un indicador de la grasa subcutánea². El método de mayor uso actualmente es la bioimpedanciometría, que mide la resistencia del cuerpo al paso de una corriente alterna de baja intensidad, permitiéndose determinar así el contenido de agua corporal, y, por tanto, a través de ecuaciones se puede calcular la masa libre de grasa y la grasa corporal². Por otro lado, existen otras técnicas como la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear que actúan como referentes para la estimación del área de grasa visceral y subcutánea a nivel de L4-L5, e intrahepática a nivel D12-L1⁷. Asimismo, se ha establecido que la acumulación de grasa en la zona toraco-abdominal del cuerpo está asociada a mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica, por ello, se han llevado a cabo distintos tipos de mediciones como el índice cintura-cadera y la medición de la circunferencia de cintura, con el objetivo de medir la distribución de la grasa corporal; de hecho, esta última se considera hoy en día un buen predictor clínico del riesgo cardiovascular asociado a la obesidad abdominal².

En cuanto a la prevalencia del exceso de peso, en 2016, la OMS estimó que, a nivel mundial, más de 1.900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, y de estos, más de 650 millones tenían obesidad. Asimismo, en ese mismo año, el 39 % de la población adulta mundial tenía sobrepeso, y alrededor del 13 % de (un 15 % de las mujeres y un 11 % de hombres) tenían obesidad¹. Aunque previamente el sobrepeso y la obesidad se relacionaban con los países con ingresos altos, actualmente en los países de ingresos bajos y medianos es considerado un problema¹. El desarrollo de la obesidad ha aumentado en todas las edades y en ambos sexos, independientemente de la localización geográfica, el origen étnico o la situación socioeconómica, aunque sí suele ser más prevalente en personas de edad avanzada y en mujeres². Además, se calcula que los costes económicos derivados de la obesidad se sitúan cerca del 0,7-2,8 % del gasto sanitario total de un país⁸.

Asimismo, a nivel global, la prevalencia de sobrepeso en Europa se incrementó de un 48 % en 1980 a un 59,6 % en 2015, y la de obesidad de un 14,5 % en 1980 a un 22,9 % en 2015. Europa y América fueron los dos continentes con la mayor prevalencia de obesidad, siendo Turquía y EE.UU. los países que mayores tasas de exceso de peso presentaron³ (ver Figura 1).

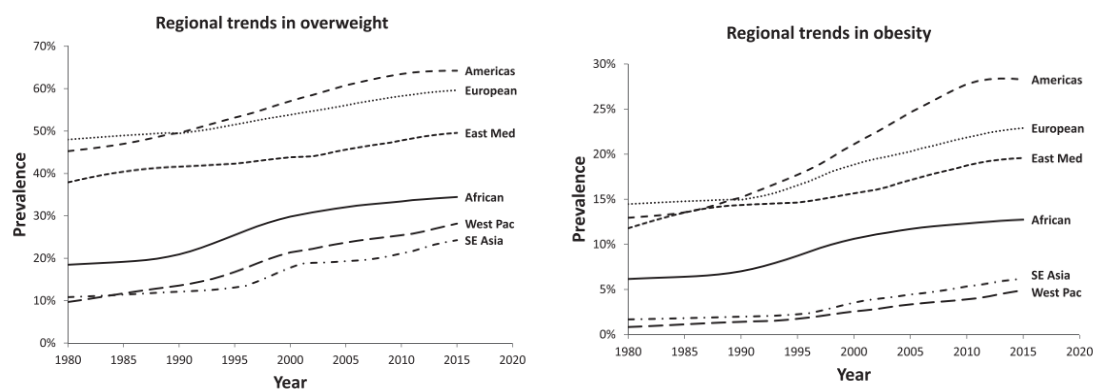


Figura 1. Prevalencia estandarizada por edad del sobrepeso (izquierda) y la obesidad (derecha) población adulta mayor de 20 años por región geográfica y año (aprox. 1980-2015) (Tomado de: Chooi et al., 2019)

En España, la prevalencia de la obesidad continúa en aumento⁹. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017¹⁰, la obesidad afecta al 17,4 % de la población adulta, y, el sobrepeso, al 54,5 %. Además, un 17,4 % de las mujeres y un 18,2 % son hombres tiene obesidad; mientras que la tasa de sobrepeso es más significativa en los hombres (44,3 %) que en las mujeres (30 %). Asimismo, el porcentaje de obesidad crece según disminuye la clase social, especialmente entre las mujeres, donde pasa del

7,3 % en la clase I al 24 % en la clase VI¹⁰.

En cuanto a las tasas de prevalencia de obesidad por comunidad autónoma, las más altas se encuentran en Ceuta (24,1 %) y el Principado de Asturias (21,7 %), mientras que las menores se encuentran en Castilla y León (13,2 %) y en el País Vasco (13,8 %)¹⁰.

Por último, mencionar que más de la mitad de la población adulta tiene exceso de peso con un incremento de 14,7 puntos porcentuales en los últimos 30 años¹⁰ (ver Gráfico 1).

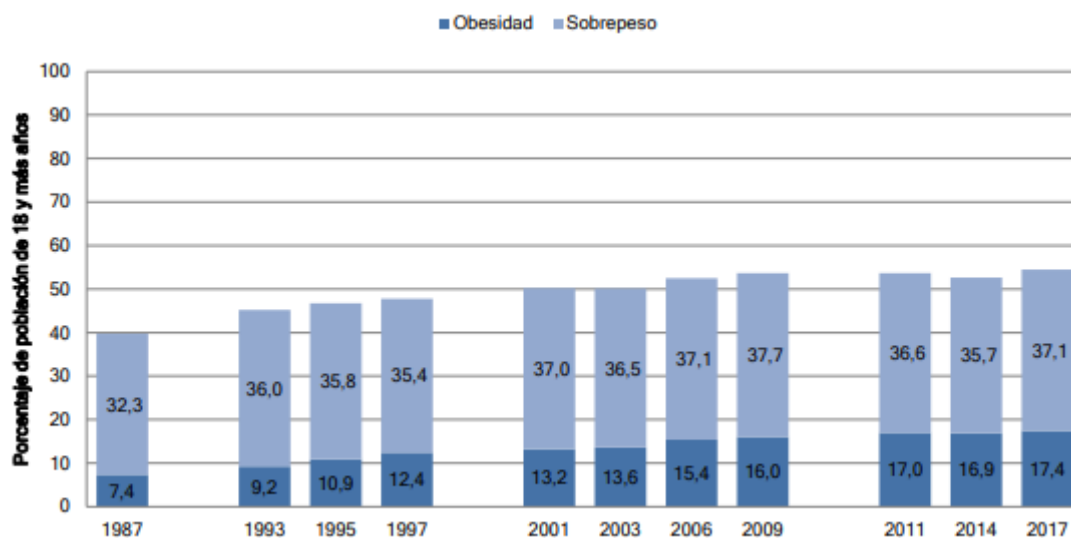


Gráfico 1. Evolución de la prevalencia del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la población de 18 y más años. Distribución porcentual. España, 1987-2017 (Tomado de Ministerio de Sanidad, 2019)

Respecto a la etiología de la obesidad, se considera una enfermedad de origen multifactorial en la que intervienen determinantes tanto genéticos como ambientales¹¹.

En cuanto a su origen genético, se ha determinado, que la obesidad, es una enfermedad multifactorial con una alta heredabilidad, de entre un 50 % y un 75 %¹². Además, la genética también juega un papel relevante en la conversión eficiente de los alimentos en energía y en el gasto energético durante el ejercicio¹³. Asimismo, el microbioma humano es otro factor determinante para la obesidad, de manera que si es “obeso” da como resultado una mayor grasa corporal que un microbioma “delgado”¹⁴.

Factores ambientales como la falta de actividad también promueven la ingesta alimentaria¹³. Cabe destacar que el entorno urbano de una persona influye también en la cantidad y el tipo de ejercicio físico que realice y, por tanto, en las probabilidades de desarrollo de obesidad¹⁴.

La elección de los alimentos es otro factor contribuyente a la obesidad y afecta

directamente al tipo y cantidad de ingesta calórica¹³. La obesidad es parte de la familia, y no únicamente por la genética, los miembros de una misma familia tienden a tener hábitos alimenticios similares, estilos de vida y actividades, por lo que, si uno o varios miembros tienen obesidad, el riesgo de padecerla es mayor¹³.

Otro de los factores importantes es la influencia de los vínculos sociales; algunas prácticas culturales como celebraciones religiosas o reuniones familiares o con amistades, se caracterizan por ir acompañadas de alimentos elevados en calorías y bajo nivel nutritivo, lo cual puede contribuir a la implantación de prácticas de alimentación no saludables⁴. Además, los avances tecnológicos también han influido en el cambio de la alimentación, aumentando la cantidad de grasa, azúcar y sal y siendo más económicos que las alternativas saludables¹⁴. A las dietas elevadas en calorías, se añade el consumo de comida rápida y bebidas con alto contenido calórico, así como hábitos tales como no desayunar o comer porciones elevadas¹³.

La obesidad determina diversos riesgos a nivel biológico, psicológico y social. En lo que se refiere a las comorbilidades físicas, estas pueden manifestarse a corto, mediano y largo plazo¹³. En el [anexo 2](#) se han recogido las complicaciones fisiológicas más relevantes^{13,14,15,16,17,18}.

Las consecuencias del exceso de peso no solo se limitan a los aspectos físicos, sino que trascienden al campo emocional y social¹⁹. El estigma social de la obesidad tiene un efecto negativo sobre el autoconcepto del sujeto ya que las consecuencias psicosociales de esta derivan de la marginación, rechazo y prejuicio de la sociedad²⁰. Este desprecio que desde la infancia comienza a padecer la persona con obesidad le produce un daño irreparable en la valoración de su imagen corporal y autoestima. Asimismo, la ansiedad y emocionalidad experimentada por las personas con obesidad es alta, y produce niveles elevados de tensión, impulsividad y agresividad. También suelen tener dificultades en el mantenimiento y/o establecimiento de relaciones interpersonales, debido a la falta de habilidades sociales y a la dificultad para expresar sentimientos, lo que deriva en tasas altas de soledad²¹. Además, la depresión constituye una patología que se asocia frecuentemente al exceso de peso, y, aparte de poseer una fisiopatología común a esta, se considera que podría desarrollarse como efecto directo a nivel de la toxicidad cerebral que genera la obesidad^{21,22}.

La estigmatización que genera la obesidad en general, y las personas con obesidad en

particular, se define como las actitudes y las creencias negativas atribuidas a una persona en base a su peso y que han contribuido a que, entre otras, a las personas con obesidad se les asocie con ser perezosas, no tener fuerza de voluntad o ser menos inteligentes²³. Sin embargo, la mayor parte de la sociedad no es consciente de esta discriminación existente hacia las personas con obesidad, de hecho, actualmente ser una persona con obesidad es la única forma de discriminación no legalmente reconocida^{24,25}.

El sesgo de peso se extiende también a los medios de comunicación, donde la obesidad se suele presentar como el resultado de deficiencias personales, vagancia o indulgencia y las personas con obesidad son frecuentemente representadas a través de roles estereotipados y suelen ser objetos de burla^{26,27}.

El predominio del modelo “anti-obesidad” de la sociedad actual, ha llegado al ámbito sanitario, comprometiendo el cuidado de las personas con sobrepeso y obesidad²⁴. Algunos estudios han reportado que el personal sanitario también estigmatiza a las personas con obesidad y sostiene el modelo de “culpabilidad de la víctima” en su atención; no obstante, esta estigmatización todavía no es reconocida como una forma de discriminación por parte de la mayoría²⁴.

Este ambiente “anti-obesidad” es visible también en la infraestructura sanitaria, ya que encontramos puertas estrechas o sillas pequeñas con reposabrazos, además de entre el material, manguitos para la presión sanguínea de medidas determinadas o incluso algunas básculas que no pueden registrar más de un peso determinado²⁸. Los y las sanitarios también suelen tener actitudes negativas hacia las personas con obesidad, además de expresar insatisfacción a la hora de atender a este tipo de pacientes²⁹. Esta estigmatización tiene consecuencias directas y observables para la calidad y la naturaleza de los servicios prestados a los y las pacientes con obesidad, lo que conduce a otra vía potencial a través de la cual el estigma del peso puede contribuir a tasas más altas de mala salud entre estos pacientes²⁹. Estudios como el de Brown et al.³⁰, han determinado que a medida que el IMC del paciente aumenta, el respeto hacia el mismo disminuye. Además, muchos esfuerzos comunes contra la obesidad, como que el consejo médico estándar para la pérdida de peso se centre en asumir la responsabilidad individual y ejercer la fuerza de voluntad, contribuyen al estigma de peso³¹.

Todo esto, ha derivado en que algunas de las personas con obesidad terminen identificando al personal sanitario como la fuente primaria de estigmatización del peso, y

desembocando en una pérdida de confianza hacia la sanidad³².

En definitiva, estos datos muestran que la estigmatización existente hacia las personas con obesidad es un problema de grandes dimensiones. A través de esta revisión, se pretende profundizar en el estigma hacia las personas con obesidad que, a día de hoy, persiste en el sistema sanitario.

3. OBJETIVO

Describir y analizar la estigmatización por parte de los y las profesionales sanitarias hacia las personas con obesidad, así como la percepción y experiencias de estas personas hacia la estigmatización sufrida.

4. METODOLOGÍA

Con el objetivo de dar respuesta al objetivo del trabajo, se realizó una revisión crítica de la literatura sobre la estigmatización hacia las personas con obesidad en el ámbito sanitario. Para ello, se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: Medline, PsycINFO, CINAHL, Cochrane y Web of Science. Asimismo, se seleccionaron artículos a través de búsqueda manual en ScienceDirect.

En primer lugar, se determinaron las palabras clave del objetivo para, posteriormente, buscar los tesauros correspondientes a dichas palabras clave en cada una de las bases de datos consultadas (*consultar [anexo 3](#)*).

A continuación, se procedieron a realizar en cada base de datos, distintas combinaciones de los tesauros con los operadores booleanos “OR” y “AND” con el objetivo de ejecutar diferentes ecuaciones de búsqueda que diesen como resultado artículos que pudiesen responder al objetivo planteado del trabajo (*consultar [anexo 4](#)*). En esta fase, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión a tener en cuenta:

- Criterios de inclusión: artículos publicados entre los años 2010-2020, en idioma inglés o español, que abarquen la estigmatización del peso desde cualquier disciplina sanitaria (p. ej. enfermería, fisioterapia, medicina) y aglutinen tanto a profesionales como alumnado de esas disciplinas.
- Criterios de exclusión: artículos enfocados únicamente a población infantil o

adolescente, es por ello por lo que, en algunas de las búsquedas más amplias se ha empleado como limitador “*all adult*” o “*adult +19 years*”.

Finalmente, se llevó a cabo una lectura crítica de los títulos y los resúmenes de los artículos obtenidos en cada una de las ecuaciones de búsqueda ejecutadas con el objetivo de seleccionar únicamente aquellos que podían resultar útiles para responder al objetivo. (consultar [anexo 8](#)).

Tras ello, se obtuvieron 21 artículos para proceder a la elaboración de la revisión. El proceso de selección de artículos se ha sintetizado en un diagrama de flujo (consultar [anexo 5](#)).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características de los artículos seleccionados

Tras el proceso de búsqueda y selección crítica de los artículos llevado a cabo, se han incluido para la redacción de este apartado 21 artículos, de los cuales 14 corresponden a artículos de carácter cuantitativo y 7 de carácter cualitativo, todos ellos publicados entre los años 2010 y 2019. En el gráfico 2 se exponen los años de publicación de los artículos seleccionados.

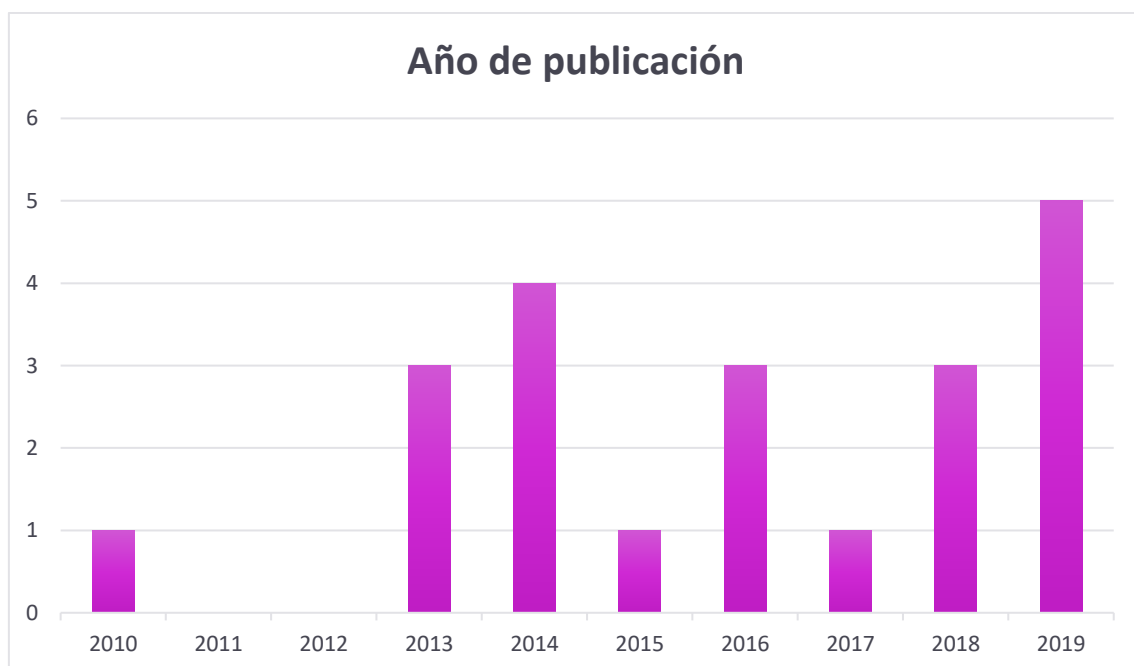


Gráfico 2. Artículos por año de publicación.

Asimismo, los estudios seleccionados han sido realizados en diferentes países de diversos continentes, lo cual permite una visión global de la situación a exponer.

En este apartado, por un lado, se comentarán aquellos resultados extraídos de los artículos que tengan que ver con el sesgo de peso y estigmatización de la obesidad en el sistema sanitario desde la perspectiva de los y las profesionales sanitarias. En este caso, se expondrán los resultados con su posterior discusión, de estudios llevados a cabo con profesionales de la enfermería y medicina, aunque también de investigaciones en cuya muestra se han incluido a estudiantes de diferentes disciplinas de la salud, fisioterapeutas, profesionales encargados del tratamiento de desórdenes alimenticios o investigadores en el campo de la obesidad.

Por otro lado, se comentarán los resultados de aquellos artículos cuyo enfoque esté situado en las percepciones de los y las pacientes con obesidad hacia la estigmatización sufrida en el sistema sanitario.

¿Existe un sesgo de peso a la hora de atender a los y las pacientes? Perspectiva de profesionales sanitarios

En general, todos los estudios han mostrado en mayor o menor medida, la existencia de un sesgo de peso entre los diferentes profesionales sanitarios hacia los pacientes con obesidad. De hecho, es independiente la infraestructura sanitaria en la que se ejerza, hospital o centro de salud, que se han encontrado datos de estigmatización en ambos lugares.

Por ejemplo, el estudio realizado por Alberga et al.³³ en una muestra de 400 médicos de atención primaria, pese a no recibir respuestas consistentes de los participantes que supongan un sesgo de peso elevado, sí que recopiló algunas respuestas relacionadas con una visión negativa de los y las pacientes con obesidad tales como: sentimientos de frustración (33,3 %) y de disgusto (18,5 %) a la hora de tratar a pacientes con obesidad, así como creencias de que estos pacientes normalmente no suelen ser adherentes a las recomendaciones de tratamiento (27,8 %) o que suponen un aumento en la demanda de atención sanitaria, afirmación en la cual el 50 % de la muestra coincidió. Se detectó que, a mayor sesgo de peso, mayores actitudes negativas con respecto al trato con pacientes con obesidad ($r=0,66$) y mayor firmeza en cuanto a que dichos pacientes deberían pagar extra por la sanidad pública ($r=0,68$)³³. En otra investigación, los resultados reflejaron la

existencia de un sesgo de peso entre los profesionales de atención primaria con respecto a los pacientes con obesidad³⁴. Así, obtuvieron puntuaciones altamente significativas en la subescala “miedo a la grasa” y en la de “fuerza de voluntad” del Cuestionario de Actitudes Anti-Grasa (AFAQ). La fuerza de voluntad se relaciona con el estereotipo predominante en las sociedades actuales de que el exceso de peso se debe a una falta de control personal para mantener un peso saludable, por lo que, aunque no se exhibió una aversión significativa en general por las personas con obesidad, como sí se reflejó en la muestra de Alberga et al.³³, sí se reflejaron conceptos erróneos de atribución sobre los y las pacientes con obesidad³⁴. Además, los resultados mostraron que aquellos profesionales con 20 o más años de experiencia indicaron mayor aversión hacia los y las pacientes con obesidad que aquellos con menos de 10 años de experiencia³⁴.

No obstante, el estigma existente en el sistema sanitario hacia los pacientes con obesidad no es exclusivo de la atención primaria ni de un grupo exclusivo de profesionales sanitarios. En otros servicios hospitalarios, como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), existe generalmente una preferencia significativa por las personas delgadas sobre aquellas con exceso de peso al ser estas últimas consideradas como “más perezosas”, además de una incomodidad social a la hora de tratar con pacientes con obesidad mórbida, resultante de las actitudes sociales preexistentes sobre la obesidad, y que, a su vez, supone un problema importante en el tratamiento^{35,36}. De hecho, algunas de las tácticas de comunicación empleadas por el personal de UCI a la hora de hablar de la obesidad del paciente, consisten en el empleo de eufemismos, códigos secretos y gestos; lo cual refleja la forma en la que algunos profesionales, conscientes del sesgo de peso que rodea a la sanidad hoy en día, tratan de evitar que los prejuicios personales queden expuestos³⁶.

Asimismo, Sikorski et al.³⁷ analizaron las actitudes de una muestra de sanitarios de diferentes disciplinas, principalmente personal enfermero (49,8 %) y médico (28,4 %), hacia mujeres con obesidad. La mayor parte de los encuestados sostuvieron que la provisión de cuidado a las mujeres con obesidad era más complicada que a aquellas con normopeso y, además, el 63 % refirieron que normalmente es difícil conseguir los recursos necesarios para el cuidado de estos³⁷. De hecho, Tanneberger y Ciupitu-Plath³⁸, explicitaron que el personal de enfermería refería un acceso insuficiente a recursos externos, como ayudas técnicas, una proporción de personal adecuada o instalaciones apropiadas, contribuían a que el cuidado hacia los y las pacientes con obesidad se considerara de menor calidad, a la vez que requiriese un cuidado enfermero de mayor

intensidad. Sin embargo, estas declaraciones reivindicadoras de que se posean recursos adecuados para este grupo de pacientes, no eximieron de que, entre parte de la muestra persistieran atribuciones como que los y las pacientes con obesidad son “físicamente poco atractivos” o “con un olor corporal desagradable”, así como afirmaciones como que aplican un trato diferenciado a estos pacientes por desaprobación a ellos³⁸. Sin embargo, en el estudio conducido por Sikorski et al.³⁷ en comparación con otros profesionales de la salud como médicos o terapeutas, el personal de enfermería sí mostró una visión menos negativa y estadísticamente significativa de los pacientes con obesidad. Además, al contrario que Khandavala et al.³⁴, Sikorski et al.³⁷ obtuvieron una visión menos negativa sobre los individuos con obesidad en aquellos participantes con mayor experiencia laboral ($\beta = -0.013, p < 0.05$).

Sin embargo, no únicamente el personal de enfermería y medicina está tras la estigmatización que las personas con obesidad sufren en el sistema sanitario. En el ámbito de la fisioterapia también se encuentra presente el sesgo de peso, al asociar muchos de estos profesionales el trabajo con pacientes con obesidad, con palabras con connotación negativa como “peligroso”, “difícil”, “arriesgado” o “desafiante”, además de afirmar la dificultad que supone trabajar con individuos que tienen un cuerpo más grande^{37,38,39}. Asimismo, también tienden a describir el peso como una consecuencia principalmente de factores de estilo de vida y enfatizan los cambios únicamente en la dieta y el ejercicio para la disminución del peso^{34,39}.

El gremio de los profesionales encargados del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tampoco está exento del sesgo de peso. De hecho, aquellos que exhiben un sesgo de peso más fuerte tienden a ser más propensos a creer que la obesidad es causada por factores comportamentales en lugar de ambientales o biológicos, expresar actitudes negativas y frustraciones sobre el tratamiento de pacientes con obesidad y perciben peores resultados del tratamiento para estos pacientes⁴⁰. Un estudio llevado a cabo con terapeutas y dietistas-nutricionistas encargadas del tratamiento de los TCA reveló que un 33 % mantuvo que las personas con obesidad tienen un autocontrol deficiente, así como que son poco atractivas (2 %), inseguras (50 %) y comen en exceso (55 %)⁴⁰. Resultados de carácter estereotipado, similares a los encontrados en otros estudios^{34,38}. Aunque porcentajes relativamente bajos (1-17 %) de la muestra expresaron actitudes negativas sobre los pacientes con obesidad, el 56 % coincidió en haber sido testigo de otros profesionales de su mismo campo de haber hecho comentarios negativos

sobre sus pacientes con obesidad, y el 29 % en que sus colegas tendían a tener actitudes negativas hacia ellos⁴⁰. Asimismo, reportaron que únicamente el 36 % cree que los pacientes con obesidad cumplen con las recomendaciones de tratamiento y el 24 % confía en que puedan mantener la pérdida de peso una vez lograda⁴⁰. Estos resultados explicitan lo disperso que se encuentra el sesgo de peso entre los profesionales de la salud, independientemente de su profesión, ya que Alberga et al.³³, también indicaron creencias similares entre la población médica. A diferencia de Khandavala et al.³⁴, en la muestra de Puhl et al.⁴⁰, se identificó un menor sesgo de peso a mayor experiencia laboral ($p < .05$), lo cual puede venir condicionado por que el estudio de Khandavala et al.³⁴ se llevó a cabo antes de una sesión educativa sobre obesidad, por lo que tras esta, los resultados podrían haber cambiado.

Incluso las futuras generaciones de profesionales sanitarios comienzan a exhibir actitudes y creencias relacionadas con una estigmatización hacia los y las pacientes con obesidad^{41,42,43,44}. El alumnado tiende a realizar asociaciones negativas respecto a las personas con obesidad tales como que les gusta mucho la comida, comen en exceso, son lentas e inactivas, o no tienen resistencia^{41,44}; creencias que son mantenidas también durante la etapa laboral^{34,38}. Además, un elevado porcentaje (43 %) de estudiantes sanitarios sostiene que los y las pacientes con obesidad son un objetivo común de humor despectivo en el ámbito sanitario por parte de otros estudiantes y residentes; además de sentir frustración a la hora de interactuar con estos pacientes (36 %), considerar que carecen de motivación para realizar cambios en el estilo de vida (33 %) y que son difíciles de tratar (33 %)⁴².

Yilmaz y Yabancı Ayhan⁴⁴ llevaron a cabo una comparación del sesgo de peso que poseen estudiantes de enfermería y personal enfermero, encontrando una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la fobia a las grasas expresada por ambos grupos. Asimismo, aunque tanto ambos grupos expresaron creencias negativas acerca de los y las pacientes con obesidad, las del alumnado fueron menores⁴⁴. Estos resultados ponen de manifiesto que pese a que el alumnado posee un sesgo de peso, no es tan elevado como el que se exhibe durante la etapa laboral.

Sin embargo, aunque el alumnado pueda desde un inicio tratar de evitar y concienciarse con el sesgo de peso que abunda en los sistemas sanitarios, durante su formación está continuamente expuesto a él, ya que el 65 % informa acerca de haber presenciado comentarios negativos o bromas sobre pacientes con obesidad por parte de proveedores

de atención médica⁴². De hecho, Hauff et al.⁴³ identificaron cuáles eran los principales problemas que el alumnado había detectado en sus prácticas clínicas y que, contribuían al aumento de su sesgo de peso, siendo estos: la existencia de material apropiado, como la falta de pijamas o batas de tallas más grandes, o de manguitos de tensión arterial de mayor tamaño; la privacidad inadecuada que los y las pacientes con obesidad experimentan, al encontrarse las básculas en áreas abiertas y con poco espacio, o la mención en voz alta del peso por parte del personal enfermero; y, por último, el empleo de lenguaje estereotipado o la realización de bromas o comentarios negativos sobre la obesidad en espacios públicos.

Asimismo, esta estigmatización hacia las personas con obesidad no solo se refleja a través de las atribuciones o estereotipos que los y las profesionales sanitarios poseen hacia ellos, sino a través también en la calidad de la atención que reciben. Aquellos profesionales de la salud con sesgo de peso más elevado tienden a prescribir recomendaciones de dieta y ejercicio más específicas para los pacientes con obesidad que para aquellos con normopeso, además de asociarlas a términos como “modificaciones estrictas” y “drásticas”⁴⁵. Además, asumen que los y las pacientes con IMC saludable “podría aumentar su rutina de ejercicio”, mientras que aquellos con obesidad “deben comenzar a caminar”⁴⁵. Las diferencias en la calidad de la atención también pueden ser percibidas incluso en la medicación prescrita a una clase de pacientes y a otra, de forma que las estatinas son recomendadas a los individuos con normopeso una vez que las modificaciones en el estilo de vida resultan ineficaces, mientras que a los pacientes con obesidad se les recomienda de inmediato⁴⁵.

En definitiva, la estigmatización de la obesidad también influye en la calidad de la atención que se otorga, de forma que un mayor sesgo de peso se relaciona con consejos específicos sobre dieta y ejercicio³⁹; énfasis en la intervención farmacéutica, prominencia de las modificaciones del estilo de vida dirigidas a la pérdida de peso y empleo de un discurso menos empático, al usar en menor cantidad palabras con connotaciones positivas como “educación” y “ánimo”, lo cual supone que con los y las pacientes con obesidad se establece una relación menos amistosa y empática⁴⁵. Wynn et al.⁴⁶ trataron de identificar a través de una muestra compuesta principalmente por personal de medicina y enfermería, si parte del origen de este sesgo de peso que influye en la calidad de la atención a pacientes con obesidad puede ser el déficit de conocimiento, sin embargo, los resultados obtenidos

sugirieron que el conocimiento sobre la obesidad no necesariamente conduce a una reducción de los prejuicios⁴⁶.

Los resultados expuestos explicitan por tanto que la estigmatización de la obesidad en sanidad es un problema real y propio no únicamente de profesionales de la medicina o enfermería, sino que está extendido a diferentes profesionales del ámbito de la salud. Además, no es algo que haya surgido recientemente, sino que lleva conviviendo con las sociedades desde hace años. De hecho, en los últimos años con respecto al inicio de la década, los profesionales e investigadores de la salud y obesidad reportan más sentimientos negativos hacia las personas con sobrepeso, aunque también un menor nivel de sesgo implícito⁴⁷. Por tanto, los resultados evidencian un sesgo de peso presente en los sistemas sanitarios no únicamente de un lugar concreto, sino de diversos lugares del mundo, además de por parte de la mayor parte del colectivo sanitario.

Perspectiva de los y las pacientes y repercusiones del sesgo de peso

Al igual que no hay infraestructura o profesional sanitario que se exente de estar influenciado por el sesgo de peso, los y las pacientes tampoco están exentos de sus consecuencias. Remmert et al⁴⁸ encontraron que el 70,6 % de adultos con obesidad informó de al menos un caso de una experiencia de atención médica estigmatizante en los últimos 12 meses. Los participantes coincidieron mayoritariamente (38,8 %) en que la situación por la cual se sentían más comúnmente estigmatizados es cuando el personal médico dice que el peso es un problema de salud, cuando los pacientes gozan de buena salud⁴⁸. El 38,1 % también expuso como otro elemento estigmatizante al que suelen enfrentarse, el hecho de que se asocie cualquier afección física con su peso; y, entre otras experiencias estigmatizantes mencionadas también se encuentran las recomendaciones de la dieta incluso cuando no hay intención de hablar sobre el peso, así como la recomendación de perder peso sin que se brinden opciones de tratamiento para dicha pérdida o consejos⁴⁸. No obstante, se reportaron muy pocas experiencias de estigmatización manifiesta (como ser ridiculizado) y muchas de estigmatización sutil, lo cual supone que los pacientes están experimentando formas más sutiles de sesgo que podrían afectar a la atención clínica⁴⁸. Asimismo, este estudio demostró que, a mayor número de situaciones estigmatizantes, mayor estigma de peso internalizado, y, a su vez, niveles más altos de conductas alimentarias desadaptativas; esto es, cuando un proveedor

de atención médica perpetúa el estigma del peso, las personas con mayor estigma de peso internalizado pueden experimentar mayor alimentación emocional descontrolada como resultado⁴⁸.

Las usuarias de la atención reproductiva tampoco están exentas de la estigmatización. Bombak et al⁴⁹ realizaron un estudio con una muestra de 24 mujeres con sobrepeso y obesidad que comentaron sus experiencias como pacientes con un peso elevado al acceder y recibir atención reproductiva. Las participantes describieron frecuentemente situaciones en la que se habían sentido disgustadas por el lenguaje que había sido utilizado por los profesionales sanitarios que las habían atendido; términos como “gorda” que describen como molesto, u “obesa”, calificado como especialmente hiriente, además de frases del mismo carácter ofensivo como “la necesidad de tener una máquina especial para mover a la gente gorda”, habían sido empleados para dirigirse a ellas⁴⁹. Por otro lado, algunas participantes también identificaron experiencias en las que, como resultado, habían experimentado sentimientos de culpa al haberles hecho los profesionales que las habían atendido, sentir que su peso ponía en riesgo al feto o les hacía más propensas a sufrir, por ejemplo, abortos espontáneos⁴⁹. Otras, además, describieron cómo algunas de las discriminaciones sufridas se extienden, hasta el punto de que algunos profesionales muestran un rechazo total hacia la provisión de cuidado a pacientes con sus características de peso⁴⁹. Como consecuencia de esta estigmatización sufrida, refirieron que en muchas ocasiones sus preocupaciones acerca de la salud reproductiva quedaban reducidas únicamente al peso, llegando al punto de producirles sentimientos de deshumanización o indignas de una atención compasiva y de calidad⁴⁹.

En la misma línea, Williams et al.⁵⁰ encontraron que mujeres con sobrepeso y/u obesidad emplearon variedad de términos para describir sus cuerpos, como “gorda”, “sobrepeso” o “grande”, empleando apenas el término “obesa” para referirse a sí mismas, lo cual recuerda a la asociación que las participantes del estudio de Bombak et al.⁴⁹ habían hecho entre el término “obesa” y que sea un término hiriente. Además, expusieron que el estigma de peso que experimentaban provocaba que una vez que se las definía como pacientes con sobrepeso u obesidad, se las consideraba insanas o no adherentes al tratamiento⁵⁰. Las encuestadas definieron como “traición” el hecho de recibir comentarios no deseados por parte de sus proveedores de atención sanitaria, ya que contradice todo lo que un paciente espera de ellos, y como “deshumanizante el tener sobrepeso en un contexto médico”, afirmación similar que Bombak et al.⁴⁹ habían recogido; y que como

consecuencia del estigma, afloraba en ellas la creencia de que no era visibles para sus médicos más allá de su exceso de peso y que sus problemas actuales eran pasados por alto para centrarse únicamente en la forma de su cuerpo, conllevando, todo esto, a que la interacción con sus referentes de salud fuese menor⁵⁰.

Además, el estigma sufrido por los pacientes con obesidad no reside únicamente en la atención médica que se les brinda de manera directa, sino que también a través de pruebas médicas como puede ser la solicitud de una analítica⁵¹. Un estudio llevado a cabo con 711 pacientes, tanto con obesidad como con normopeso, mostró las diferencias que se dan en lo que respecta a la atención que reciben los pacientes en el servicio de urgencias en base a su peso. Aunque no se observaron distinciones por el peso en cuanto al tiempo en el que unos pacientes y otros eran atendidos, sí se identificó como a la hora de realizar análisis sanguíneos se solicitó significativamente mayor cantidad de peticiones de función hepática en los y las pacientes con obesidad que en el grupo sin obesidad (8,9 %, IC 95 % 0,8-17,1; $p=0,04$), así como de enzimas cardíacas (10,8%, IC 95% 2,5-19,2; $p=0,008$)⁵¹. Asimismo, el grupo de pacientes con obesidad también tuvo más peticiones de radiografías abdominales (9,2 %, IC 95 % 2.9-15.4)⁵¹.

Esta estigmatización acarrea como consecuencia principal que las pacientes acaben identificando a sus médicos como personas en las que raramente pueden confiar para que les ayuden a conseguir resultados saludables, tanto físicos como emocionales⁵⁰. De hecho, Hauff et al.⁴³ afirmaron que las nociones preconcebidas sobre las personas con sobrepeso y obesidad sostenidas tanto por estudiantes como por profesionales hacen que, además de que el tratamiento sea discriminatorio, como se ha podido comprobar tanto por el lenguaje empleado como por las intervenciones realizadas con estos pacientes, que aumenten las probabilidades de que el paciente evite visitas futuras. Hansson y Rasmussen⁵², además, identificaron que los individuos con obesidad severa que habían estado expuestos al sesgo de peso exhibían un cambio en el IMC de 1,46 kg/m² con respecto a aquellos con IMC similar que no lo habían experimentado. Por tanto, concluyeron que la estigmatización de la obesidad en sanidad está relacionada con un aumento del desarrollo de masa corporal en aquellos individuos con obesidad severa⁵². Asimismo, encontraron una diferencia significativa en el cambio del IMC de individuos con obesidad moderada y severa que habían recibido un tratamiento ofensivo por parte de profesionales sanitarios y evitaban acudir a los servicios médicos por miedo a sentirse ofendidos, con respecto a aquellos que no habían experimentado estigmatización alguna⁵². Resultados que concuerdan con lo

afirmado por Hauff et al.⁴³ con respecto a la evitación en la búsqueda de atención médica en la que la estigmatización desemboca.

Buxton y Snethen⁵³ trataron de identificar qué era lo que los propios pacientes consideraban que había que mejorar con respecto a este sesgo de peso y la relación con los proveedores de atención médica, para ello, se basaron en los resultados de una muestra de 26 mujeres con obesidad. Estas determinaron que el mantenimiento de una relación buena o conexión con su médico es motivador para la búsqueda de tratamiento, ya que el trato insensible por parte de su referente de atención médica, así como el único enfoque en el peso, resulta desfavorable, así como una razón para no buscar tratamiento, similar a lo concluido por Hansson y Rasmussen^{52,53}. Se identificó, además, que aquellos pacientes con obesidad severa que no habían experimentado estigmatización habían perdido masa corporal durante el seguimiento del estudio, lo que determina que encuentros positivos ayudan a la pérdida de peso⁵³. Asimismo, resaltaron la importancia de tomar tiempo con los pacientes con obesidad y no apresurarse en la consulta, además de sugerir de que las preocupaciones sobre el peso han de ser abordadas y el deseo de estar sano usado como incentivador⁵³.

En definitiva, todos los resultados expuestos y discutidos en este apartado han reflejado la presencia de una estigmatización hacia los y las pacientes con obesidad, la cual, acarrea una serie de consecuencias en aquellos que la sufren. De hecho, el sesgo y el juicio emitidos por los y las profesionales sanitarios/as, percibidos por los pacientes crea barreras para su receptividad, comodidad y satisfacción al reunirse con estos; aumentando, por tanto, la probabilidad de que el paciente no busque atención médica debido a la vergüenza o ira⁴³.

6. CONCLUSIONES

A través de la presente revisión, se ha evidenciado la presencia de un estigma hacia la obesidad en los sistemas sanitarios de hoy en día. Estigma que afecta no únicamente a profesionales de la salud como podrían ser personal de medicina o enfermería, sino también a profesionales de otras disciplinas sanitarias como la fisioterapia, abarcando incluso a los del campo de la investigación en obesidad. Futuros profesionales sanitarios tampoco han quedado exentos de la afectación del sesgo de peso, al encontrarlo en su día a día por parte de aquellos encargados de su formación.

Esta estigmatización reside principalmente en la forma en la que el personal percibe a los pacientes con obesidad, identificándolos como personas que carecen de fuerza de voluntad y resultan desagradables de tratar, además de asociarlos con una incapacidad de adherencia a los tratamientos prescritos o de mantener las pérdidas de peso logradas. Asimismo, la carencia de equipos apropiados para su tratamiento contribuye a la intensificación de la visión negativa que los y las profesionales mantienen hacia estos individuos; además de reflejar que el sesgo de peso que predomina en sanidad, no se manifiesta únicamente a través de las actitudes del personal, sino también a través de la falta de recursos.

El sesgo de peso, además de afectar a la calidad de la atención prestada a los y las pacientes con obesidad, también trae consigo consecuencias en los individuos afectados. Consecuencias que derivan en sentimientos de culpa y deshumanización, entre otros, además de una reducción e incluso evitación en la búsqueda de atención médica, al sentir estos pacientes que cualquiera que sea la razón por la que acudan a consulta, todo problema de salud va a ser centrado en su peso. Incluso se han detectado alteraciones en el IMC de los pacientes con obesidad en base al grado de estigmatización sufrida por parte de sus referentes sanitarios.

En definitiva, es importante tener en cuenta que, aunque la prestación de atención como tal, puede no reflejar los prejuicios de los profesionales sanitarios, es posible que las personas con obesidad experimenten el estigma y la discriminación de las actitudes de los y las profesionales sanitarios/as, lo cual puede afectar a su bienestar psicológico y sus futuras opciones de salud⁵⁴.

El estigma del peso es un problema de dimensiones globales que no ha de ser omitido, autores mencionados en esta revisión coinciden en la importancia no únicamente de la concienciación, sino también del desarrollo de una mayor educación y capacitación específica sobre los problemas del estigma de la grasa, así como de la empatía y compasión a la hora de brindar tratamiento^{36,45}. Asimismo, sería relevante de cara a futuro aumentar la investigación acerca de cómo luchar desde dentro de los sistemas sanitarios contra dicha estigmatización, de manera que se logre ofrecer una atención de calidad en todos los aspectos.

Este estudio cuenta con limitaciones tales como la carencia de estudios que expongan cuál es la situación en cuanto a la estigmatización en España, ya que al tener diversas

procedencias los artículos, no permite hacerse una idea de la situación en un lugar concreto.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2020 [consultado 2020 Nov 12]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2012 Mar;23(2):124–8. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)
3. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism* [Internet]. 2019 Mar;92:6–10. Recuperado de: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002604951830194X>
4. Williams EP, Mesidor M, Winters K, Dubbert PM, Wyatt SB. Overweight and obesity: Prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Curr Obes Rep* [Internet]. 2015 Sep 28;4(3):363–70. Recuperado de: <http://link.springer.com/10.1007/s13679-015-0169-4>
5. Cascales M. Obesidad: Pandemia del Siglo XXI. *Monogr la Real Acad Nac Farm.* 2015;14–46.
6. Carti GD, Espejo Catena M, Barranquero Gómez M SZ. Infertilidad por alteraciones en el IMC: bajo peso y obesidad. [Internet]. 2020. Recuperado de: <https://www.reproduccionasistida.org/imc-embarazo/>
7. Lecube A, S M, Rubio M, Martínez-de-Icaya P, Martí A, Salvador J, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinol Diabetes y Nutr.* 2017 Mar 1;64(S1):15–22.
8. Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obes Rev* [Internet]. 2011 Feb;12(2):131–41. Recuperado de: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x>
9. Marqueta M, Martín-Ramiro JJ, Juárez JJ. Sociodemographic characteristics as risk factors for obesity and overweight in Spanish adult population. *Med Clin (Barc).* 2016 Jun;146(11):471–7.
10. Ministerio de Sanidad. Hábitos de vida. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 [Internet]. Madrid; 2019. Recuperado de: <https://cpage.mpr.gob.es/>
11. Serra-Majem L, Bautista-Castaño I. Etiology of obesity: Two “key issues” and other emerging factors. *Nutr Hosp.* 2013;28(suppl 5):32–43.

12. Martos-Moreno GÁ, Serra-Juhé C, Pérez-Jurado LA, Argente J. Aspectos genéticos de la obesidad. *Rev Española Endocrinol Pediátrica*. 2017;8:21–32.
13. García AJ, Creus ED. La obesidad como factor de riesgo , sus determinantes y tratamiento. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2016;32(3):1–13.
14. Apovian CM. Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. *Am J Manag Care*. 2016;22(7):s176–85.
15. Díaz YO, Torres Y, Despaigne C, Quintana Y. La obesidad: un desafío para la atención primaria de salud. *Rev Inf Científica*. 2018;97(3):680–90.
16. Raimann X. Obesidad y sus complicaciones. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2011 Jan;22(1):20–6.
17. Kovesdy CP, Furth S, Zoccali C. Obesidad y enfermedad renal: consecuencias ocultas de la epidemia. *Nefrología*. 2017 Jul;37(4):360–9.
18. Martínez-Henández JA, Martínez-Urbistondo D, Carapeto FJ. Manifestaciones cutáneas en la obesidad. *Rev Española Nutr Humana y Dietética*. 2011;15(2):56–61.
19. De Domingo M, López J. The social stigma of obesity. *Cuad Bioética*. 2014;25(2):273–84.
20. Losada AV, Rijavec MI. Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. *Rev Neuronum*. 2017;3(2):1–20.
21. Arteaga A. El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2012 Mar;23(2):145–53.
22. Alonso R, Olivos C. La relación entre la obesidad y estados depresivos. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2020 Mar;31(2):130–8.
23. Teixeira F V, Pais-Ribeiro JL, Pinho da Costa Maia ÂR. Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: A systematic review. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2012 Mar;58(2):254–62. Recuperado de: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0104423012705031>
24. Saxena I, Kumar M. Obesity discrimination in healthcare. *Eur J Intern Med*. 2017 Dec;46:e29–30.
25. Ross JM. Obesity perception by health care providers-can it influence patient safety? *J Perianesthesia Nurs [Internet]*. 2013;28(3):174–6. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2013.03.003>
26. Flint SW, Reale S. Obesity stigmatisation from obesity researchers. *Lancet [Internet]*. 2014;384(9958):1925–6. Recuperado de:

- [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62276-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62276-5)
27. Vartanian LR, Pinkus RT, Smyth JM. The phenomenology of weight stigma in everyday life. *J Context Behav Sci* [Internet]. 2014 Jul;3(3):196–202. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.01.003>
 28. Gardner LA, Gibbs C. Class III obese patients: Is your hospital equipped to address their needs? *Pennsylvania Patient Saf Advis Page*. 2013;10(1):11–8.
 29. Chang VW, Asch DA, Werner RM. Quality of care among obese patients. *JAMA* [Internet]. 2010 Apr 7;303(13):1274–81. Recuperado de: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2010.339>
 30. Brown I, Stride C, Psarou A, Brewins L, Thompson J. Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *J Adv Nurs* [Internet]. 2007 Aug;59(4):329–41. Recuperado de: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x>
 31. 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* [Internet]. 2018 Dec 15;16:123. Recuperado de: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1116-5>
 32. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ Couns*. 2014 Oct;97(1):128–31.
 33. Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining weight bias among practicing Canadian family physicians. *Obes Facts* [Internet]. 2019;12(6):632–8. Recuperado de: <https://www.karger.com/Article/FullText/503751>
 34. Khandalavala BN, Rojanala A, Geske JA, Koran-Scholl JB, Guck TP. Obesity bias in primary care providers. *Fam Med*. 2014;46(7):532–5.
 35. Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 Dec 7;75(12):3631–42. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14205>
 36. Hales C, de Vries K, Coombs M. Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016 Jun;58:82–9. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.016>

37. Sikorski C, Luppá M, Glaesmer H, Brähler E, König H-H, Riedel-Heller SG. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obes Facts* [Internet]. 2013;6:512–22. Recuperado de:
<https://www.karger.com/Article/FullText/356692>
38. Tanneberger A, Ciupitu-Plath C. Nurses' weight bias in caring for obese patients: Do weight controllability beliefs influence the provision of care to obese patients? *Clin Nurs Res*. 2018;27(4):414–32.
39. Setchell J, Watson BM, Gard M, Jones L. Physical therapists' ways of talking about overweight and obesity: Clinical implications. *Phys Ther* [Internet]. 2016 Jun 1;96(6):865–75. Recuperado de:
<https://academic.oup.com/ptj/article/96/6/865/2686411>
40. Puhl RM, Latner JD, King KM, Luedicke J. Weight bias among professionals treating eating disorders: Attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *Int J Eat Disord*. 2014;47(1):65–75.
41. Wolf C. Physician assistant students' attitudes about obesity and obese individuals. *J Physician Assist Educ* [Internet]. 2010;21(4):37–40. Recuperado de:
<http://journals.lww.com/01367895-201021040-00005>
42. Puhl RM, Luedicke J, Grilo CM. Obesity bias in training: Attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity* [Internet]. 2014 Apr;22(4):1008–15. Recuperado de:
<http://doi.wiley.com/10.1002/oby.20637>
43. Hauff C, Fruh SM, Graves RJ, Sims BM, Williams SG, Minchew LA, et al. Nurse practitioner students' awareness of obesity bias within clinical practice. *Nurse Pract*. 2019 Jun;44(6):41–6.
44. Yılmaz HÖ, Yabancı Ayhan N. Is there prejudice against obese persons among health professionals? A sample of student nurses and registered nurses. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2019 Apr 30;55(2):262–8. Recuperado de:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12359>
45. Seymour J, Barnes JL, Schumacher J, Vollmer RL. A qualitative exploration of weight bias and quality of health care among health care professionals using hypothetical patient scenarios. *Inq J Heal Care Organ Provision, Financ* [Internet]. 2018 Jan 1;55:1–6. Recuperado de:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0046958018774171>
46. Wynn T, Islam N, Thompson C, Myint KS. The effect of knowledge on healthcare

- professionals' perceptions of obesity. *Obes Med* [Internet]. 2018 Sep;11:20–4. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2018.06.006>
47. Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky ACI, Buss J, Finley C, Schwartz MB, et al. Weight bias in 2001 versus 2013: Contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity* [Internet]. 2015 Jan;23(1):46–53. Recuperado de: <http://doi.wiley.com/10.1002/oby.20910>
 48. Remmert JE, Convertino AD, Roberts SR, Godfrey KM, Butryn ML. Stigmatizing weight experiences in health care: Associations with BMI and eating behaviours. *Obes Sci Pract* [Internet]. 2019 Dec 12;5(6):555–63. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/osp4.379>
 49. Bombak AE, McPhail D, Ward P. Reproducing stigma: Interpreting “overweight” and “obese” women’s experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016 Oct;166:94–101. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.015>
 50. Williams D. ‘Being defined’: large-bodied women’s experiences as healthcare consumers. *Heal Sociol Rev* [Internet]. 2018 Jan 2;27(1):60–74. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14461242.2017.1375861>
 51. Ngui B, McDonald Taylor D, Shill J. Effects of obesity on patient experience in the emergency department. *Emerg Med Australas* [Internet]. 2013 Jun;25(3):227–32. Recuperado de: <http://doi.wiley.com/10.1111/1742-6723.12065>
 52. Hansson LM, Rasmussen F. Association between perceived health care stigmatization and BMI change. *Obes Facts*. 2014;7(3):211–20.
 53. Buxton BK, Snethen J. Obese women’s perceptions and experiences of healthcare and primary care providers: A phenomenological study. *Nurs Res*. 2013;62(4):252–9.
 54. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals’ attitudes about obesity: An integrative review. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2011;24(3):127–37. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2009.05.001>

8. ANEXOS

Anexo 1. Características del IMC y riesgos asociados

Tabla 1. Características del IMC y riesgos asociados.

CLASIFICACIÓN	IMC	CARACTERÍSTICAS Y RIESGOS ASOCIADOS
Bajo peso	< 18,4 kg/m ²	Afecciones en la producción hormonal y el metabolismo. En el caso de las mujeres pueden aparecer alteraciones en el ciclo menstrual como: ciclos menstruales irregulares, amenorrea y alteraciones endometriales que impiden la implantación. Los hombres, por otro lado, pueden sufrir alteraciones espermáticas, como una menor concentración y una disminución en la movilidad de los espermatozoides.
Normopeso	18,5 – 24,9 kg/m ²	Promedio.
Sobrepeso o preobesidad	25 – 29,9 kg/m ²	Personas en riesgo de desarrollar obesidad. Se compone de dos fases: fase estática, cuando la persona se mantiene en un peso estable con un balance energético neutro; y fase dinámica de aumento de peso, cuando el peso corporal se incrementa porque la ingesta calórica es superior al gasto energético.
Obesidad grado I / Obesidad moderada	30 – 34,9 kg/m ²	El riesgo asociado a la salud es moderado.
Obesidad grado II / Obesidad severa	35 - 39,9 kg/m ²	El riesgo asociado a la salud es más severo.
Obesidad grado III / Obesidad mórbida	> 40 kg/m ²	Supone un riesgo muy severo para la salud de aquellas personas cuyo IMC se encuentra en dicho intervalo. Es la forma más temible de obesidad ya que además de disminuir la expectativa de vida, causa discapacidad, minusvalía y problemas de exclusión social.

Anexo 2. Complicaciones fisiológicas asociadas a la obesidad

Tabla 2. Complicaciones fisiológicas asociadas a la obesidad

Enfermedades cardiovasculares Cardiopatía isquémica prematura, hipertrofia cardiaca izquierda, insuficiencia cardiaca congestiva, muerte súbita.
Enfermedades respiratorias Síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de Picwick, policitemia secundaria e hipertrofia ventricular izquierda.
Enfermedades del sistema vascular Estasis venosa, accidente vascular cerebral e hipertensión arterial.
Enfermedades del sistema hepatobiliar Colelitiasis y esteatosis hepática.
Enfermedades del sistema endocrino-metabólico Diabetes mellitus no insulino dependiente, intolerancia a la glucosa. Dislipidemias, síndrome de resistencia insulínica, hipertrigliceridemia, mayor síntesis hepática, aumento leve del colesterol total y disminución del colesterol HDL. Hiperandrogenismo en la adolescencia.
Enfermedades renales Insuficiencia renal crónica, nefrolitiasis, neoplasias renales y trombosis venosa renal.
Enfermedades de la piel Acantosis nigricans. Papilomatosis axilar o cervical y acrocordones. Estrías o distensión de la piel por la presión creciente del tejido adiposo. Hiperqueratosis plantar, intertrigo candidiásico y dermatitis perineal.
Enfermedades del sistema locomotor Osteoartritis de rodillas, espolón calcáneo, osteoartrosis de columna vertebral y agravación de defectos posturales preexistentes. Artritis reumatoide. En el infancia: enfermedad de Blount.
Neoplasias Riesgo más elevado de desarrollo de cáncer, principalmente cáncer de endometrio y posiblemente de mama.
Alteraciones de las funciones reproductiva y sexual Complicaciones obstétricas, menstruación irregular, frecuentes ciclos anovulatorios y disminución de la fertilidad.

Anexo 3. Tabla previa al proceso de búsqueda

Tabla 3. Tabla de conceptos

CONCEPTO	CONCEPTO (inglés)	SINÓNIMO (lenguaje natural)	ANTÓNIMO	DESCRIPTOR (lenguaje controlado)
Obesidad	Obesity Morbid Obesity Overweight Fatness	Gordura Exceso de peso	Delgadez	<ul style="list-style-type: none"> - Medline (MeSH): Obesity/ Obesity, Morbid - PsycInfo: Obesity - CINAHL (Descriptor de CINAHL): Obesity or overweight or fat or obese or unhealthy weight or high BMI - COCHRANE: Obesity - Web Of Science: Obesity/ Morbid obesity
Estigmatización	Stigmatization (Weight-)prejudice Weight-bias Stereotype	Prejuicio Estereotipo Sesgo de peso	No precisa	<ul style="list-style-type: none"> - Medline (MeSH): Social Stigma/ o Stereotyping/ o Weight Prejudice/ o Weight bias.mp (palabra clave) - PsycInfo: Stigma/ Stereotyped Attitudes/ “Obesity (Attitudes Toward)” - CINAHL (Descriptor de CINAHL): Stigma/ Prejudice/ Attitude/ discrimination/ Weight stigmas/ Weight bias/ Weight prejudice/ Negative attitudes about weight - COCHRANE: Stigmatization/ Prejudice - Web Of Science: Social Stigma/ Weight Prejudice/ Stereotyping
Profesionales de la salud / sanidad	Healthcare Healthcare professionals Delivery of health care	No precisa	No precisa	<ul style="list-style-type: none"> - Medline (MeSH): “delivery of health care”/ Health personnel - PsycInfo: Health Personnel - CINAHL (Descriptor de CINAHL): Healthcare professionals - COCHRANE: Healthcare - Web Of Science: Health Personnel/ Delivery of Health Care/ Nurse-patient Relations/ Physician-patient Relations

Anexo 4. Proceso de búsqueda

Tabla 4. Búsqueda en Medline

	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	ENCONTRADOS	ESTRATEGIAS PARA BÚSQUEDAS POSTERIORES
1	[Obesity, Morbid OR Obesity] AND [Social Stigma OR Stereotyping OR Weight Prejudice] AND [Health Personnel OR “Delivery of Health Care”]	4	Búsqueda efectiva, ya que, pese al número reducido de artículos que han resultado, 3 de ellos responden al objetivo del trabajo. En futuras búsquedas combinar los distintos tesauros por separado.
2	[Obesity, Morbid OR Obesity] AND [Social Stigma OR Stereotyping OR Weight Prejudice] limited to (abstracts and English language and yr= “2010-current” and “all adult (19 plus years)”)	145	Búsqueda efectiva en cuanto a número de resultados. Se han seleccionado un total de 15 artículos. En las siguientes búsquedas continuar con las combinaciones de tesauros de la primera ecuación de búsqueda.
3	[Obesity, Morbid OR Obesity] AND [Health Personnel OR “Delivery of Health Care”] limited to (abstracts and English language and yr= “2010-current” and “all adult (19 plus years)”)	78	Búsqueda efectiva, número adecuado de resultados para proceder a realizar la selección crítica de ellos. Se han seleccionado un total de 15 artículos.
4	[Social Stigma OR Stereotyping OR Weight Prejudice] AND [[Health Personnel OR “Delivery of Health Care”] limited to (abstracts and English language and yr= “2010-current” and “all adult (19 plus years)”)	149	Búsqueda efectiva en cuanto a número de resultados, sin embargo, inefectiva en cuanto a artículos útiles ya que todos los resultantes trataban temáticas completamente diferentes a excepción de 1, que ya había sido recogido en la primera búsqueda de Medline.
5	Weight bias.mp AND [Health Personnel]	7	Búsqueda muy efectiva, ya que, pese al número tan reducido de resultados, 6 artículos han resultado útiles.

Tabla 5. Búsqueda en PsycINFO

	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	ENCONTRADOS	ESTRATEGIAS PARA BÚSQUEDAS POSTERIORES
1	[Obesity OR “Obesity (Attitudes Toward)”] AND [Stereotyped Attitudes OR Stigma] AND [Health Personnel]	2	Búsqueda inefectiva en resultados. Ninguno de los artículos ha sido seleccionado. En siguientes búsquedas combinar los tesauros por separado.
2	[Obesity OR “Obesity (Attitudes Toward)”] AND [Stereotyped Attitudes OR Stigma] limited to (abstracts and English language and “adulthood <age 18 yrs and older>” and yr= “2010 -current”)	139	Búsqueda efectiva, número adecuado de artículos. Se han seleccionado un total de 5 artículos. En la próxima búsqueda realizaré otra combinación con los tesauros de la ecuación inicial.
3	[Obesity OR “Obesity (Attitudes Toward)”] AND [Health Personnel] limited to (abstracts and English language and “adulthood <age 18 yrs and older>” and yr= “2010 -current”)	24	Búsqueda efectiva, número adecuado de artículos de los cuales, 2 pueden resultar útiles para la elaboración del trabajo. En la siguiente búsqueda se realiza la última de las combinaciones posibles de los tesauros de la ecuación inicial.
4	[Stereotyped Attitudes OR Stigma] AND [Health Personnel] limited to (abstracts and English language and “adulthood <age 18 yrs and older>” and yr= “2010 -current”)	38	Búsqueda inefectiva, ya que, pese al número adecuado de artículos, ninguno responde al objetivo planteado.

Tabla 6. Búsqueda en CINAHL

	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	ENCONTRADOS	ESTRATEGIAS PARA BÚSQUEDAS POSTERIORES
1	[Obesity or overweight or fat or obese or unhealthy weight or high bmi] AND [Stigma or prejudice or attitude or discrimination] AND [Healthcare professionals] limited to (abstract, publication year 2010-2020, English language)	119	Búsqueda efectiva. Se han seleccionado un total de 5.
2	[Obesity or overweight or fat or obese or unhealthy weight or high bmi] AND [Stigma or prejudice or attitude or discrimination] limited to (abstract, publication year 2010-2020, all adult and English language)	2008	Búsqueda inefectiva, número muy extenso de En las siguientes búsquedas continuar con las combinaciones de tesauros de la primera ecuación de búsqueda
3	[Obesity or overweight or fat or obese or unhealthy weight or high bmi] AND [Healthcare professionals] limited to (abstract, publication year 2010-2020, English language)	183	Búsqueda efectiva, el número de resultados es más adecuado para la realización de la selección crítica. No obstante, únicamente 1 artículo ha sido seleccionado para la lectura crítica..
4	[Stigma or prejudice or attitude or discrimination] AND [Healthcare professionals] limited to (abstract, publication year 2010-2020, English language)	2523	Búsqueda inefectiva, número muy extenso de resultados En las próximas búsquedas probar con un tesoro diferente, en vez de [Stigma or prejudice or attitude or discrimination] probar con [Weight stigmas or weight bias or weight prejudice or negative attitudes about weight]

Tabla 6. Búsqueda de CINAHL (continuación)

	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	ENCONTRADOS	ESTRATEGIAS PARA BÚSQUEDAS POSTERIORES
5	[Obesity or overweight or fat or obese or unhealthy weight or high bmi] AND [Weight stigmas or weight bias or weight prejudice or negative attitudes about weight] AND [Healthcare Professionals] limited to (abstract, publication year 2010-2020, all adult and English language)	3	Búsqueda muy reducida en cuanto a número de resultados, pero efectiva, ya que en base a la primera fase de la selección crítica, pueden resultar útiles para la elaboración del trabajo, no obstante, los 2 artículos seleccionados ya habían sido elegidos previamente en búsquedas de MEDLINE. Al haber descubierto un nuevo tesoro, más adecuado a lo que el tema del trabajo se refiere, (weight stigmas or weight bias or weight prejudice or negative attitudes about weight) se realizan las búsquedas anteriores sustituyendo el tesoro de “Stigma or prejudice or attitude or discrimination” por este nuevo.
6	[Weight stigmas or weight bias or weight prejudice or negative attitudes about weight] AND [Healthcare Professionals] limited to (abstract, publication year 2010-2020, English language)	3	Búsqueda igual a la correspondiente a CINAHL 5. En la próxima búsqueda combinar el tesoro de “weight stigmas or weight bias or weight prejudice or negative attitudes about weight” con “Obesity or overweight or fat or obese or unhealthy weight or high bmi”
7	[Obesity or overweight or fat or obese or unhealthy weight or high bmi] AND [Weight stigmas or weight bias or weight prejudice or negative attitudes about weight] limited to (abstract, publication year 2010-2020, English language)	105	Búsqueda efectiva, tanto por número de resultados como por artículos que pueden resultar útiles. Se han seleccionado 6 artículos preseleccionados.

Tabla 7. Búsqueda en COCHRANE

	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	ENCONTRADOS	ESTRATEGIAS PARA BÚSQUEDAS POSTERIORES
1	[Obesity or Morbid Obesity] AND [Stigmatization or Prejudice or Weight Prejudice] AND [Healthcare] limited to (publication 2010-2020)	24	Búsqueda inefectiva, no responden al objetivo planteado.
2	[Obesity or Morbid Obesity] AND [Stigmatization or Prejudice or Weight Prejudice] limited to (publication 2010-2020)	83	Búsqueda inefectiva, ya que los artículos resultantes trataban temáticas diferentes al objetivo del trabajo.
3	[Obesity or Morbid Obesity] AND [Healthcare] limited to (publication 2010-2020)	394	Búsqueda inefectiva, número excesivo de resultados pese a limitar la búsqueda.
4	[Stigmatization or Prejudice or Weight Prejudice] AND [Healthcare] limited to (publication 2010-2020)	84	Búsqueda efectiva en cuanto a número de resultados obtenidos, no obstante, ningún artículo a excepción de 1 ha podido ser elegido, ya que o bien no respondía a la temática del trabajo, o ya había sido seleccionado en otras búsquedas.

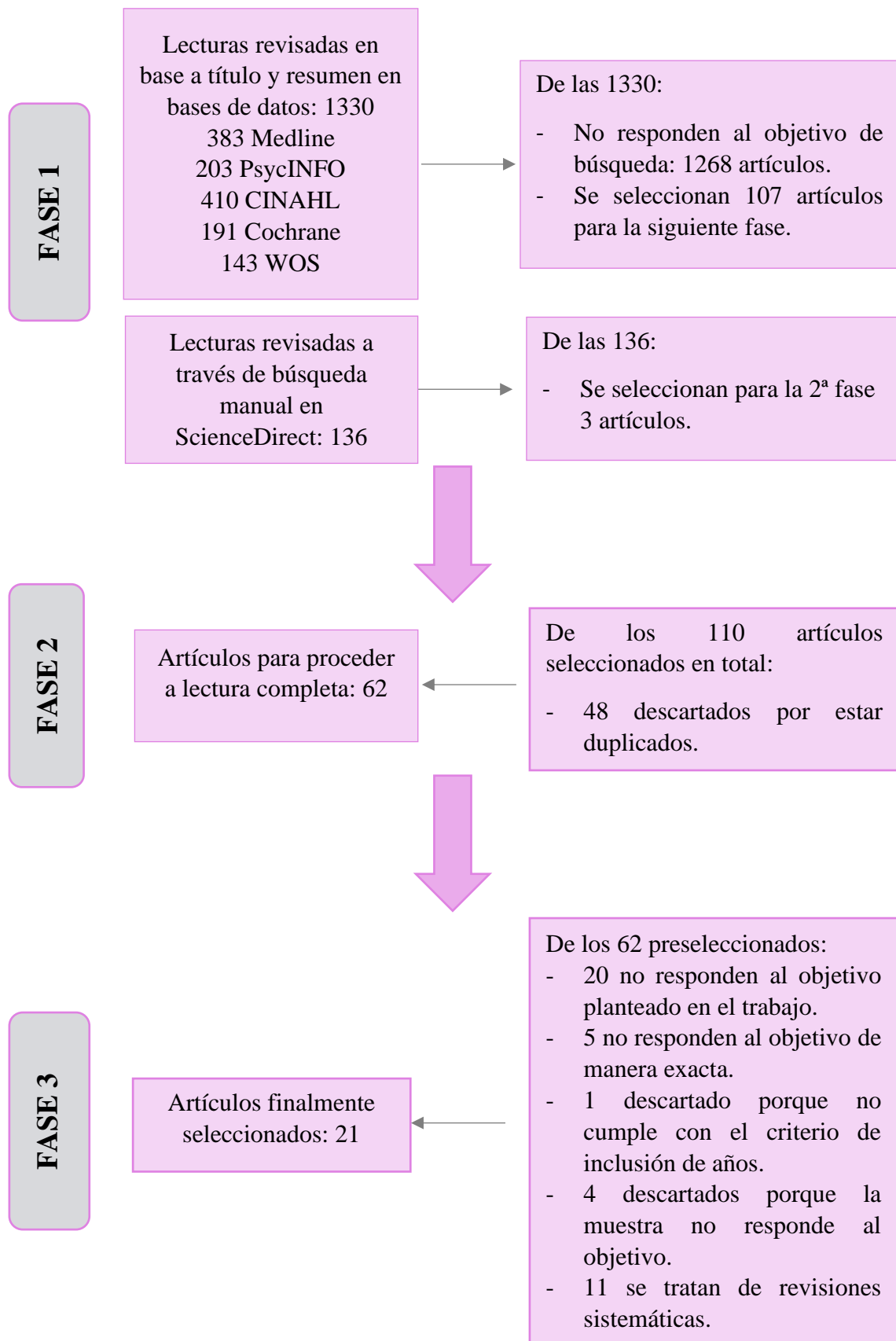
Tabla 8. Búsqueda en Web of Science

	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	ENCONTRADOS	ESTRATEGIAS PARA BÚSQUEDAS POSTERIORES
1	[Obesity OR Morbid Obesity) AND [Health Personnel OR Delivery of Health Care OR Nurse-patient Relations OR Physician-patient Relations) AND [Social Stigma OR Weight Prejudice OR Stereotyping] limited to (publication year 2010-2020, English and Spanish language)	143	Búsqueda efectiva. Se han seleccionado 10 artículos.
2	[Obesity or Morbid Obesity] AND [Health personnel or delivery of health care or nurse-patient relations or physican-patient relations] limited to (publication year 2010-2020, English and Spanish language)	3770	Búsqueda inefectiva debido al número demasiado extenso de resultados.
3	[Obesity OR Morbid Obesity) AND [Social Stigma OR Weight Prejudice OR Stereotyping] limited to (publication year 2010-2020, English and Spanish language)	1504	Búsqueda inefectiva debido al número extenso de resultados obtenidos.
4	[Health Personnel OR Delivery of Health Care OR Nurse-patient Relations OR Physician-patient Relations) AND [Social Stigma OR Weight Prejudice OR Stereotyping] limited to (publication year 2010-2020, English and Spanish language)	2900	Búsqueda inefectiva debido al número extenso de resultados obtenidos. Se emplea únicamente como válida la primera búsqueda, en la que se han combinado todos los tesauros.

Tabla 9. Búsqueda en Science Direct (búsqueda manual)

	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	ENCONTRADOS	ESTRATEGIAS PARA BÚSQUEDAS POSTERIORES
1	[Obesity] AND [Stigmatization or prejudice or stereotyping] AND [Health professionals] limited to (publication date 2010-2020)	136	Búsqueda efectiva en cuanto al número de artículos. Se han seleccionado 3 artículos.

Anexo 5. Diagrama de flujo



Anexo 6. Lectura crítica de los artículos de investigación elegidos

Estudios cuantitativos

Tabla 10. Estudios de investigación cuantitativa

1. Tanneberger A, Ciupitu-Plath C. Nurses' Weight Bias in Caring for Obese Patients: Do Weight Controllability Beliefs Influence the Provision of Care to Obese Patients? *Clin Nurs Res*. 2018;27(4):414–32.
2. Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining weight bias among practicing Canadian family physicians. *Obes Facts*. 2019;12(6):632–8.
3. Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky ACI, Buss J, Finley C, Schwartz MB, et al. Weight bias in 2001 versus 2013: Contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity*. 2015 Jan;23(1):46–53.
4. Puhl RM, Latner JD, King KM, Luedicke J. Weight bias among professionals treating eating disorders: Attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *Int J Eat Disord*. 2014;47(1):65–75.
5. Hansson LM, Rasmussen F. Association between perceived health care stigmatization and BMI change. *Obes Facts*. 2014;7(3):211–20.
6. Wolf C. Physician assistant students' attitudes about obesity and obese individuals. *J Physician Assist Educ*. 2010;21(4):37–40.
7. Puhl RM, Luedicke J, Grilo CM. Obesity bias in training: Attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity*. 2014 Apr;22(4):1008–15.
8. Yılmaz HÖ, Yabancı Ayhan N. Is there prejudice against obese persons among health professionals? A sample of student nurses and registered nurses. *Perspect Psychiatr Care*. 2019 Apr 30;55(2):262–8.
9. Remmert JE, Convertino AD, Roberts SR, Godfrey KM, Butryn ML. Stigmatizing weight experiences in health care: Associations with BMI and eating behaviours. *Obes Sci Pract*. 2019 Dec 12;5(6):555–63.
10. Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *J Adv Nurs [Internet]*. 2019 Dec 7;75(12):3631–42.
11. Khandalavala BN, Rojanala A, Geske JA, Koran-Scholl JB, Guck TP. Obesity bias in primary care providers. *Fam Med*. 2014;46(7):532–5.
12. Ngui B, McDonald Taylor D, Shill J. Effects of obesity on patient experience in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2013 Jun;25(3):227–32.
13. Wynn T, Islam N, Thompson C, Myint KS. The effect of knowledge on healthcare professionals' perceptions of obesity. *Obes Med*. 2018 Sep;11:20–4.
14. Sikorski C, Luppá M, Glaesmer H, Brähler E, König H-H, Riedel-Heller SG. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obese Facts*. 2013;6:512–22.

Tabla 11. Lectura crítica de los estudios de investigación cuantitativos

	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	R
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Tabla 11. Lectura crítica de los estudios de investigación cuantitativos (continuación)

	Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Estudios cualitativos

Tabla 12. Estudios de investigación cualitativa

15. Buxton BK, Snethen J. Obese women's perceptions and experiences of healthcare and primary care providers: A phenomenological study. *Nurs Res.* 2013;62(4):252–9.
16. Hauff C, Fruh SM, Graves RJ, Sims BM, Williams SG, Minchew LA, et al. Nurse practitioner students' awareness of obesity bias within clinical practice. *Nurse Pract.* 2019 Jun;44(6):41–6.
17. Bombak AE, McPhail D, Ward P. Reproducing stigma: Interpreting “overweight” and “obese” women's experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare. *Soc Sci Med.* 2016 Oct;166:94–101.
18. Seymour J, Barnes JL, Schumacher J, Vollmer RL. A qualitative exploration of weight bias and quality of health care among health care professionals using hypothetical patient scenarios. *Inq J Heal Care Organ Provision, Financ.* 2018 Jan 1;55:1–6.
19. Hales C, de Vries K, Coombs M. Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography. *Int J Nurs Stud.* 2016 Jun;58:82–9.
20. Setchell J, Watson BM, Gard M, Jones L. Physical therapists' ways of talking about overweight and obesity: Clinical implications. *Phys Ther.* 2016 Jun 1;96(6):865–75.
21. Williams D. 'Being defined': large-bodied women's experiences as healthcare consumers. *Heal Sociol Rev.* 2018 Jan 2;27(1):60–74.

Tabla 13. Lectura crítica de los estudios de investigación cualitativos

	Criterios	15	16	17	18	19	20	21
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿Es un objetivo de una investigación cualitativa?							
Metodología y Método	¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta al objetivo de la investigación?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? (Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido Fenomenología, Teoría fundamentada, Etnografía...)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Población y muestra y muestreo	¿Se identifica y describe la población?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?							
	¿Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes? ¿Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio?	R	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio?							
	¿Se explicita estrategias de calidad como la saturación para finalizar el muestreo?	Sí	Sí	R	Sí	R	Sí	Sí
Recogida de la información	¿Las técnicas de recogida de datos se encuentran en consonancia con los objetivos del estudio y la orientación teórico-metodológica?							
	¿Se justifica la selección de la técnica de recogida de datos? (entrevistas en profundidad, grupos de discusión, grupos focales, observación participante, etc.)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿Se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)?							
	¿El lugar y el período de tiempo ha sido adecuado?							

Tabla 13. Lectura crítica de los estudios de investigación cualitativos (continuación)

	Criterios	15	16	17	18	19	20	21
Control de Sesgos	¿Se ha reflexionado sobre la posible influencia del propio investigador en el proceso de investigación? (Reflexividad): ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? ¿Se ha solicitado aprobación de un comité ético? ¿Se han contemplado el impacto del estudio en los participantes?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿Se hace referencia a las técnicas utilizadas para asegurar la validez del estudio? ¿Se ha triangulado el análisis de los datos? ¿se ha llevado a cabo una triangulación de datos entre investigadores? ¿Se han triangulado los datos con los participantes? ¿Se han triangulado los datos entre las fuentes de información?	Sí	Sí	R	Sí	Sí	Sí	Sí
Resultados, Discusión y conclusiones	¿Se explica el tipo de análisis realizado (de contenido, de discurso...)? ¿Se explica el proceso de análisis (recursivo, inductivo o deductivo)? ¿Se explica cómo se elaboró el árbol categorial? ¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis? ¿Es clara la exposición de los resultados? ¿Los “verbatim” presentados aportan evidencia a los resultados? ¿Se han tenido en cuenta resultados contradictorios o casos únicos? ¿Se discuten los resultados con estudios previos o con los marcos conceptuales/teóricos? ¿Se hace referencia a la transferibilidad de los resultados a otros contextos?	Sí	R	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final? ¿Los resultados son aplicables a este contexto cultural, social y sanitario?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Anexo 7. Lectura crítica de los artículos de investigación

<p>Artículo cuantitativo: Sikorski C, Luppá M, Glaesmer H, Brähler E, König H-H, Riedel-Heller SG. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. <i>Obes Facts.</i> 2013;6:512–22.</p>			
Objetivos e hipótesis	<p>¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?</p>	Sí	<p>Las autoras exponen en el artículo su objetivo e hipótesis: “explorar las actitudes estigmatizantes en los diferentes grupos de profesionales sanitarios para responder a la hipótesis de que algunos profesionales de la salud, como las enfermeras, muestran un nivel elevado de actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con obesidad”.</p> <p><u>PICO</u> P: ¾ de la población son mujeres con una edad media de 35,86 años. La prevalencia del sobrepeso es del 17,5 % de la muestra, mientras que el 5,4 % de la muestra tiene obesidad. I: Identificación de las posibles actitudes estigmatizantes a través de la forma acortada de la <i>Escala de Fobia de la Grasa</i> y una serie de viñetas. C: No hay grupo control. O: Investigar y comparar las actitudes de los profesionales de la salud acerca del sobrepeso y la obesidad.</p>
Diseño	<p>¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?</p>	Sí	<p>Gracias al tipo de estudio realizado, esto es, manipulación experimental a través de viñetas y mediante el empleo de diferentes escalas de medida de actitudes estigmatizantes, se pueden identificar las actitudes hacia mujeres de mediana edad y con obesidad por parte de los y las profesionales sanitarios, ya que las mujeres de esta edad son las más propensas a la estigmatización.</p>
	<p>Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?</p>	Sí	<p>La intervención es adecuada porque a través de la exposición de las diferentes viñetas de la misma mujer, una con normopeso y otra con obesidad, se pueden observar las diferentes actitudes hacia las viñetas y estudiar, por medio de las diferentes variables medidas, las actitudes hacia esta viñeta en función del peso que tenga.</p> <p>La utilización de viñetas así como de las consiguientes escalas de clasificación, tienen como fin superar el autoinforme sesgado.</p>

Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Sí	Las autoras dedican una sección del artículo a explicar el tamaño muestral, así como las principales características de la población a estudio.
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Sí	Se han incluido en el estudio a profesionales sanitarios, que son acerca de los que se pretende conocer el nivel de estigmatización, sin distinciones. Asimismo, a través del envío de cuestionarios a los y las profesionales del hospital donde se llevó a cabo el estudio, se incluye a todos los sanitarios y queda en sus manos si participar o no. De esta forma, se asegura que los únicos participantes van a ser los profesionales de la salud, los que han de ser los protagonistas del estudio.
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	R	Las autoras del estudio afirman que debido a la estrategia que llevaron a cabo para reclutar profesionales para el estudio, corrían el riesgo de que hubiese una tasa baja de respuesta; ya que el envío “masivo” de cuestionarios puede conllevar que no todos puedan completarlo, por ejemplo, por falta de tiempo. No obstante, en este caso, la tasa de respuesta fue adecuada para la realización del estudio (39 %) con una potencia del 96,8 %.
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Sí	Los análisis se realizaron con el STATA 12. Además, emplearon el ANOVA unidireccional con pruebas post-hoc de Scheffé para analizar las diferencias medias de las profesiones que se estaban estudiando. Por otro lado, las diferencias entre los elementos de la Escala de Fobia de Grasa correspondiente a la viñeta de normopeso y la de obesidad, se evaluaron con pruebas t-test. También se utilizaron modelos de regresión lineal para determinar las variables asociadas a las actitudes estigmatizantes.
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	NA	
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	NA	

<p>Resultados</p>	<p>¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?</p>	<p>Sí</p>	<p>Los resultados obtenidos reflejan la existencia de actitudes estigmatizantes de los y las profesionales de la salud participantes en el estudio. Por tanto, responden al objetivo del estudio (conocer la existencia de actitudes estigmatizantes entre los profesionales de la salud hacia las personas con obesidad), así como a la hipótesis, al demostrarse que las enfermeras, al contrario de cómo se planteaba en esta, donde se establecía que las enfermeras mostraban actitudes estigmatizantes elevadas, se relacionan con actitudes estigmatizantes más bajas. Este descubrimiento ha resultado ser inesperado, ya que se consideraba que el personal de enfermería, al encontrarse con más barreras al trabajar con esta clase de pacientes, iba a tener resultados más estigmatizantes que el resto de profesionales.</p>
<p>Valoración Final</p>	<p>¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?</p>	<p>Sí</p>	<p>El objetivo del estudio, así como sus resultados, responden al objetivo de este trabajo y van a resultar de utilidad para la elaboración de la descripción sobre las actitudes estigmatizantes existentes en sanidad hacia los y las pacientes con obesidad. Además, al haber sido realizado este estudio en Alemania, no se presupone un gran cambio cultural y se podrían extrapolar los resultados a nuestro entorno.</p>

Artículo cualitativo: Williams D. ‘Being defined’: large-bodied women’s experiences as healthcare consumers. <i>Heal Sociol Rev.</i> 2018 Jan 2;27(1):60–74.			
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Sí	La autora expone claramente el objetivo del artículo, ampliar la comprensión actual de las mujeres “corpulentas” como consumidoras de atención médica, a través de la explicación e interpretación de sus percepciones acerca de sus experiencias individuales en la sanidad. Es un objetivo de una investigación cualitativa ya que pretende describir las experiencias de las participantes en el estudio.
	¿Es un objetivo de una investigación cualitativa?		
Metodología y Método	¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta al objetivo de la investigación?	Sí	El objetivo es la descripción de las experiencias de las mujeres participantes en el estudio, en el medio sanitario, lo cual es propio de la metodología cualitativa.
	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? (Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido Fenomenología, Teoría fundamentada, Etnografía...)	Sí	La investigadora hace explícito y justifica la teoría fundamentada como método elegido para llevar a cabo la investigación, ya que, a través de este método, se puede abordar el fenómeno de manera amplia, lo que permitió a las participantes identificar qué era importante para ellas en los fenómenos investigados. La teoría fundamentada que se emplea fue informada por la perspectiva teórica de interaccionismo simbólico y situado dentro de un paradigma constructivista.
Población y muestra y muestreo	¿Se identifica y describe la población?	Sí	Se dedica una sección del artículo a la descripción de la población incluida en el estudio, con todas sus características más relevantes.
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo? ¿Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes? ¿Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio? ¿El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio?	Sí	La estrategia de muestreo es apropiada ya que se establecen una serie de criterios de inclusión previo a la distribución de la información sobre el estudio para así asegurar que las participantes cumplen con esos requisitos y hacer el estudio lo más preciso posible. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, que usaran más de una talla 16 en la ropa, ya que la 16 era la talla más grande normalmente disponible en la mayoría de las tiendas. Con esta estrategia, el empleo de la talla en vez del IMC, se intentó disminuir la medicalización de las participantes. Argumentan el hecho de que las participantes sean de estas características porque es indiscutible que la experiencia de vivir en cuerpos más grandes sí es influyente en el género. Se explica el proceso de reclutamiento y por parte de quien (la investigadora distribuyó la información a varias organizaciones locales, para que lo difundieran a través de sus redes, las interesadas se comunicaron con la investigadora para que les aportase información del estudio).

	<p>¿Se explicita estrategias de calidad como la saturación para finalizar el muestreo?</p>	Sí	<p>La investigadora expone que se entrevistaron a las participantes hasta que se alcanzó la saturación teórica, el punto en el que no surgieron nuevas categorías a estudio o información que revelase nuevos conocimientos.</p>
Recogida de la información	<p>¿Las técnicas de recogida de datos se encuentran en consonancia con los objetivos del estudio y la orientación teórico-metodológica? ¿Se justifica la selección de la técnica de recogida de datos? (entrevistas en profundidad, grupos de discusión, grupos focales, observación participante, etc.) ¿Se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)? ¿El lugar y el período de tiempo ha sido adecuado?</p>	Sí	<p>La técnica de recogida de datos concuerda con los objetivos y la teoría fundamentada, ya que la investigadora en un principio se propuso trabajar con las participantes para extraer sus historias e identificar, de esta forma, lo que cada una consideraba que eran los problemas que enfrentaban. Y una vez identificado esto, las preguntas se enfocaban cada vez más en los problemas más importantes que cada una consideraba. Se justifica la selección de las entrevistas como método de recogida de datos para alentar a las participantes a compartir las interpretaciones de sus experiencias, convertirlas en “expertas”. Se explicita que cada entrevista fue grabada con un equipo de grabación digital y transcrita por la investigadora, con una duración de 30 a 70 min y que cada mujer fue etiquetada con un seudónimo. El lugar y la duración son adecuados porque permiten que se haya podido profundizar al máximo en el tema con cada mujer.</p>
Control de Sesgos	<p>¿Se ha reflexionado sobre la posible influencia del propio investigador en el proceso de investigación? (Reflexividad): ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? ¿Se ha solicitado aprobación de un comité ético? ¿Se ha contemplado el impacto del estudio en los participantes?</p>	Sí	<p>No se ha reflexionado porque durante el proceso las protagonistas y a las que se les permite que expongan lo que consideran más importante, para sacar la información de precisamente esos aspectos, son las participantes. Se solicitó la aprobación ética del Comité de Ética de Investigación en Humanos correspondiente. No se contempla el impacto del estudio en las participantes.</p>
	<p>¿Se hace referencia a las técnicas utilizadas para asegurar la validez del estudio? ¿Se ha triangulado el análisis de los datos? ¿Se ha llevado a cabo una triangulación de datos entre investigadores? ¿Se han triangulado los datos con los participantes? ¿Se han triangulado los datos entre las fuentes de información?</p>	Sí	<p>Hacen referencia al análisis comparativo constante como método para llevar a cabo el análisis de los datos. Se llevó a cabo una triangulación de datos con las participantes, así como entre las fuentes de información. No entre investigadoras.</p>

<p>Resultados, Discusión y conclusiones</p>	<p>¿Se explica el tipo de análisis realizado (de contenido, de discurso...)? ¿Se explica el proceso de análisis (recursivo, inductivo o deductivo)? ¿Se explica cómo se elaboró el árbol categorial? ¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis? ¿Es clara la exposición de los resultados? ¿Los “verbatim” presentados aportan evidencia a los resultados? ¿Se han tenido en cuenta resultados contradictorios o casos únicos? ¿Se discuten los resultados con estudios previos o con los marcos conceptuales/teóricos? ¿Se hace referencia a la transferibilidad de los resultados a otros contextos?</p>	<p>Sí</p>	<p>Se explica que se llevó a cabo un análisis comparativo constante durante todo el proceso de investigación. No se explica cómo se elaboró el árbol categorial, sí que el proceso de análisis fue a través de procesos inductivos de comparar datos con datos, datos con categoría, categoría con categoría y categoría con concepto. Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación, ya que se concluye de las participantes que la sensación de “ser definida” ha sido fundamental en sus experiencias e interacciones con los y las profesionales sanitarias. Se exponen claramente los resultados a través de los “verbatim” y la breve explicación y resumen de lo concluido y comentado de cada tema abordado por parte de la investigadora. No se han apreciado resultados contradictorios, por lo que se han tenido en cuenta los diferentes discursos que ha aportado cada participante. Los resultados se discuten con resultados previos de otros estudios y bibliografía consultada. No se hace referencia a la transferibilidad de los resultados a otros contextos.</p>
<p>Valoración Final</p>	<p>¿Utilizarías el estudio para tu revisión final? ¿Los resultados son aplicables a este contexto cultural, social y sanitario?</p>	<p>Sí</p>	<p>Responde al objetivo del trabajo y aunque, puede que los resultados no sean aplicables a este contexto, al tratarse de un estudio realizado en Australia, puede servir para la reflexión acerca de qué tan extendida está la estigmatización en sanidad hacia las personas con obesidad a nivel mundial, por lo que sí, lo utilizaría para la revisión final.</p>

Anexo 8. Tabla resumen de los artículos seleccionados

1. Nurses' weight bias in caring for obese patients: do weight controllability beliefs influence the provision of care to obese patients?	
Autoría	Tanneberger A, Ciupitu-Plath C.
Año y país	2018, Alemania.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cuantitativo.
Objetivo	Medir las opiniones estereotipadas sobre la obesidad del personal de enfermería. Analizar las creencias sobre una atención diferencial de las personas con obesidad. Evaluar si las creencias del control del peso del personal de enfermería influyen en la atención que prestan a las personas con obesidad.
Muestra	73 graduados/as en enfermería (78,3 % mujeres, edad media: 39 años, IMC: 59,9 % normopeso, 41,1 % exceso de peso), de entre 18 y 67 años, que hubieran completado una formación profesional de 3 años en un hospital, y actualmente en activo.
Variables medidas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sub-escala de Control de Peso/Culpa (WCB)</i> del Test de Actitudes Anti-obesidad (AFAT) - Cuestionario <i>ad hoc</i> (Escala Liker 0-5 puntos) sobre: frecuencia de atención a personas con obesidad, disponibilidad y calidad de los recursos necesarios para prestar una atención adecuada a este grupo de pacientes, y autopercepción y percepción de sus compañeros/as sobre la atención diferencial realizada.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de enfermería reportó creencias de control de peso más altas que en la población general. - El 86,8 % frecuencia de atención diaria a personas con obesidad. - Disponibilidad y calidad de los recursos: el 27,1 % y el 18,1 % del personal de enfermería no tenía acceso a andadores y elevadores especiales, respectivamente. Cuando se disponía de ellos se calificó positivamente: 45,7 % los andadores, 65,2 % los elevadores, 91,5 % las camas especiales y 64,8 % las sillas de transferencia/movilización. Un 53,5 % del personal de enfermería calificó de manera deficiente la calidad/adecuación para la prestación de cuidados, los recursos de alojamiento y los espacios disponibles. - Autopercepción de la atención diferencial realizada: 52,1 % en desacuerdo, 28,2 % de acuerdo con haber tratado diferente a las personas con obesidad. - Percepción de la atención diferencial realizada por los compañeros/as: 18,3 % en desacuerdo, 31 % no respondió y el 50,7 % de acuerdo. - Razones percibidas para la discriminación de las personas con obesidad: limitaciones personales (12,5 %), acceso insuficiente a los recursos externos (20,8 %), sesgo de peso (25 %), mayor intensidad de la atención de enfermería (18,8 %) y ausencia de discriminación (22,9 %). <ul style="list-style-type: none"> o Desaprobación, poco atractivo físico, olor corporal desagradable, falta de empatía, ser responsables de su peso y estado de salud.
Palabras clave	Weight bias, obesity, controllability, obesity stigma, nursing.

2. Examining weight bias among practicing Canadian family physicians	
Autoría	Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S.
Año y país	2019, Canadá.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cuantitativo.
Objetivo	Examinar las actitudes o atención del personal de medicina de familia con respecto a los individuos con obesidad y las percepciones acerca del tratamiento de la obesidad en el sistema de salud pública.
Muestra	400 médicos de familia (37,8 % mujeres, 1 % no binario, IMC: M= 25,77; SD= 4,76)
Variables medidas	<ul style="list-style-type: none"> - Sesgo de peso explícito: 9 ítems modificados de la <i>Medición Universal de Peso – grasa</i>, y 7 ítems de la <i>escala de Actitudes sobre el Tratamiento de Pacientes con Obesidad</i>. - Cuestionario <i>ad hoc</i>: analiza si la obesidad es una carga para el sistema de salud pública.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría no indicaron respuestas consistentes con un mayor sesgo de peso. El 24 % indicaron que no les gustaba mantener una amistad o les molestaba conocer a alguna persona con obesidad. El 50 % consideró que los individuos con obesidad aumentan la demanda en el sistema de salud. El 33 % indicó sentirse frustrado con este tipo de pacientes. El 18,5 % indicó sentirse disgustado al tratar a un paciente con obesidad. - El sesgo de peso fue menor entre mujeres, además, este se incrementaba en hombres con IMC más bajo. - El mayor sesgo de peso se asoció con actitudes más negativas hacia el tratamiento de los pacientes con obesidad, una mayor percepción de que la demanda extra en el sistema de salud pública por parte de las personas con obesidad es injusta, y un mayor pensamiento de que las personas con obesidad deben pagar extra por la salud pública.
Palabras clave	Weight stigma, healthcare, family physicians, obesity.

3. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals	
Autoría	Tomiyama AJ, Finch LE, Incollingo Belsky AC, Buss J, Finley C, Schwartz M, Daubenmier J.
Año y país	2015, EEUU.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Evaluar los dos tipos de niveles de sesgo entre especialistas en obesidad, el sesgo explícito o actitudes anti-grasa conscientes y el sesgo implícito o actitudes inconscientes. Comparar los datos de 2013 con los del 2001.
Muestra	232 participantes que acudieron al evento ObesityWeek en Atlanta, Georgia en 2013. La media de edad de los participantes era de 42,52 años (SD=12,82) y de estos, el 59 % eran mujeres. El IMC promedio de la muestra era de 24,60 kg/m ² (SD=3,63).

	21 de los participantes eran investigadores de temas relacionados con la obesidad, 26 trabajaban directamente con pacientes con obesidad y 33 trabajaban en ambos ámbitos.
Variables medidas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Percepción del propio peso</i>: evaluación de la percepción del peso a través de una escala Likert de 7 puntos. - <i>Estado emocional</i>: puntuado a través de una escala de 5 puntos. - <i>Experiencia profesional</i>: evalúa la experiencia con pacientes con obesidad a través de una escala de 7 puntos. - <i>Experiencia personal</i>: evalúa el significado a nivel personal de las personas con obesidad y la comprensión de ser una persona con obesidad. - <i>Test de Asociación Implícita (IAT)</i>: evalúa las actitudes implícitas, mediante la asociación de palabras (bueno, malo, delgadez, gordura. A mayor puntuación, mayor sesgo. - <i>Sesgo explícito</i>: evalúa los sentimientos y estereotipos hacia las personas con/sin obesidad.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indican niveles más bajos de sesgo implícito en 2013, en comparación con 2001 entre especialistas en obesidad, en medicina y otros especialistas. No obstante, los participantes asociaron más fácilmente atributos negativos a personas con obesidad que a las delgadas. - Los participantes también reportaron más sentimientos negativos hacia las personas con sobrepeso que hacia las delgadas, y reportaron que estas últimas eran menos perezosas que las que tenían sobrepeso. - En comparación con los y las investigadoras que habían tenido contacto, los que no habían tenido contacto clínico con pacientes con obesidad no mostraron ningún aumento del sesgo a lo largo del tiempo. Sin embargo, las actitudes explícitas anti-grasa sí parecen haber aumentado del 2001 al 2013, aunque estas son más fáciles de cambiar que las implícitas.

4. Weight bias among professionals treating eating disorders: attitudes about treatment and perceived patient outcomes

Autoría	Puhl R, Latner JD, King KM, Luedicke J.
Año y país	2014, EEUU.
Base de datos	ScienceDirect
Tipo de estudio	Cuantitativo.
Objetivo	<p>Evaluar los sesgos de peso entre los profesionales de la salud especializados en trastornos de la conducta alimentaria.</p> <p>Identificar hasta qué punto su sesgo está asociado con las actitudes sobre el tratamiento de los pacientes con obesidad.</p> <p>Identificar las características que pueden predecir un mayor o menor sesgo de peso en los profesionales de la salud.</p>
Muestra	329 especialistas en el tratamiento de trastornos alimenticios. 92 % mujeres. Edad media 45,55 años. Profesiones: psicólogas (27 %), terapeutas (24 %), dietistas (14 %), trabajadoras sociales (13 %) y otras (4 %). Experiencia en años: 16 años de media, la mayoría en un entorno de práctica privada y un 87 % informó sobre haber tratado a pacientes con obesidad.

VARIABLES MEDIDAS	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Escala de Fobia a la Grasa (Fat Phobia)</i>: evalúa las actitudes hacia las personas con obesidad a través de 14 pares de adjetivos. - <i>Escala de medida Universal de Sesgo-grasa (UMB-FAT)</i>: consta de 20 ítems que evalúan las actitudes generales hacia las personas con sobrepeso. A mayor puntaje, mayor sesgo. - <i>Causas percibidas de la obesidad</i>: evalúa las creencias sobre las causas de la obesidad y su importancia como factor predictor de la obesidad a través de 11 factores. Se añadieron tres elementos relevantes: el precio de los alimentos, el marketing/publicidad de alimentos no saludables y la adicción a los alimentos. Se desarrollaron 3 subescalas que incluían “causas fisiológicas”, “causas conductuales” y “causas ambientales”. - <i>Cuestionario ad hoc de actitudes sobre el tratamiento de los pacientes con obesidad</i>: dos dimensiones: actitudes negativas hacia los pacientes con obesidad (12 ítems) y las frustraciones percibidas en el tratamiento de los pacientes con obesidad (6 ítems). - <i>Percepciones del cumplimiento del tratamiento y éxito de los pacientes con obesidad</i>: 6 ítems, evalúa las creencias sobre el grado en el que los profesionales perciben que los pacientes con obesidad son receptivos a las recomendaciones de pérdida de peso, cumplen con el tratamiento, están motivados para cambiar su dieta, son capaces de mantener la pérdida de peso y cuánto les gustaría trabajar con estos pacientes. - <i>Percepciones del sesgo de peso entre los profesionales</i>: evalúa si habían escuchado o presenciado a otros profesionales hacer comentarios negativos, si estos tienen estereotipos y actitudes negativas, o si se sienten incómodos al tratarlos. - <i>Historia personal de trastornos alimenticios, dietas y miedo a la grasa</i>: evalúa si estaban tratando de perder peso y si existían antecedentes personales de haber tenido un trastorno alimenticio. Se completó la subescala de miedo a la grasa del cuestionario de actitudes antigrasa. - <i>Historia personal de victimización por peso</i>: evalúa si habían experimentado el estigma o la victimización relacionados con el peso.
HALLAZGOS DE INTERÉS	<ul style="list-style-type: none"> - Se evidenció la presencia de estereotipos hacia las personas con obesidad. Un 33 % estuvo de acuerdo en que las personas con obesidad tienen un autocontrol deficiente, no tienen fuerza de voluntad (16 %), son autoindulgentes (15 %), poco atractivas (24 %), inactivas (38 %), inseguras (50 %), y comen en exceso (55 %). - El 94 % estuvo de acuerdo en que hay que tratar a los pacientes con obesidad con compasión y respeto. - Un 56 % declaró haber sido testigo de otros profesionales haciendo comentarios negativos. El 42 % respondió que los profesionales suelen tener estereotipos negativos sobre las personas con obesidad. - El 35 % manifestó sentirse incómoda al tratar a pacientes con obesidad y el 29 % coincidieron en que sus compañeros/as tienden a tener actitudes negativas hacia la obesidad. - Expresaron un pesimismo con respecto a los resultados del tratamiento. Solo un 53 % afirmó que los pacientes con obesidad podrían tener éxito en hacer cambios de comportamiento y un 51 % que se podrían sentir motivados a cambiar su dieta. - Únicamente el 36 % expresó su acuerdo en que los pacientes con obesidad cumplen con las recomendaciones de tratamiento. El 24 % afirmó su confianza en que estos pacientes puedan mantener la pérdida de peso una vez lograda. - A mayor sesgo de peso, mayor puntuación en las actitudes negativas sobre el tratamiento ($p < ,01$), y en las frustraciones percibidas en el tratamiento ($p < ,001$).

	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes con un IMC más alto tenían puntuaciones de sesgo de peso más bajas, al igual que aquellos que tenían más años de experiencia laboral ($p < ,05$). - Los participantes que estaban tratando de perder peso informaron de niveles significativamente más altos de sesgo que aquellos que no estaban tratando de hacerlo ($p < ,01$)
Palabras clave	Attitudes, obesity, treatment, weight bias.

5. Association between perceived health care stigmatization and BMI change	
Autoría	Hansson LM, Rasmussen F.
Año y país	2014, Suecia.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Identificar la asociación entre las experiencias de estigmatización en sanidad y el cambio en el IMC.
Muestra	<p>Muestra poblacional de 2.788 hombres y mujeres suecos, de entre 25 y 64 años. 38,16 % con normopeso, 45,66 % con obesidad moderada y 10,44 % obesidad severa. El 34 % de las mujeres de la muestra habían experimentado alguna vez estigmatización de su peso en sanidad, así como el 16 % de los hombres.</p> <p>Habían sufrido estigmatización el 12 % en el caso de los hombres, y el 28 % de mujeres con normopeso; el 17 % de los hombres con obesidad moderada y el 34 % de las mujeres con similar grado de obesidad; y el 24 % de los hombres con obesidad severa, así como el 52 % de las mujeres con este tipo de obesidad.</p>
Variables medidas	<p>Para la medición de la estigmatización sufrida en sanidad se utilizó la siguiente pregunta: “¿alguna vez has sido tratado/a injustamente o provisto de un cuidado inferior?”.</p> <p>También se utilizaron tres preguntas adicionales: “¿alguna vez te has sentido despreciado/a o insultado/a por algo que ha dicho el o la profesional de la salud durante una visita médica en atención primaria?”, “¿alguna vez te has sentido ofendido/a por algo que ha dicho una enfermera en un centro de atención primaria?” y “¿alguna vez has evitado acudir al médico por miedo a ser tratado/a de manera ofensiva?”</p>
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Los individuos con obesidad severa que habían experimentado estigmatización exhibieron un cambio en el IMC de 1,46 kg/m², con respecto a aquellos con similar IMC que no la habían experimentado. - Los pacientes con obesidad moderada exhibieron un cambio en el IMC de 0,32 kg/m². - La estigmatización en sanidad está relacionada con un aumento del desarrollo de masa corporal en individuos con obesidad severa (aproximadamente un aumento de 4 kg en una mujer de 165 cm de altura y 100 kg de peso). - Aquellos pacientes con obesidad severa que no habían experimentado estigmatización habían perdido masa corporal durante el seguimiento del estudio, lo que determina que encuentros positivos en sanidad les ayuda a la pérdida de peso.

	- Existe una diferencia significativa en el cambio del IMC de individuos con obesidad moderada y severa que habían recibido un tratamiento ofensivo por parte de profesionales sanitarios y evitaban acudir a los servicios médicos por miedo a sentirse ofendidos, con respecto a aquellos que no habían experimentado ninguna estigmatización.
Palabras clave	Obesity, prejudice, primary health care, gender identity, body weight changes.

6. Physician assistant students' attitudes about obesity and obese individuals	
Autoría	Wolf C.
Año y país	2010, EEUU.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Examinar las actitudes de los estudiantes de asistente médico sobre la obesidad y las personas con obesidad.
Muestra	110 estudiantes de asistencia médica. 72,7 % mujeres. Edad media 25,6 (SD= 3,9). 66,3 % con normopeso y un 24,5 % con exceso de peso.
Variables medidas	- Versión reducida de la escala <i>Fat Phobia</i> : evalúa las actitudes estigmatizantes mediante 14 pares de adjetivos. A mayor puntuación, mayor atribución negativa.
Hallazgos de interés	- 13,6 % presentó un alto nivel <i>Fat Phobia</i> y un 5,4 % presentó actitudes positivas o neutrales. - No se encontraron diferencias significativas en función del sexo ni la edad ($p>0,5$). - Los 5 adjetivos negativos más seleccionados fueron que las personas con obesidad son lentas, les gusta la comida, comen en exceso, son inseguras y tienen baja autoestima. - Los 5 adjetivos con el mayor número de respuestas que indicaban que los encuestados estaban de acuerdo o muy de acuerdo eran que a las personas con obesidad les gusta la comida, comen en exceso, son lentas e inactivas y carecen de resistencia.
Palabras clave	No aparecen.

7. Obesity bias in training: attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines	
Autoría	Puhl RM, Luedicke J, Grilo JM.
Año y país	2014, EEUU.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Examinar el sesgo de peso entre los estudiantes de disciplinas de la salud y su asociación con sus percepciones sobre tratar pacientes con obesidad, las causas de la obesidad y observaciones de sesgo de peso por parte de instructores y compañeros.

Muestra	107 estudiantes de una disciplina sanitaria de postgrado. 68 % mujeres. Edad media 31,34 años (SD = 8,31). IMC medio 23,25 kg/m ² (SD = 4,01).
Variables medidas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Escala de Medida Universal de Sesgo-FAT (UMB FAT)</i>: consta de 20 ítems que evalúan las actitudes generales de los participantes hacia las personas con obesidad. A mayor puntaje, mayor sesgo. - <i>Causas percibidas de la obesidad</i>: evalúa las creencias sobre las causas de la obesidad y su importancia como factor predictor de la obesidad a través de 11 factores. Se desarrollaron 3 subescalas que incluían “causas fisiológicas”, “causas conductuales” y “causas ambientales” - Sesgo de peso percibido en la asistencia sanitaria: percepciones de sesgo de peso expresadas por compañeros, instructores y sanitarios. Por ejemplo: “he escuchado/visto a profesionales sanitarios hacer bromas o comentarios negativos sobre pacientes con obesidad”. - <i>Cuestionario para medir actitudes hacia los pacientes con obesidad</i>: 11 ítems. Dos subescalas: actitudes negativas hacia pacientes con obesidad y confianza y preparación percibidas para tratar eficazmente a los pacientes con obesidad. - <i>Percepciones del cumplimiento del tratamiento y éxito de los pacientes con obesidad</i>: 6 ítems, evalúa las creencias sobre el grado en el que perciben que los pacientes con obesidad son receptivos a las recomendaciones de pérdida de peso, cumplen con el tratamiento, están motivados para cambiar su dieta, son capaces de mantener la pérdida de peso y cuánto les gustaría trabajar con estos pacientes. - <i>Escala de autoestima de Rosenberg</i>. - Subescalas de preocupaciones de la forma corporal y el peso del cuestionario <i>EDE-Q</i>.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - El 60 % ha sido testigo de sesgos de peso expresados en el ámbito sanitario por parte de instructores o compañeros. Un 43 % indicó que los pacientes con obesidad son objetivo común del humor despectivo por parte de profesionales sanitarios y un 63 % afirmó haber sido testigos de cómo estudiantes hacían bromas sobre estos pacientes. Un 65 % informó haber presenciado comentarios negativos o bromas sobre pacientes con obesidad por parte de profesionales sanitarios y un 40 % por parte de profesores o instructores. - Aproximadamente un 36 % de los estudiantes mencionó que a menudo se sienten frustrados con los pacientes con obesidad, un 33 % que estos pacientes carecen de motivación para realizar cambios en el estilo de vida y otro 33 % que son difíciles de tratar. - Solo el 27 % indicó que le resulta gratificante profesionalmente tratar a pacientes con obesidad. Además, menos de la mitad sintieron que estos pacientes cumplen con las recomendaciones de tratamiento o tenían confianza en que puedan mantener la pérdida de peso una vez lograda (42 y 41 % respectivamente). El 25 % indicó que disfrutaría trabajando con pacientes con obesidad. - Aquellos participantes que mostraron un sesgo de peso mayor poseían creencias más fuertes de que la obesidad es causada por factores conductuales ($b=0,381$; $p<0,001$). El EDE-Q se asoció significativamente con las percepciones de pares, educadores y proveedores de atención médica, de forma que los participantes con preocupaciones personales más graves sobre la forma/peso percibieron que había más sesgo de peso por parte de los demás en el entorno médico ($b=0,304$; $p<0,05$). - A mayor puntuación de UMB-FAT, más actitudes negativas sobre el tratamiento de pacientes con obesidad ($b=0,483$; $p<0,001$) y menores expectativas de cumplimiento del tratamiento y éxito de este tipo de pacientes ($b=-0,408$; $p<0,001$), pudiendo atribuirse estos resultados a la creencia de que la obesidad es causada por factores conductuales como la sobrealimentación o falta de fuerza de voluntad del paciente.
Palabras clave	No aparecen

8. Is there prejudice against obese persons among health professionals? A sample of student nurses and registered nurses	
Autoría	Yilmaz HO, Ayhan NY.
Año y país	2019, Turquía.
Base de datos	CINAHL
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Evaluar si existe prejuicio hacia las personas con obesidad entre estudiantes de enfermería y enfermeras tituladas
Muestra	349 participantes, 190 estudiantes y 189 tituladas en enfermería. 90,8 % mujeres. Edad media de las estudiantes 21,9 años, y el de las tituladas 34,6 años. IMC > 25 kg/m ² : 16,8 % de las estudiantes y el 34,4 % de las tituladas, un 26 % del total de la muestra. Las tituladas tenían un IMC medio significativamente más elevado que las estudiantes ($p < ,06$).
Variables medidas	<ul style="list-style-type: none"> - Escala <i>Fat Phobia</i>: evalúa las actitudes hacia las personas con obesidad a través de 14 pares de adjetivos evalúa... - Escala de creencias sobre la controlabilidad de la obesidad o creencias sobre personas con obesidad, <i>BOAP</i>.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Ambos grupos mostraron actitudes negativas hacia las personas con obesidad. Las enfermeras tituladas obtuvieron una puntuación mayor (3,91, SD=0,43) en la escala de fobia a la grasa con respecto a las estudiantes (3,70, SD=0,5) ($p < ,06$). - Ambos grupos asociaron a las personas con obesidad con propiedades negativas y a través de la escala BOAP, mostraron creencias negativas sobre estas personas. Las estudiantes mostraron creencias más positivas en comparación a las enfermeras, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). - Aquellas participantes con obesidad mostraron actitudes más positivas con respecto a las personas con obesidad que las participantes con normopeso. Además, la percepción de las enfermeras hacia las personas con obesidad era más negativa que la de las estudiantes, lo cual se relaciona con la mayor carga de trabajo, estrés laboral y contacto con más pacientes con obesidad.
Palabras clave	Bias, nurse, obese persons, obesity, prejudice

9. Stigmatizing weight experiences in health care: Associations with BMI and eating behaviours	
Autoría	Remmert JE, Convertino AD, Roberts SR, Godfrey KM, Butryn ML.
Año y país	2019, EEUU.
Base de datos	Web of Science
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	<p>Describir los tipos y la frecuencia de las experiencias estigmatizantes en el cuidado de la salud.</p> <p>Evaluar las relaciones entre el IMC, la conducta alimentaria y las experiencias estigmatizantes.</p> <p>Examinar si el estigma del peso media en la relación entre las experiencias estigmatizantes, peso y comportamiento alimenticio.</p>

Muestra	85 participantes. 82,4 % mujeres. Edad media 50,3 años (SD = 12,8). Media de IMC 34,9 kg/m ² .
Variabes medidas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Escala de situaciones estigmatizadas en el cuidado de la salud (SSHC)</i>: 20 ítems. Está destinada a individuos con sobrepeso u obesidad para evaluar la frecuencia con la que han experimentado situaciones de estigmatización de peso durante una consulta de atención médica durante los últimos 12 meses. - <i>Escala de internalización de sesgo de peso (WBIS)</i>: evalúa el sesgo de peso internalizado. Contiene 11 ítems donde se pregunta a cada participante si están de acuerdo con una serie de declaraciones que reflejan un sesgo de peso. - <i>Cuestionario de alimentación de tres factores revisado (TFEQ-18)</i>: sirve para evaluar la alimentación descontrolada, la restricción cognitiva y la alimentación emocional. Consta de 18 ítems donde se pide a los participantes que den su opinión con respecto a un comportamiento alimentario o cognitivo proporcionado y, a mayor puntuación, mayor restricción cognitiva, alimentación descontrolada o alimentación emocional.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Más de dos tercios de los participantes (70,6 %) informaron de por lo menos, un caso de una experiencia de atención médica estigmatizante en los últimos 12 meses. La puntuación media del cuestionario SSHC fue de 3,4 y los cuatro elementos más respaldados: “un médico dice que el peso es un problema de salud cuando usted goza de buena salud” (38,8 %), “un médico culpa a su peso por problemas físicos no relacionados” (38,1 %), “un médico le ha recomendad una dieta incluso cuando no tenía intención de hablar sobre el peso” (34,1 %) y “un médico le dice que pierda peso pero no le brinda opciones de tratamiento para la pérdida de peso ni consejos sobre cómo obtener ayuda para perderlo” (34,1 %). - A mayor puntuación en la escala SSHC, mayor IMC ($r= 0,32; p=.003$) y mayores niveles de alimentación descontrolada ($r= 0,22; p=.04$) y emocional ($r= 0,28; p=0,1$). - Se informaron de muy pocas experiencias de estigmatización manifiesta (como ser ridiculizado) y muchas de estigmatización sutil. Esto supone que los pacientes están experimentando formas más sutiles de sesgo que podrían afectar a la atención clínica. - A mayor número de situaciones estigmatizantes, mayor estigma de peso internalizado, y, a su vez, niveles más altos de conductas alimentarias desadaptativas. Esto es, cuando un proveedor de atención médica perpetúa el estigma del peso, las personas con mayor estigma de peso internalizado pueden experimentar mayor alimentación emocional descontrolada como resultado.
Palabras clave	Behavioural weight loss, delivery of health care, eating behaviour, weight stigma.

10. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients	
Autoría	Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L.
Año y país	2019, Noruega.
Base de datos	Web Of Science
Tipo de estudio	Cuantitativo

Objetivo	Examinar las actitudes implícitas y explícitas de enfermeras de cuidados intensivos hacia los pacientes con obesidad ingresados en esta unidad. Identificar si sus actitudes están asociadas con sus intenciones de comportamiento hacia estos pacientes.
Muestra	159 enfermeras de UCI cualificadas. 84,3 % mujeres. Edad media 46 años (SD= 8,24).
Variables medidas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pruebas de asociación implícita (IAT)</i>: evalúa actitudes y estereotipos. Se les presentó una serie de conceptos objetivos como “gente delgada y gente gruesa” que debían ser atribuidas a palabras “buenas” o “malas” relacionadas con el peso. - Cuatro escalas de sesgo explícito que miden sentimientos y creencias sobre personas delgadas y obesas. Esta escala mide los sentimientos sobre las personas delgadas y obesas como “malos versus buenos” y las creencias estereotipadas como “vagos versus motivados”, “inútiles versus valiosos” y “estúpidos versus inteligentes”. Las puntuaciones positivas en una escala de -3 a +3, indican u sesgo anti-grasa más fuerte. - <i>Anti-Fat Attitudes Questionnaire (AFAQ)</i>: 13 ítems que evalúan prejuicios explícitos hacia la grasa. Consta de 3 subescalas: “no me gusta” que evalúa la antipatía explícita hacia las personas con sobrepeso u obesidad, “miedo a la grasa”, que evalúa las preocupaciones personales y angustia por el peso o la probabilidad de tener sobrepeso y la subescala “fuerza de voluntad”, que evalúa la creencia de que el sobrepeso es una cuestión de control personal o de falta de él. A mayor puntuación, mayor sesgo anti-grasa. - La intención conductual se midió a través de viñetas. Cada una de ellas era una breve historia diseñada como un escenario de la vida real que podría darse en una UCI, y contenía dos preguntas.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Las puntuaciones de las escalas de actitud y estereotipos IAT revelaron una preferencia general significativa por las personas delgadas sobre las gruesas (actitud media IAT = 2,00; estereotipo media IAT = 0,72) - Las actitudes explícitas mostraron una ligera tendencia a favorecer a las personas delgadas sobre aquellas con sobrepeso, por la perspectiva de “malos y vagos”. - Las puntuaciones de la AFA revelaron que a las enfermeras les parecía más fácil informar que los pacientes con obesidad tenían menos fuerza de voluntad a decir que no les agradaban. - Las participantes también informaron de que los pacientes con obesidad eran más perezosos, lo cual se relaciona con la creencia acerca de la capacidad de control del peso. - En cuanto a la intención conductual, únicamente se identificó que los enfermeros estaban menos dispuestos a brindar atención inmediata a los pacientes con obesidad de la UCI, en comparación con las enfermeras.
Palabras clave	No aparecen.

11. Obesity bias in primary care providers	
Autoría	Khandalavala BN, Rojanala A, Geske JA, Koran-Scholl JB, Guck TP.
Año y país	2014, EEUU.
Base de datos	Web of Science

Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Investigar la presencia del sesgo de peso en sanitarios de atención primaria. Determinar si el sesgo difiere en función de la duración de la práctica.
Muestra	233 profesionales de la salud de atención primaria inscritos en un programa de educación médica continua sobre obesidad. Entre los profesionales se encontraban médicos, asistentes médicos, enfermeras, enfermeras residentes, estudiantes y farmacéuticos, dietistas y fisioterapeutas. El 54,7 % eran mujeres. 67 de los participantes tenían una experiencia laboral en atención primaria de 0 a 9 años, 49 de 10 a 19 años y 98 de 20 o más años.
VARIABLES MEDIDAS	<i>Anti-Fat Attitudes Questionnaire (AFAQ)</i> : 13 ítems que evalúan prejuicios explícitos hacia la grasa. Este cuestionario consta de 3 subescalas: “no me gusta” que evalúa la antipatía explícita hacia las personas con sobrepeso u obesidad, “miedo a la grasa”, que evalúa las preocupaciones personales y angustia por el peso o la probabilidad de tener sobrepeso y la subescala “fuerza de voluntad”, que evalúa la creencia de que el sobrepeso es una cuestión de control personal o de falta de él. A mayor puntuación, mayor sesgo anti-grasa.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - En general, los participantes obtuvieron puntuaciones más altamente significativas en la subescala “miedo a la grasa” ($M=5,1$; $SD = 2,4$) y en la subescala “fuerza de voluntad” ($M= 4,9$; $SD = 2,1$) con respecto a la subescala “no me gusta” ($M= 2,1$; $DE=1,7$; $F=192,7$; $p <0,01$). - Los profesionales de atención primaria con 20 o más años de experiencia expresaron mayor aversión o disgusto que los profesionales con menos de 10 años de experiencia. - Al haber puntuaciones altas en la subescala “fuerza de voluntad”, se refleja la creencia de que el sobrepeso se debe a una falta de control personal para mantenerse en un peso saludable. - Prevalece la atribución de conceptos erróneos a los pacientes con obesidad, así como a su peso.
Palabras clave	No aparecen.

12. Effects of obesity on patient experience in the emergency department

Autoría	Ngui B, McDonald Taylor D, Shill J.
Año y país	2013, Australia.
Base de datos	Web of Science
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Determinar si la obesidad afecta negativamente a la experiencia de los pacientes en el servicio de urgencias mediante el estudio del flujo de pacientes, investigaciones realizadas, la asistencia requerida y los eventos indeseables.
Muestra	711 pacientes, de los cuales 191 eran pacientes con obesidad. La media del IMC de los pacientes que no tenían obesidad fue de 24,7 kg/m ² , mientras que la de los pacientes con obesidad fue de 34,4 kg/m ² , siendo, además, el grupo de los pacientes con obesidad más joven.

Procedimiento de recogida de datos	Se encuestó al personal médico y de enfermería que gestionaba principalmente a los pacientes a través de cuestionarios autoadministrados, diseñados por los investigadores. Estos cuestionarios exploraron áreas potenciales de dificultad para el manejo del paciente como son: asistencia al paciente, investigación y procedimientos, eventos de manejo indeseables y radiografía.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo de pacientes con obesidad tendió a requerir más ayuda asistencial. - A la hora de realizar análisis sanguíneos, se solicitó significativamente mayor cantidad de peticiones de función hepática en los pacientes con obesidad que en el grupo sin obesidad (diferencia de proporción del 8,9 %, IC 95 % (0,8-17.1), $p= 0,04$), así como de enzimas cardíacas (diferencia del 10,8 %, IC 95 % (2.5-19.2), $p= 0,008$). - El grupo de pacientes con obesidad tuvo más peticiones de radiografías abdominales que el grupo sin obesidad (diferencia 9,2 %, IC 95 % (2.9-15.4). - Se requirieron significativamente más intentos para la canalización venosa de pacientes con obesidad que sin obesidad ($p= ,002$).
Palabras clave	ED, experience, obesity.

13. The effect of knowledge on health care professionals' perceptions of obesity	
Autoría	Wynn T, Islam N, Thompson C, Swe Myint K.
Año y país	2018, Reino Unido.
Base de datos	ScienceDirect
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Investigar la relación entre el prejuicio hacia las personas obesidad y el conocimiento de la obesidad entre los profesionales sanitarios. Evaluar diferencias en prejuicios y conocimientos entre los grupos de profesionales sanitarios.
Muestra	372 profesionales de la salud que incluían médicos, médicos principiantes, enfermeras, asistentes de atención médica, profesionales del departamento operativo y farmacéuticos.
Variables medidas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cuestionario de actitudes hacia las personas obesas (ATOP)</i>: evalúa los prejuicios sobre la obesidad, de manera que una puntuación más alta (máximo de 120) indica menor prejuicio. - <i>Escala de conocimientos relacionados con la obesidad-10 (ORK-10)</i>: mide el nivel de conocimiento que tiene un individuo sobre la obesidad a través de 10 preguntas, con una puntuación máxima alcanzable de 10. A mayor puntuación, mayor conocimiento sobre la obesidad.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Puntuación media de ATOP fue de 69,1/120 (SD = 14,9) y la puntuación media de ORK-10 de 7,09/10. - Las puntuaciones del ATOP fueron relativamente constantes, demostrando los dietistas el menor prejuicio (80,1/100) y los médicos el mayor (66,8/100). - Las participantes femeninas obtuvieron una puntuación más alta con una puntuación ATOP media de 71,6/120 (DE=14,3) con respecto a los participantes masculinos (64/100, DE=15; $p<0,001$).

	- Se demostró que a medida que disminuían los niveles de prejuicio hacia las personas con obesidad, el conocimiento que tenía el individuo tendía a ser menor.
Palabras clave	Obesity, prejudice, knowledge, health professionals, weight stigma
14. Attitudes of health care professionals towards female obese patients	
Autoría	Sikorski C, Luppá M, Glaesmer H, Brähler E, König H, Riedel-Heller SG.
Año y país	2013, Alemania.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cuantitativo
Objetivo	Investigar y comparar las actitudes de los profesionales de la salud acerca del sobrepeso y la obesidad.
Muestra	682 participantes. 17,5 % con sobrepeso y 5,4 % con obesidad. Edad media: 35,86 años (SD = 10,82). Disciplinas: enfermería (49,8 %), medicina (28,4 %) y terapeutas como fisioterapeutas, psicoterapeutas y terapeutas ocupacionales (18,3 %).
Variables medidas	- Versión reducida de la escala <i>Fat Phobia</i> : evalúa las actitudes estigmatizantes mediante 14 pares de adjetivos. A mayor puntuación, mayor atribución negativa. - Atribución causal: se presentaron 14 ítems diferentes con causas potenciales de la obesidad.
Hallazgos de interés	- La mayor parte de los y las participantes refirieron que la provisión de cuidado a un paciente con obesidad era más complicada que la que se da a un paciente con normopeso. Además, el 63 % sostuvo firmemente que suele ser complicado conseguir los recursos necesarios para atender a un paciente con obesidad. - Las mujeres con obesidad fueron calificadas más negativamente que aquellas con normopeso. - Las enfermeras, en comparación al resto de personal médico, mostraron una puntuación significativamente menor en la FPS ($F(3,680) = 4,22, p=0,006$). - A mayor edad se detectó un mayor nivel de actitudes estigmatizantes ($\beta = 0,014; p<0,05$). Asimismo, aquellos participantes con mayor experiencia laboral exhibieron menor visión negativa hacia los individuos con obesidad ($\beta = -0,013; p<0,05$). - Los y las profesionales de la medicina mostraron mayor énfasis en atribuir la responsabilidad individual a quienes padecen obesidad ($F(3,667) = 16,90, p<0,001$), además esta asociación continúa siendo significativa aun y controlando otras variables de confusión ($\beta = 0,076; p<0,05$); mientras que los y las profesionales de enfermería coincidieron en que las causas biomédicas de la obesidad son externas ($F(3,687) = 2,93, p=0,035$), lo que se asoció con menores actitudes estigmatizantes ($\beta = -0,097; p<0,05$).
Palabras clave	Health care professionals, obesity, care, stigma.

15. Obese women's perceptions and experiences of health care and primary care providers	
Autoría	Buxton B, Snethen J.

Año y país	2013, EEUU.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cualitativo.
Objetivo	Describir las experiencias y percepciones de las mujeres con obesidad con respecto al estigma existente en la atención sanitaria y por parte de sus proveedores de atención médica.
Muestra	26 mujeres residentes en una zona rural americana. Rango de edad: 27-66 años (media 46 años, SD= 11,9) e IMC > 30 kg/m ² . El 88 % tenían un profesional de la salud habitual que era profesional de la medicina y el 4 % de la enfermería. El 92 % los habían visitado el último año.
Procedimiento de recogida de datos	Entrevistas semiestructuradas de 30-60 minutos. Temas abordados: las percepciones de la salud y atención médica, el respeto a una misma como persona, el establecimiento de una conexión con la atención médica y la necesidad de la asertividad.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres determinaron que tener una buena relación o conexión con el proveedor de la atención sanitaria es motivador para que busquen tratamiento cuando lo necesitan. Además, todas menos una, informaron acerca de que querían que se les informase sobre su peso, ya que ellas buscan en los y las sanitarios asesoramiento específico sobre cómo controlarlo y vivir una vida más saludable. - Importancia de tomar tiempo con las mujeres con obesidad y no apresurarse en la consulta. Las participantes también sugirieron que se deberían abordar las preocupaciones sobre el peso con esta clase de pacientes, ya que es su principal preocupación, y el deseo de estar sano puede ser usado como un incentivador. - Los resultados del estudio también sugieren que los y las profesionales han de ayudar a las pacientes a establecer objetivos realistas y alcanzables, además, la toma de decisiones conjuntas promoverá la adhesión de las pacientes a la atención médica.
Palabras clave	Healthcare, obesity, overweight, qualitative, research, women.

16. Nurse practitioner students' awareness of obesity bias within clinical practice	
Autoría	Hauff C, Fruh SM, Graves RJ, Sims BM, Williams SG, Minchew LA, Hall R, Platt TH, Barclay M.
Año y país	2019, EEUU.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Descriptivo y cualitativo.
Objetivo	Explorar los encuentros o experiencias de los estudiantes de enfermería con el estigma y el sesgo de la obesidad en el entorno clínico. Dar recomendaciones para disminuir el estigma y el sesgo de la obesidad.
Muestra	44 residentes de enfermería comunitaria (edad media 34 años, SD= 7,9; IMC medio 27,5 kg/m ² , SD=5,9) de los cuales la mayoría trabajaban a tiempo completo en centros de obstetricia/ginecología de atención aguda y/o ambulatoria.

Procedimiento de recogida de datos	Descripción de los encuentros de cada residente con sesgos de sobrepeso u obesidad en los entornos actuales de la clínica de salud de la mujer a través de la creación de una publicación y posterior reflexión acerca de esta por parte del resto de residentes. Mención de las estrategias que recomendarían implementar en la práctica para disminuir el estigma y el sesgo de la obesidad.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de tres principales problemas en sus prácticas clínicas que contribuyen al sesgo de peso: material inapropiado (falta de batas o pijamas de tallas más grandes, ausencia de manguitos de tensión arterial grandes en las habitaciones), privacidad inadecuada (básculas en áreas abiertas y con poco espacio, mención en voz alta del peso por parte de las enfermeras) y uso inadecuado del lenguaje (comentarios negativos en espacios públicos, lenguaje estereotipado, bromas). - Existencia de prejuicios personales. Desconocimiento por parte del personal del sesgo de obesidad. - Las nociones preconcebidas sobre las personas con sobrepeso y obesidad sostenidas por estudiantes y profesionales hacen que, además de que el tratamiento sea discriminatorio, aumenten las probabilidades de que el paciente evite visitas futuras. - Los sesgos de obesidad por parte de los profesionales pueden incluso derivar en una enseñanza incorrecta.
Palabras clave	No aparecen.

17. Reproducing stigma: interpreting "overweight" and "obese" women's experiences of weight-based discrimination in reproductive healthcare	
Autoría	Bombak AE, McPhail D, Ward P.
Año y país	2016, Canadá.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Describir las experiencias de mujeres con sobrepeso y con obesidad autoidentificado en el ámbito de la salud reproductiva.
Muestra	24 mujeres, rango de edad 28-57 años, la mayoría de 30-40 años. Reclutamiento: muestreo de bola de nieve. Se realizaron entrevistas semiestructuradas de 1 hora.
Procedimiento de recogida de datos	Se pidió a las mujeres que se autoidentificaran con sobrepeso u obesidad. En la entrevista se abordaron temas como las historias de las participantes en la atención reproductiva, experiencias con los proveedores de atención médica reproductiva con respecto al peso y si dichas experiencias influyeron en sus relaciones y sentimientos sobre sus cuerpos.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Las participantes describieron frecuentemente situaciones en las que se habían sentido disgustadas y mal por el lenguaje que había sido utilizado por los profesionales sanitarios. Lenguaje como “gorda”, que describen como molesto, u “obesa”, calificado como especialmente hiriente; además de frases mencionadas hacia ellas como “la necesidad de tener una máquina especial para mover a la gente gorda”.

	<ul style="list-style-type: none"> - Describieron cómo algunas de las discriminaciones sufridas están relacionadas con el cuidado, llegando hasta el punto de experimentar un rechazo total. Las participantes refirieron que, en muchas ocasiones, sus preocupaciones sobre la salud reproductiva quedaban reducidas únicamente al peso, produciéndoles sentimientos como sentirse menos humanas o indignas de una atención compasiva y de calidad. - También se identificaron experiencias en las que el resultado había sido la aparición de sentimientos de culpa en las mujeres al haberles hecho sentir que su peso ponía en riesgo al feto o les hacía más propensas a sufrir abortos espontáneos, defectos en el feto al nacimiento o retrasos en el desarrollo.
Palabras clave	Obesity, social stigma, reproductive healthcare.

18. A qualitative exploration of weight bias and quality of health care among health care professionals using hypothetical patient scenarios	
Autoría	Seymour J, Barnes JL, Schumacher J, Vollmer RL.
Año y país	2018, EEUU.
Base de datos	Medline
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Determinar si el sesgo de peso exhibido por los profesionales de la salud afecta a la calidad de la atención brindada a las personas con obesidad.
Muestra	220 participantes. 88 % eran mujeres y el 87 % de estas enfermeras. Rango de edad: 26-35 años. El 50 % había trabajado en el sector de la salud durante menos de 10 años.
Variables medidas	<ul style="list-style-type: none"> - Para la medición de la calidad de la atención, se utilizaron las respuestas abiertas a escenarios hipotéticos de pacientes. Dichos escenarios, contenían información sobre altura, peso, IMC, sexo y diagnóstico reciente de hipercolesterolemia, además de ir acompañados de una imagen de un hombre o mujer con el IMC descrito. En función de cómo respondía cada uno de los encuestados a los escenarios mostrados y si respondían de manera diferente en base a los pesos de los pacientes, se midió la calidad de la atención. - Escala de <i>Actitudes hacia las personas obesas (Attitudes Towards Obese People, ATOP)</i>: evalúa el sesgo de peso mediante 20 ítems.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Los y las profesionales sanitarias prescribieron recomendaciones de dieta y ejercicio más específicas para los pacientes con obesidad, incluyendo términos como “modificaciones estrictas” y “drásticas” en la dieta. - Aquellos con un sesgo de peso elevado sostuvieron que aquellos pacientes con un IMC saludable podrían “añadir caminatas” o “aumentar su rutina de ejercicio”, mientras que los pacientes con obesidad “deben comenzar a caminar”. Asimismo, a estos últimos les recomendaron “regímenes de entrenamiento de mayor intensidad”, recomendando hacer más frecuentemente y durante más tiempo ejercicio que a la población con normopeso. - Palabras con connotaciones positivas como educación y ánimo fueron más empleadas con aquellos pacientes con normopeso, de manera que el menor empleo de este tipo de palabras con pacientes con obesidad indica una relación menos amistosa y empática.

Palabras clave	Quality of health care, bias, qualitative research, health personnel, surveys and questionnaires
-----------------------	--

19. Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography

Autoría	Hales C, de Vries K, Coombs M.
Año y país	2016, Nueva Zelanda
Base de datos	PsycINFO
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Explorar la cultura e influencias sobre profesionales de la medicina y la enfermería dentro del entorno de cuidados intensivos en la atención a pacientes críticamente enfermos con obesidad mórbida
Muestra	Participantes: 67 profesionales de enfermería, 13 profesionales de la medicina y 7 pacientes con obesidad mórbida sin cirugía bariátrica previa. 25 profesionales de la enfermería fueron observadas en la práctica y entrevistadas y 14 entrevistadas únicamente.
Variables medidas	Entrevistas etnográficas que abarcaron cuatro áreas: las experiencias de los y las profesionales de la salud en el cuidado de pacientes con obesidad mórbida en la unidad actual y empleos previos; pensamientos y creencias personales sobre la obesidad influenciados por la sociedad; recursos y oportunidades de educación para los y las profesionales de la salud en el cuidado y manejo de pacientes con obesidad mórbida; y preguntas específicas con respecto a los puntos ricos de interacción social observados.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - En general, se evidenció incomodidad social durante la observación y las entrevistas. Esta incomodidad se relacionó con la expresión de signos de ansiedad al interactuar con pacientes con obesidad mórbida y resultó de las actitudes sociales preexistentes sobre la obesidad. - Algunos profesionales refirieron que se sentirían incómodos a la hora de hablar con un paciente sobre su peso, debido a la conciencia de las tensiones sociales que rodean a la obesidad, ya que hablar sobre obesidad conlleva que los prejuicios personales queden expuestos. - Cuando fue necesario hablar acerca de la obesidad del paciente, el personal empleó eufemismos, códigos secretos y gestos. Esta habla indirecta, se utilizaba como recurso para prevenir la vergüenza, evitar la incomodidad, salvar la “cara” y reducir la tensión.
Palabras clave	Focused ethnography, intensive care, morbid obesity, medicine, nursing, qualitative research, social awkwardness.

20. Physical therapists' ways of talking about overweight and obesity: Clinical implications

Autoría	Setchell J, Watson BM, Gard M, Jones L.
Año y país	2016, Australia.
Base de datos	CINAHL
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Investigar la manera en la que los fisioterapeutas hablan sobre las personas con sobrepeso y obesidad

	Discutir las implicaciones clínicas
Muestra	27 fisioterapeutas experimentados/as 18 mujeres. Edad media 39 años, rango: 23 - 72 años. 4 eran trabajadores del medio rural.
Procedimiento de recogida de datos	Se realizaron una serie de sesiones de grupo, en grupos focales semiestructurados, con entre 4 y 6 participantes en cada uno de ellos. Se llevaron a cabo una serie de discusiones con el objetivo de hablar acerca del peso en el contexto del trabajo de los participantes como fisioterapeutas. Los temas abordados fueron: discusiones sobre el peso con los pacientes, el papel percibido de los fisioterapeutas en el control del peso, cómo es tratar a pacientes con sobrepeso, las causas del sobrepeso u obesidad y cómo se pueden sentir los pacientes con sobrepeso en un entorno de fisioterapia.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Alrededor de un tercio de los participantes no habían nunca considerado cómo podrían sentirse los pacientes con sobrepeso en sus consultas y tenían o poca o ninguna idea de que podrían sentir molestias, especialmente, al sentir que se les podría juzgar por su peso. - La mayoría de los encuestados sostuvo que el trabajo con pacientes que tienen un cuerpo más grande resulta más difícil. Emplearon palabras negativas como “peligroso”, “arriesgado”, “difícil” o “desafiante”. - Identificaron la palpación y el manejo manual como lo más complicado de abordar, además, también describieron como difícil la búsqueda de equipos adecuados. - Los participantes describieron frecuentemente el peso como una consecuencia de factores de estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, presentando muy poca atención a otros determinantes como medicamentos, hormonas o genética. - Se identificó una falta de conciencia sobre el estigma y un énfasis principal en la dieta y el ejercicio para disminuir de peso.
Palabras clave	No aparecen

21. 'Being defined': Large-bodied women's experiences as healthcare consumers	
Autoría	Williams D.
Año y país	2017, Australia.
Base de datos	PsycINFO.
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Ampliar la actual comprensión de las mujeres corpulentas como consumidoras de atención médica, a través de la explicación e interpretación de las experiencias de salud de estas. Identificar el problema social básico experimentado por las consumidoras de salud de gran tamaño.
Muestra	22 mujeres, de entre 29 y 63 años con tallas de ropa comprendidas entre la 18 y la 24 (tallas mayores a las disponibles en la mayoría de las tiendas).

Procedimiento de recogida de datos	Se entrevistó inicialmente a las participantes para conocer sus historias, y al hacerlo, identificar lo que cada una consideraba que eran los problemas más importantes a los que se enfrentaban como consumidoras de atención médica. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas por el investigador, y tenían una duración de entre 30 y 70 minutos. Se entrevistó a 16 mujeres antes de alcanzar la saturación teórica.
Hallazgos de interés	<ul style="list-style-type: none"> - Las participantes emplearon variedad de términos para describir sus cuerpos como “gorda”, “sobrepeso” o “grande” pero apenas emplearon el término “obesa” para referirse a sí mismas. Además, sostuvieron que una vez que se las definiera como pacientes con sobrepeso u obesidad, se las vería como insanas o no adherentes. - Las pacientes creían que no eran visibles para sus médicos más allá de su exceso de peso y que como causa de ello, la interacción con estos era menor. Comentaron que sus problemas de salud actuales eran pasados por alto para centrarse únicamente en su peso y que nada más entrar en la consulta, iban a ser reconocidas como una mujer con un cuerpo grande. - También describieron como el estar etiquetadas como pacientes con sobrepeso u obesidad, esto se convertía en su identidad de salud predominante, y sentían que era un aspecto en el que además tenían poco poder. - Definieron como una traición el hecho de recibir comentarios no deseados de sus médicos, ya que contradice todo lo que esperaban de ellos. - Describen algunas participantes como “deshumanizante el tener sobrepeso en un contexto médico”. Además, indicaron que se sentían invisibles más allá de su peso, lo que creaba una barrera a la hora de interactuar con los y las profesionales. - Indicaron que los profesionales sanitarios mantienen opiniones y juicios firmes sobre los pacientes con sobrepeso y obesidad, lo que produce efectos significativos en la interacción clínica, además de que el sentirse juzgado acarrea consecuencias en el comportamiento futuro de los pacientes. - Las participantes identificaron a sus médicos como personas en las que raramente podían confiar para que les ayudasen a conseguir resultados saludables, tanto físicos como emocionales. Además, sostenían que los médicos tenían “carta blanca” para decir cosas que cruzaban la línea de lo que debería decir un médico. - La experiencia de sentirse juzgada da lugar a muy poca interacción entre paciente y médico. - Reconocieron que, a raíz de experiencias negativas con sus médicos de cabecera, habían iniciado un ciclo de anticipación negativa, de manera que esperaban siempre a recibir comentarios sobre su peso o a que se culpaba a su grasa por lo que les sucediese.
Palabras clave	Overweight, obesity, clinical interaction, weight-related discrimination, stigma, qualitative.

Anexo 9. Árbol categorial

