

**Jordi Benítez Muñoz**

**PROJECTE D'INVESTIGACIÓ: EFECTE D' UNA INTERVENCIÓ CONTRA LA  
GORDOFÒBIA MÈDICA ENTRE INFERMERES D' ATENCIÓ FAMILIAR I  
COMUNITÀRIA DE LA REGIÓ SANITÀRIA DE GIRONA. ESTUDI ANALÍTIC  
QUASI-EXPERIMENTAL**

**TREBALL DE FI DE MÀSTER**

**dirigit per la Dra. M<sup>a</sup>Elena Solà Miravete**

**Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Tarragona**

**2024**

«La única cosa que alguien puede diagnosticar con algo de certeza al mirar una persona gorda es su propio nivel de estereotipos y prejuicio en contra de la gente gorda».

Marilyn Wann

*(Fat Studies: An Invitation to Revolution)*

### **Agraïments**

En agraïment a la Dra M<sup>a</sup> Elena Solà, tutora del treball de fi de màster, per la seva paciència, el constant suport, l'orientació i la confiança d'acompanyar-me durant la trajectòria d'aquest projecte.

També a tots els docents del Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria, per introduir-me en aquest món alhora desconegut i necessari, com és el de la investigació relacionada amb la disciplina infermera. I a totes les companyes del màster, per la xarxa de suport que hem teixit i que tant bé ens ha anat.

A la Zaira Reyes, infermera de l'EAP de Can Gibert del Pla de Girona, per la seva col·laboració en la realització de la prova pilot d'aquest projecte.

I a la meva família, pel suport incondicional i els ànims durant tots aquests mesos de trajecte.

## Índex de continguts

RESUM.....	6
ABSTRACT .....	7
1. INTRODUCCIÓ .....	8
2. MARC TEÒRIC.....	10
2.1. Els <i>Fat Studies</i> .....	10
2.2. La gordofòbia.....	11
2.3. El Triumvirat del Greix .....	12
3. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA, ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA. ....	14
3.1. Revisió bibliogràfica.....	14
3.2. Antecedents i estat actual del tema .....	14
3.3. Gordofòbia en l'àmbit laboral .....	15
3.4. Gordofòbia en l'àmbit escolar .....	16
3.5. Gordofòbia i relacions sexoafectives .....	16
3.6. Gordofòbia en els mitjans de comunicació i en les xarxes socials .....	16
3.7. Gordofòbia mèdica .....	17
4. APORTACIONS I INTERÈS DEL PROJECTE .....	20
5. OBJECTIUS I HIPÒTESIS.....	21
5.1. Objectius (general i específics).....	21
5.2. Hipòtesis.....	21
6. MATERIAL I MÈTODE .....	22
6.1. Disseny.....	22
6.2. Àmbit d'estudi .....	22
6.3. Població d'estudi: .....	22
6.4. Selecció de la mostra: .....	23
6.5. Variables.....	23
6.6. Instruments de recollida de dades .....	25
6.7. Descripció de la intervenció .....	26
6.8. Descripció del seguiment.....	27
6.9. Anàlisi de dades: .....	27
7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES I CONFIDENCIALITAT DE LES DADES.....	28
8. PROVA PILOT .....	29
8.1. Mètode .....	29
8.2. Resultats .....	30
8.3. Discussió .....	36
8.4. Conclusions .....	39
9. APLICABILITAT I UTILITAT DELS RESULTATS. LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	41

10.	BIBLIOGRAFIA .....	43
11.	PLA DE TREBALL I CRONOGRAMA.....	48
12.	PRESSUPOST I MITJANS NECESSARIS PER REALITZAR EL PROJECTE .	50
13.	ANNEXOS .....	51
13.1.	Annex 1. Full informatiu (català/castellà).....	51
13.2.	Annex 2. Consentiment informat (català/castellà).....	53
13.3.	Annex 3. Autoritzacions d'autor per a la utilització de les escales .....	55
13.4.	Annex 4. Enllaç al qüestionari .....	56
13.5.	Annex 5. Autorització defensa TFM de la tutora .....	57
13.6.	Annex 6. Proposta article revista científica .....	58

## Índex de taules i figures

<b>Taula 1</b> Característiques sociodemogràfiques.....	30
<b>Taula 2</b> Característiques en relació al pes i a la imatge corporal.....	31
<b>Taula 3</b> Puntuacions de les escales AFA i BAOP .....	32
<b>Taula 4</b> Relació entre la variable gènere i les puntuacions AFA i BAOP .....	33
<b>Taula 5</b> Relació entre la variable IMC i les puntuacions AFA i BAOP .....	34
<b>Taula 6</b> Relació entre Discriminació percebuda i les puntuacions de AFA i BAOP.....	35
<b>Taula 7</b> Correlacions de Pearson entre escales AFA i BAOP .....	36
<b>Figura 1</b> Pla de treball i Cronograma .....	48
<b>Figura 2</b> Pressupost .....	50

## Índex d'abreviatures

**ABS:** Àrea Bàsica de Salut

**AFA:** *Antifat Attitudes Scale*

**AFiC:** Atenció Familiar i Comunitària

**BAOP:** *Beliefs About Obese Persons Scale*

**CEIPSA:** Comitè Ètic d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient

**CEIC:** Comitè d'Ètica en Investigació Clínica

**EAP:** Equip d'Atenció Primària

**HAES:** *Health at Every Size*

**IDIAP:** Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària

**IMC:** Índex de Massa Corporal

**LGTBQ+:** lesbianes, gais, transgèneres, transsexuals, bisexuals, intersexuals, *queer* i la resta d'identitats i orientacions incloses en el +

**LOPD:** Llei Orgànica de protecció de dades de caràcter personal

**NAAFA:** *National Association to Advance Fat Acceptance*

**URV:** Universitat Rovira i Virgili

**Nota del autor:** Des de l'activisme antigordofòbia es prefereix parlar obertament de *gorda* com una acció d'apoderament i apropiació de l'insult, ja que tal com enuncia Nomy Lamm «quan soc conscient de la meva gordura, no es pot fer servir en contra meva» (citada a Piñeyro, 2016). En aquest treball, malgrat que lingüísticament en català no sigui correcte, es mantindran les paraules *gorda*, *gordura*, *gordofòbia* i *antigordofòbia* per tal de preservar la connotació política que té l'apropriació d'aquest insult.

## RESUM

**Antecedents:** Estudis previs assenyalen discriminació vers les persones obeses, especialment en l'ocupació laboral, l'educació i l'atenció sanitària. Malgrat tot, les investigacions sobre gordofòbia mèdica són encara escasses, sent pràcticament testimoniales en infermeria.

**Hipòtesi i objectius:** avaluar la prevalença de gordofòbia mèdica, i la efectivitat d'un taller de sensibilització sobre gordofòbia mèdica entre les professionals d'Infermeria Familiar i Comunitària de la Regió Sanitària de Girona.

**Metodologia:** estudi quantitatiu, longitudinal i prospectiu, de tall quasi-experimental pre-post test sense grup control. Per a aquest projecte es dissenyarà un taller de sensibilització sobre gordofòbia dirigit a les infermeres d'atenció familiar i comunitària. Per avaluar les actituds discriminatòries vers la obesitat s'utilitzaran les escales Anti Fat Attitudes (AFA) i The Beliefs About Obese Persons (BAOP) validades a l'espanyol. Es presenten els resultats d'una prova pilot per avaluar les actituds negatives de les infermeres del CAP Can Gibert del pla de Girona.

**Anàlisi de dades:** es realitzarà un anàlisi descriptiu de totes les variables mitjançant taules de freqüència per a les qualitatives, i càlcul de mínim, màxim, mitjana i desviació estàndard per a les quantitatives. Per estimar si existeixen diferències significatives pre i post-test s'utilitzarà la t Student o el Test de Wilcoxon en funció de la normalitat de les dades. Per l'anàlisi s'utilitzarà el programa estadístic SPSS o Jamovi.

**Aplicabilitat i rellevància:** Els resultats permetran detectar la gordofòbia i proposar activitats formatives per millorar la qualitat assistencial, i a reduir l'estigma sobre la obesitat i el seu impacte en la salut física i mental de les persones afectades.

**Paraules clau:** *Relacions Infermera-Pacient, Empatia, Obesitat, Prejudici de pes, discriminació percebuda.*

## ABSTRACT

**Background:** Previous studies indicate discrimination against obese people, especially in employment, education and health care. However, research on medical fatphobia is still scarce, being practically testimonial in nursing.

**Hypothesis and objectives:** evaluate the prevalence of medical fatphobia, and the effectiveness of an awareness workshop on medical fatphobia among Family and Community Nursing professionals in the Girona Health Region.

**Method:** Quantitative, longitudinal and prospective study, of quasi-experimental cut-off pre-posttest without control group. For this project, an awareness workshop on fatphobia aimed at primary care nurses will be designed. To assess discriminatory attitudes towards obesity, the Anti Fat Attitudes (AFA) and The Beliefs About Obese Persons (BAOP) scales validated in Spanish will be used. The results of a pilot test to evaluate the negative attitudes of the nurses of CAP Can Gibert del Pla de Girona are presented.

**Data analysis:** a descriptive analysis of all variables will be carried out using frequency tables for qualitative ones, calculation of minimum, maximum, mean, and standard deviation for quantitative ones. To estimate whether there are significant differences pre and post-test, the t Student or the Wilcoxon Test will be used depending on the normality of the data. For the analysis, the statistical program SPSS or Jamovi will be used.

**Applicability and relevance:** The results will make it possible to detect fatphobia and propose training activities to improve the quality of care and reduce the stigma about obesity and its impact on the physical and mental health of those affected.

**Keywords:** *Nurse-Patient Relationships, Empathy, Obesity, Weight Prejudice, Perceived Discrimination.*

## 1. INTRODUCCIÓ

A la intersecció entre la medicina i la percepció social del cos humà, sorgeix un fenomen preocupant que sovint passa desapercebut: la gordofòbia mèdica. La gordofòbia mèdica és una de les diverses cares que adopta la gordofòbia, entesa aquesta com «tot aquell conjunt de pràctiques, discursos i accions que burlen, marginen, estereotipen, prejudgen, rebutgen, i impliquen l'obstaculització o la vulneració dels drets de les persones amb cossos grossos» (Mancuso, 2021, p. 13). Dins d'aquest marc doncs, la gordofòbia mèdica fa referència al prejudici de creure que les persones són gordes perquè volen ser-ho, o per manca de voluntat a l'hora de canviar els seus cossos (Piñeyro, 2020). Tot i que la obesitat constitueix un factor de risc important a patir determinades malalties, ser obès o tenir sobrepès no sempre és sinònim d'estar malalt. Malauradament, les infermeres realitzen aquesta associació pràcticament de forma automàtica, i arrel d'aquest pes-centrisme, s'emmaskaren estereotips i prejudicis relacionats amb el pes que poden tenir un impacte perjudicial en la qualitat de l'atenció proporcionada a persones amb sobrepès, constituint una mala praxis dins la nostra disciplina. Aquest fenomen, sovint invisibilitzat, pot afectar a qualsevol col·lectiu amb independència de la edat i el gènere, plantejant qüestions crítiques i reptes sobre l'ètica assistencial i sobre la necessitat d'un enfocament més inclusiu en la pràctica infermera.

A més, la gordofòbia mèdica es manifesta de diverses maneres, des de la manca de recursos personals i estratègies d'abordatge per part del personal sanitari, a equips mèdics inadequats per a persones amb sobrepès i obesitat (com aparells de radiodiagnòstic, lliteres, tensiòmetres o altre mobiliari mèdic no adaptat a corporalitats grosses), fins a la victimització i estigmatització oberta per part dels professionals de la salut, que sovint associen atributs i trets de personalitat negatius, com manca de voluntat i autocontrol, o deixadesa, a les persones amb sobrepès o obesitat (Gracia-Arnaiz, 2015). Aquestes experiències, sovint traumàtiques, poden dissuadir les persones afectades de buscar atenció mèdica quan experimenten malestar, ja que creuen que no seran tractades adequadament. Això comporta retards addicionals en el diagnòstic i en el tractament adequats en determinades dolències i trastorns (Piñeyro, 2020); al mateix temps que el tracte discriminatori rebut per part dels sanitaris pot causar en les persones amb sobrepès o obesitat problemes de tipus psicològic i emocional com baixa autoestima, depressió, i mala qualitat de vida (Phelan et al., 2015). Malgrat que la gordofòbia no sigui un tema recentment estudiat, els estudis i les investigacions sobre la gordofòbia mèdica es centren

majoritàriament en el col·lectiu mèdic o en d'altres disciplines de l'àmbit sanitari com la nutrició i la dietètica. Els estudis centrats en el personal d'infermeria són més aviat escassos, i la gran majoria d'ells desenvolupats dins l'àmbit internacional, tenint un paper merament testimonial dins l'àmbit nacional espanyol i encara menys en el territori català. Tot i així, la majoria de resultats d'aquestes investigacions apunten cap a una prevalença de nivells moderats-altos d'estigmatització per part de les infermeres i les estudiants d'infermeria; i posen èmfasi en la necessitat d'emprendre accions preventives i de sensibilització per abordar l'estigma de pes entre el col·lectiu infermer.

Les justificacions d'aquesta investigació son diverses. Des del punt de vista teòric, malgrat que ja existeixen diversos estudis sobre la gordofòbia mèdica i les seves conseqüències sobre les persones gordes, el corpus teòric centrat exclusivament en infermeres en actiu és més aviat escàs, sobretot en la literatura nacional, motiu pel qual aquesta investigació pot contribuir a omplir un buit de coneixement en aquest sentit. Des d'un punt de vista més pràctic, detectar i mostrar les conductes gordofòbiques dels professionals sanitaris pot contribuir també a prevenir o reduir les conseqüències i l'impacte negatiu que aquest tipus de discriminació té vers les persones gordes, alhora que pot ajudar dispensar una atenció sanitària de més qualitat. I des del punt de vista social, aquesta investigació pot ajudar també a reduir la discriminació cap a un col·lectiu fortament estigmatitzat de forma estructural en la nostra societat.

## 2. MARC TEÒRIC

El tema de la gordofòbia i l'estigma de pes o discriminació per raó de pes, és tant heterogeni que es pot abordar des de diferents disciplines científiques com la psicologia, la sociologia o l'antropologia. Aquí s'ha optat per prendre com a marc teòric els *Fat Studies* (estudis sobre el greix), descrit com un camp acadèmic emergent i interdisciplinari que es centra a combatre el pescentrisme (*weightism*), l'estigma de pes (*fat stigma*), i l'opressió basada en el pes de la gent gorda. Els *Fat Studies* no estudien l'obesitat com a problema de salut sinó més aviat l'aborden com un tema de justícia social, centrant-se en els moviments dissidents i l'activisme *gordo* com una manera de combatre l'estigma de l'obesitat (Rothblum & Solovay, 2009).

### 2.1. Els *Fat Studies*

Els *Fat Studies* neixen inicialment com a moviment social als Estats Units durant la dècada dels 70 del segle passat, amb la intenció de fomentar l'acceptació d'altres corporalitats no normatives que escapin als cànons preestablerts de bellesa (Cooper, 2010), i en conjunció amb grups activistes que iniciaren la lluita antigordofòbia de la mà de grups com *Health at Every Size* (HAES) o *National Association to Advance Fat Acceptance* (NAAFA) (Piñeyro, 2016). Abans de tot cal puntualitzar que no es tracta d'un moviment que negui l'evidència científica; no son equiparables als moviments antivacunes ni tampoc fan apologia de la obesitat. Els estudis sobre la gordura són un camp radical, en el sentit que van a l'arrel dels sistemes de creences relacionats amb el pes (Wann, 2009), centrant els seus esforços en els drets civils i en la lluita contra la discriminació o el maltractament de les persones gordes.

Cal destacar que existeix una vasta literatura sobre la obesitat, que defineix la gordura com un fenomen mèdic, psicològic, social i patològic. Sota l'aforisme del tractament i la prevenció de la salut, la gordura ha esdevingut un problema tributari de ser solucionat mitjançant la reducció física del greix corporal i aniquilant la possibilitat de que les persones s'engreixin (Cooper, 2010). Sota aquest discurs mèdic hegemònic, les corporalitats gordes han estat en les darreres dècades en el punt de mira de diversos col·lectius, sobretot els relacionats amb la salut, associant pràcticament de forma automàtica un pes elevat amb una pitjor salut, o inclús amb la malaltia. Per la seva banda, els *Fat Studies* es diferencien del discursos dominants sobre la obesitat sostenint que la gordura forma part de l'experiència humana, i que hauria d'explorar-se sense l'etern prejudici de que hauria d'eliminar-se. Així doncs el que es busca des dels *Fat Studies* és

«ampliar la comprensió de la gordura més enllà dels estrets confins de la medicalització o la patologia» (Cooper, 2010, p. 1020).

Com apunta Marylann Wann, una de les principals referents en el camp dels Fat Studies, aquests s'entenen més pel que no son que pel que son (Wann, 2009). Per exemple, la creença de que ser gras és sinònim de malaltia i de que les persones grasses no poden gaudir d'una bona salut o d'una llarga vida; o que el fet d'estar prim està intrínsecament associat a la bellesa mentre que estar gras a la lletgesa, no son sinó narracions prescriptives que assumeixen que el pes és mutable i negociable. Lluny d'això, els Fat Studies es caracteritzen per la seva voluntat descriptiva més que prescriptiva, entenent que el pes, com altres atributs humans com l'alçada, és una característica humana que varia entre qualsevol població (Wann, 2009). De la mateixa manera que sempre hi ha hagut i hi haurà gent de diverses alçades, sempre hi ha hagut i hi haurà gent amb diversos pesos. El que interessa als Fat Studies no és tant la oposició cap a la diversitat del pes humà sinó el que les persones i les societats fan amb aquesta diversitat (*op. cit.*), ja que el cos conté una important càrrega semiòtica que és llegible i interpretable pels demès (Gracia-Arnaiz et al., 2012). Aquesta lectura social del cos, situa a la persona més allunyada o més a prop de la construcció social del *cos desitjable*, de manera que posa en joc tota una maquinària que a través de la retòrica contraposa forces antagòniques que oprimeixen a les persones grasses i que cristal·litzen moltes vegades en forma d'estigma i discriminació, com la gordofòbia.

## 2.2. La gordofòbia

Malgrat que existeixen diverses definicions de gordofòbia, totes tenen com a concepte nuclear una actitud de discriminació o d'estigmatització vers les persones gordes o amb sobrepès. Magdalena Piñeyro, una de les grans activistes antigordofòbia de parla hispana, defineix la gordofòbia com:

En simples palabras, llamamos gordofobia a la discriminación a la que nos vemos sometidas las personas gordas por el hecho de serlo. Hablamos de humillación, invisibilización, maltrato, inferiorización, ridiculización, patologización, marginación, exclusión y hasta de ejercicio de violencia física ejercidas contra un grupo de personas por tener una determinada característica física: la gordura (Piñeyro, 2020, p. 48).

Des d'altres posicions activistes es donen altres definicions, però emfatitzant de nou el caràcter discriminatori d'aquestes conductes:

Gordofobia es un término que, en su utilización, presenta ciertas complejidades. Hay quienes, por ejemplo, prefieren hablar de gordo-odio; pero independientemente de cómo

se nombre, existe un acuerdo general con relación al fenómeno al que intentamos referir: se trata de un tipo específico de discriminación profundamente complejo y absolutamente naturalizado (Mancuso, 2021, p. 12).

Des de la sociologia i l'antropologia, s'associa la gordofòbia a altres "ismes" que semblen ja inherents en la nostra societat, com el sexisme, el racisme, el classisme o l'edatisme (Gracia-Arnaiz et al., 2012). Si *lipofòbia* és un terme que associa la fòbia al greix des d'una perspectiva individual i introspectiva, «el *lipofobisme* seria la fòbia social envers els obesos o, el que és el mateix, la discriminació d'una persona segons el seu excessiu pes o volum» (Gracia-Arnaiz et al., 2012, p. 110). Sigui com sigui, la definició de *lipofobisme* porta associat també el component discriminatori en relació a qui s'allunya de la norma.

Així doncs, sota aquesta discriminació i estigmatització, la gordofòbia acaba actuant com a motor d'opressió social, entenent la opressió com a «tota situació de desavantatge, injustícia, reducció o exclusió que pateixen determinats grups de persones, i que es nodreix d'estereotips i prejudicis socials i culturals» (Piñeyro, 2016, p. 47). És més, la gordofòbia ha esdevingut avui en diu un sistema d'opressió estructural dins la nostra societat, com operen altres sistema opressius com el racisme o el masclisme, i que afecta a diverses esferes de la nostra quotidianitat, contraposant forces antagòniques entre opressors i oprimits.

### 2.3. El Triumvirat del Greix

Per a l'activista gorda Magdalena Piñeyro, aquest sistema d'opressió vers les persones gordes s'articula entorn a 3 eixos o dimensions centrals, a les que ha anomenat *El Tripartito Gordofòbico*: l'estètica, la moral, i la salut (Piñeyro, 2016), que reflecteixen que el tema de la gordofòbia no es redueix a una qüestió de prejudici individual, sinó que està fortament arrelada en estructures socials més àmplies que afecten a la percepció i al tracte vers les persones gordes.

L'estètica gordofòbica fa referència a la ideologia i als discursos que dicten el que es considera bell o acceptable en la societat, promovent una imatge corporal normativa i excloent a tot aquell qui escapi d'aquesta. La moral gordofòbica, incideix en les creences fortament arrelades en l'imaginari col·lectiu de que les persones gordes son responsables del seu pes, i que la gordura és el resultat de la manca d'un seguit de trets caracterials i de personalitat com la manca de força de voluntat, o la disciplina personal. Moltes vegades

s'acaba associant a les persones gordes un acte de desobediència en relació a les normes alimentàries i sanitàries preestablertes.

La tercera pota que articula el *Tripartito gordofóbico* fa referència a la salut, centrant-se en la patologització de la obesitat, i en la pressió social per baixar de pes en nom de la salut. Aquestes discursos acaben suggerint que tots els cossos grassos tenen problemes de salut. En aquest sentit Piñeyro afirma que el discurs mèdic proposa un model intern de persona sana que es complementa a la perfecció amb el discurs estètic que ofereix un model extern de persona prima (Piñeyro, 2016). Però com demostra la literatura, ni la primor és sinònim de salut, ni la gordura és garantia de malaltia, posant a més de manifest la obsolescència d'indicadors a priori de salut com l'Index de Massa Corporal (op. cit.).

### **3. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA, ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA.**

#### **3.1. Revisió bibliogràfica**

Per a la realització d'aquest projecte es va dur a terme una revisió bibliogràfica, tenint com a objectiu principal conèixer l'abast de la investigació actual sobre el tema, posant el focus d'atenció en la gordofòbia mèdica. Es va realitzar la cerca en les principals bases de dades sanitàries: PubMed, SciELO i Cochrane Libray Plus, així com en Google Scholar. Es van introduir principalment com a paraules clau “*gordofòbia mèdica*”, “*estigma de peso*” i “*enfermeria*” / “*profesionales de la salud*” tant en castellà com en anglès, utilitzant els operadors booleans “AND” i “OR”, i el truncament “ \* ”. Com a criteris d'inclusió, es van valorar aquelles publicacions que tractessin de forma directa la temàtica d'estudi, principalment l'estigma de pes o la discriminació de persones en sobrepès o obesitat relacionat en l'àmbit sanitari. Es van incloure tant articles originals com revisions bibliogràfiques publicats en espanyol o anglès.

No es coneixia prèviament la cobertura documental sobre el tema, per això es va decidir seleccionar aquells articles d'investigacions relacionats amb la discriminació per raó de pes, prioritzant aquelles que utilitzessin alguna escala o altres instruments per mesurar les actituds negatives vers el greix o les persones amb sobrepès o obesitat.

Es va complementar la cerca bibliogràfica amb material extret de llibres de divulgació o acadèmics que des de diverses perspectives epistemològiques, aborden el tema de la gordofòbia en general i la gordofòbia mèdica en concret.

#### **3.2. Antecedents i estat actual del tema**

Malgrat l'augment recent de l'interès per la gordofòbia de la mà de moviments sociopolítics dissidents com el feminisme o el moviment LGTBQ+, la discriminació de les persones obeses no és un fenomen nou, ni tampoc recentment estudiat. Puhl i Brownell (Puhl & Brownell, 2001) ja documentaven fa un anys que els comportaments discriminatoris vers les persones obeses es centraven en 3 eixos o àrees importants de la vida: l'ocupació laboral, l'educació, i l'atenció sanitària. Tot i així, les investigacions i els estudis actuals mostren com la gordofòbia s'ha instal·lat de forma inherent dins l'imaginari col·lectiu, fent el salt a pràcticament tots els àmbits de la nostra quotidianitat, i mostrant-se inclús més accentuada avui en dia que en dècades passades, creixent pràcticament al mateix ritme que creixen les taxes d'obesitat arreu del món (Diedrichs &

Puhl, 2017). La gordofòbia està tant arrelada en la societat que un estudi del departament de psicologia de la Universitat de Yale, als EUA, va posar de manifest que un 30% de les persones enquestades preferirien estar divorciades abans que ser obeses; un 25% preferiria no poder tenir fills; el 15% estaria disposat a morir deu anys abans; un 15% optaria per patir depressió major; un 14% preferiria ser alcohòlic; un 5% preferiria que li amputessin una extremitat; i un 4% preferiria ser cec (Schwartz et al., 2006).

Aquestes dades no fan sinó posar de manifest que existeix una discriminació real i innegable contra les persones grosses, i les formes que pot adoptar aquesta discriminació són tan variades com dissimulades. Aquesta, pot anar des d'un comentari que pot semblar trivial o irrellevant fins a actituds que poden comprometre l'accés i l'ús dels serveis essencials, com per exemple l'atenció sanitària.

### **3.3. Gordofòbia en l'àmbit laboral**

Diversos estudis assenyalen la presència de conductes gordofòbiques en l'àmbit laboral, abordant aspectes com l'accés a ofertes de treball, l'assignació de llocs de treball de qualitat inferior, diferències salarials, dificultats en les relacions laborals i disparitats en l'accés a l'atur (Giel et al., 2010; Keramat et al., 2021). Tot i que es presumeix que l'èxit en l'àmbit laboral està més relacionat amb qualitats personals i mèrits acadèmics que amb l'aparença física, les persones amb sobrepès o obesitat sovint són passades per alt en comparació amb altres aspirants sense problemes de pes (Fruh et al., 2021).

La literatura també destaca la presència de creences estereotipades relacionades amb el pes corporal, associant característiques com la peresa a les persones obeses. Estudis experimentals, com els de Miller i Lundgren (Miller & Lundgren, 2010), indiquen un biaix de pes en les decisions de contractació, sent més pronunciat en el cas de les dones (Obara-Gołębiowska, 2016). A més d'afectar l'accés a l'ocupació, l'obesitat també limita la participació en certes professions, especialment aquelles que impliquen contacte cara a cara amb clients o activitats físiques mínimes. La revisió bibliogràfica revela que les persones obeses estan subrepresentades en rols directius i de lideratge.

La gordofòbia en l'àmbit laboral no es limita als Estats Units, ja que estudis realitzats a Suècia amb una mostra de prop de 5000 participants indiquen que les persones obeses tenen més probabilitats de ser discriminades en comparació amb aquelles amb pes normal (Hansson et al., 2010). A més, s'evidencia la presència de conductes gordofòbiques, com l'assetjament, l'hostilitat i la intimidació cap als treballadors amb problemes de pes, cosa que sovint té un impacte negatiu en la seva salut mental, contribuint a l'aparició d'ansietat,

depressió o baixa autoestima (Flint & Snook, 2015; Obara-Gołębiowska, 2016). Aquest tipus d'assetjament inclou el menyspreu, crítiques constants, aïllament, insults públics, burles i difusió de rumors.

### **3.4. Gordofòbia en l'àmbit escolar**

La literatura que relaciona la gordofòbia amb l'educació és també extensa. Les principals investigacions es centren en posar de manifest els comportaments de burla, rebuig i vexacions que es produeixen en l'àmbit educatiu, tant per part dels grups d'iguals com per part d'alguns membres del professorat. En aquest sentit cal destacar d'una banda que els nens i adolescents amb obesitat, tenen dos vegades més risc de patir assetjament per part del seu grup d'iguals (Puhl & King, 2013; Puhl & Lessard, 2020) mentre que d'altra banda destaquen la importància del procés de socialització en la construcció de conductes discriminatòries i estigmatitzants (Quirós Sánchez, 2021) que queden ja ben arrelades en l'imaginari col·lectiu des d'edats primerenques.

### **3.5. Gordofòbia i relacions sexoafectives**

No és sorprenent que l'estigma i la discriminació per raó de pes perjudiqui les persones grasses quan es tracta de desenvolupar relacions sexuals i amoroses. Les persones amb excés de pes o obesitat, especialment les dones, enfronten desafiaments addicionals en la construcció de relacions romàntiques en comparació amb aquelles amb un pes considerat normal (Boyes & Latner, 2009). A més, tenen una probabilitat més gran de ser objecte d'estigmatització basada en el seu pes, tant per part de persones externes com de les seves parelles romàntiques (Wu et al., 2023). Tot i que la investigació sobre aquest tipus d'estigmatització en relacions romàntiques és limitada, és evident la necessitat d'estudis prospectius que analitzin les conseqüències d'aquest fenomen en el benestar personal i interpersonal (Côté & Bégin, 2020).

### **3.6. Gordofòbia en els mitjans de comunicació i en les xarxes socials**

La cultura popular, els mitjans de comunicació, i les xarxes socials han jugat un paper important en el fenomen de l'estigma de pes i en el creixement de la gordofòbia; i tenen encara una influència significativa en la manera com es percep la gent gorda. L'Observatori de la Diversitat als Mitjans Audiovisuals (Cebrián Salé et al., 2023) ha presentat el seu primer *Informe sobre gordofòbia* en el cinema i en les sèries televisives, analitzant la imatge que s'ha projectat de les persones gordes als mitjans audiovisuals espanyols durant el 2022. Segons l'informe, el percentatge total de personatges, protagonistes o secundaris, amb corporalitats gordes, no arriba ni al 6 %. En general, els

personatges de ficció que apareixen a la pantalla s'associen cada vegada més a característiques negatives: són repulsius, estúpids i més infeliços que altres personatges de pes "normal". Els personatges grassos també són més propensos a ser representats consumint menjar *brossa*, o posats sovint en situacions còmiques i humiliants (Klein & Shiffman, 2005; Piñeyro, 2020b).

D'altra banda, la web i les xarxes socials també segueixen sent catalitzadors i canals de transmissió de la gordofòbia a nivell social. Un estudi publicat el 2016, analitzava prop de 5000 tuïts recollits a X (abans *Twitter*) que contenien la paraula greix durant un període de quatre hores. Prop del 60% dels missatges feien referència a persones obeses en associació a categories com golafres, antiestètics, no desitjables sexualment, sedentaris, ganduls i mandrosos, o inclús estúpids (Lydecker et al., 2016).

### **3.7. Gordofòbia mèdica**

La literatura evidencia també que la gordofòbia es circumscriu en molts els àmbits de les ciències de la salut, amb importants conseqüències de caire negatiu en les persones que pateixen sobrepès i obesitat. De fet, la literatura sobre aquesta situació no és nova. Maddox y Liederman posaven de manifest ja en la dècada dels 60 del segle passat que el personal mèdic estudiat tenia una actitud negativa cap a les persones obeses o amb sobrepès, a qui consideraven poc estètiques i de personalitat feble (Maddox et al., 1968), actituds que perduren encara avui en dia.

Els estudis i les investigacions sobre gordofòbia mèdica s'han intensificat en els darrers anys, tot i que una vegada més, amb més presència en l'àmbit internacional, i rarament dins l'àmbit nacional, on torbem pocs exemples, com la investigació duta a terme entre estudiants d'infermeria de la Universitat de Sevilla (Rodríguez-Gázquez et al., 2020). En un estudi de 2500 persones amb sobrepès als Estats Units, Puhl i Brownell (2006) van detectar que el 53% dels informants havia rebut comentaris inadequats dels metges sobre el seu pes. L'any 2012, un altre ampli estudi entre metges i metgesses nord-americans detectava un fort biaix implícit i explícit contra els greixos de forma generalitzada entre els metges (Sabin et al., 2012). Altres estudis duts a terme en el Regne Unit, obtenen resultats similars als americans, suggerint que el tema de la gordofòbia mèdica és més aviat generalitzat. Analitzant un mostra de més de 1000 participants, es van detectar nivells inacceptables de discriminació relacionada amb el pes entre els estudiants que es formaven per convertir-se en infermeres, metges, nutricionistes i dietistes (Swift et al., 2013). Un altre estudi que analitzava les actituds negatives vers les persones amb

problemes de sobrepès i obesitat i el seu impacte en el tractament entre els metges d'atenció primària i comunitària al Canadà, evidenciava també altes taxes de gordofòbia mèdica per part dels metges (Alberga et al., 2019). A Europa, les poques investigacions sobre el tema, van en la mateixa direcció. Una investigació realitzada amb metges d'atenció primària alemanys, mostrava que les actituds dels metges de capçalera vers els pacients amb sobrepès o obesitat eren estigmatitzants (Schwenke et al., 2020). Van der Voorn et al.(2023), en una mostra de més de 500 participants van detectar actituds esbiaixades pel pes sobre pacients pediàtrics amb obesitat entre professionals sanitaris holandesos de set professions diferents, entre les que s'inclouen metges d'atenció primària, metges generalistes, fisioterapeutes i infermeres. Tot i que de forma més implícita, les investigacions actuals segueixen posant de manifest la existència de discriminació i gordofòbia dins el col·lectiu de metges i estudiants de medicina (Essel et al., 2023).

Cal destacar, com mostra la literatura, que aquest biaix de pes no està només present dins el personal sanitari mèdic o nutricionista, sinó que també es extensible al col·lectiu infermer. Diversos estudis realitzats posen de manifest aquests biaixos per part de les infermeres, tant de forma explícita com implícita. Ian Brown (2006) en una exhaustiva revisió bibliogràfica sobre les actituds de les infermeres cap a pacients amb obesitat, ja posa de manifest que una proporció elevada d'infermeres presentava actituds i creences negatives que cristal·litzen en conductes estigmatitzants cap a aquest col·lectiu. Tot i així, Brown destaca la manca d'estudis i investigacions referents a conductes gordofòbiques per part de les infermeres, remarcant la importància d'aprofundir sobre la temàtica i eixamplar el coneixement. Dins d'aquest marc, investigacions posteriors i més recents segueixen destacant l'associació entre IMC de les infermeres i la seva actitud vers a les persones amb obesitat (Goad et al., 2018). Si bé aquesta associació sembla perdurar en el temps, molts d'aquests estudis no són encara concloents, plantejant aleshores la necessitat de seguir indagant i construint coneixement entorn a aquesta temàtica.

En aquesta línia cal assenyalar també que les conductes gordofòbiques, també es reproduïen entre els estudiants d'infermeria, suggerint que aquestes conductes, poden tenir un impacte negatiu en les pràctiques assistencials (Lawrence et al., 2021; Oliver et al., 2021). A més, la reproducció d'aquests prejudicis està influenciada pels discursos d'alguns professionals sanitaris que interaccionen amb els estudiants d'infermeria al llarg del seu procés d'aprenentatge.

Malgrat que els resultats de la majoria d'investigacions van tots en la mateixa direcció, alguns estudis aporten dades que obren la porta a l'optimisme en relació a la millora de la qualitat assistencial de les persones amb obesitat o sobrepès per part de les infermeres. Wang et al., (2016), en un estudi amb prop de 300 infermeres participants, detectaren actituds neutres o inclús lleugerament positives d'aquestes vers les persones amb obesitat o sobrepès. Les seves conclusions apuntaven a que aquelles infermeres que creien que l'obesitat estava fora del locus de control de l'individu o aquelles infermeres més formades a nivell acadèmic, tenien més probabilitats de tenir actituds positives cap a les persones obeses. Altres investigacions (tot i que escasses) van en la línia de millorar habilitats com l'empatia a l'hora de treballar amb persones amb obesitat. Un estudi dut a terme per Gajewski (2023) conclouïa que és necessari millorar habilitats com l'empatia i la comunicació de les infermeres per eliminar el biaix de pes i les conductes discriminatòries vers les persones amb obesitat.

La literatura presentada fins aquí, així com les revisions bibliogràfiques exhaustives sobre el tema (Goff et al., 2023; Lawrence et al., 2021; Phelan et al., 2015) argumenten que molts professionals de la salut, entre ells les infermeres, mantenen actituds negatives i estereotips sobre les persones amb obesitat, arribant a la conclusió de que hi ha proves més que considerables que aquestes actituds influeixen sovint en el judici clínic i en la presa de decisions mèdiques o sanitàries. Aquestes actituds poden afectar l'atenció que dispensen a aquest col·lectiu; al mateix temps que les experiències negatives de mal tracte poden provocar conductes evitatives vers els serveis mèdics, desconfiança en els professionals de salut i poca adherència entre els usuaris amb obesitat (Čadek et al., 2023). De fet, la literatura també evidencia que algunes persones amb obesitat sovint eviten programar cites de control dins l'àmbit de l'atenció primària a causa del biaix de pes percebut i l'estigma per part del personal sanitari (Fruh et al., 2021), suggerint la necessitat d'intervenir en aquest àmbit per tal de canviar aquestes dinàmiques.

Amb la present investigació, es planteja doncs identificar les conductes estigmatitzants per part de les infermeres que treballen en l'àmbit comunitari dins la regió sanitària de Girona, principalment a partir de l'escala *Anti-Fat Attitudes Scale* (Escala d'Actitud Anti-Obesos) (Crandall, 1994), i l'escala *Beliefs about obese persons* (Allison et al., 1991), adaptades i validades al castellà (Magallares & Morales, 2014; Lewitan et al., 2022); i plantejar posteriorment estratègies formatives per sensibilitzar i millorar la qualitat assistencial vers les persones amb obesitat o sobrepès.

#### 4. APORTACIONS I INTERÈS DEL PROJECTE

La present investigació s'enfocarà en l'estudi de la discriminació cap a les persones amb sobrepès o obesitat, que sovint són objecte de burles, d'exclusió, de violència simbòlica i de vulneració de drets. Les conseqüències d'aquest fenomen, solen deixar empremta a nivell emocional i psicològic en les persones amb excés de pes. Aquest procés, que travessa tots els àmbits de la vida social, també es produeix dins l'àmbit sanitari, i per extensió, dins el col·lectiu infermer

Conèixer la prevalença de gordofòbia mèdica entre les infermeres de l'àmbit comunitari de la regió sanitària de Girona, pot contribuir no només a eixamplar el corpus teòric sobre aquesta temàtica, sinó que avaluar la discriminació per raó de pes entre el col·lectiu infermer pot ajudar a elaborar futures intervencions per abordar aquesta qüestió entre els professionals de la salut, entre els que s'inclouen les infermeres. Malgrat que les infermeres tenen la responsabilitat ètica de proporcionar atenció basada en l'evidència científica, i lliure de judicis i estereotips, la realitat mostra que els prejudicis relacionats amb el pes poden afectar l'objectivitat i la imparcialitat dels professionals de la salut, comproment així la integritat de l'atenció sanitària. És per això que en aquest treball de fi de màster, s'explorarà la gordofòbia mèdica dins el col·lectiu infermer, intentant donar visibilitat a aquesta problemàtica, avaluant la seva prevalença, i proposant vies de sensibilització que conduixin cap a una atenció infermera més equitativa i lliure de prejudicis, i que obri alhora una via que ens porti cap a l'excel·lència de les cures.

## **5. OBJECTIUS I HIPÒTESIS**

### **5.1. Objectius (general i específics)**

#### **Objectiu general:**

- Avaluar l'efectivitat d'una intervenció de sensibilització en la reducció de les actituds discriminatòries vers les persones amb sobrepès o obesitat en les infermeres d'Atenció Familiar i Comunitària

#### **Objectius específics:**

- Conèixer la prevalença de gordofòbia mèdica (discriminació vers les persones pel fet de tenir obesitat o sobrepès) entre les infermers d'atenció primària
- Analitzar les actituds i creences en relació al pes i a la obesitat de les infermeres
- Analitzar els factors sociodemogràfics que influeixen sobre la gordofòbia mèdica de les infermeres
- Analitzar l'efectivitat d'un taller de sensibilització sobre gordofòbia per reduir les actituds discriminatòries en relació al pes i a la obesitat

### **5.2. Hipòtesis**

**H1.** Existeix una alta prevalença de gordofòbia mèdica entre les infermeres d'atenció familiar i comunitària de la regió sanitària de Girona.

**H2.** Una intervenció de sensibilització sobre gordofòbia redueix la percepció i les actituds discriminatòries vers les persones amb sobrepès o obesitat.

## 6. MATERIAL I MÈTODE

### 6.1. Disseny

Es realitzarà un estudi analític, prospectiu i quasi-experimental pretest-posttest sense grup control, amb el que es vol observar si un taller de sensibilització sobre gordofòbia impartit de forma grupal en infermeres d'atenció primària, resulta eficaç per a reduir les actituds discriminatòries vers persones amb sobrepès o obesitat. Abans i després de la intervenció es realitzarà un estudi descriptiu transversal del perfil de les infermeres a partir de les dades obtingudes després de complimentar el qüestionari, comparar si després de mig any d'haver realitzat aquesta intervenció s'han reduït aquestes actituds i si ha millorat la qualitat assistencial. L'estudi es durà a terme durant el 2024 i el 2025, fent una petita prova pilot de tall descriptiu durant els mesos de gener a maig de 2024. Un cop finalitzat el projecte, i en funció dels resultats, es valorarà la possibilitat de realitzar una segona fase de tall qualitatiu a partir d'entrevistes semi-estructurades i grups focals formats d'infermeres i pacients amb sobrepès o obesitat.

### 6.2. Àmbit d'estudi

L'estudi es durà a terme dins l'àmbit comunitari de la Regió Sanitària de Girona, concretament a totes les comarques gestionades l'Institut Català de la Salut (ICS), i que inclou els Equips d'Atenció Primària (EAPs), EAP Arbúcies - Sant Hilari Sacalm, EAP Banyoles, EAP Bàscara, EAP Besalú, EAP Blanes, EAP Camprodon, EAP Can Gibert del Pla, EAP Canet de Mar, EAP Celrà, EAP Figueres, EAP La Jonquera, EAP Llançà, EAP Montilivi/Vila-roja, EAP Olot, EAP Pineda de Mar, EAP Ripoll, EAP Roses, EAP Salt, EAP Sant Feliu de Guíxols, EAP Santa Clara, EAP Santa Coloma de Farners, EAP Sarrià de Ter, EAP Sils-Vidreres-Maçanet de la Selva, EAP Taialà, EAP Tordera, EAP Vilafant, Equip d'Atenció Primària Penitenciari Figueres.

### 6.3. Població d'estudi:

Formen part de la població d'estudi tots els professionals d'infermeria, sense distinció de gènere, que treballen dins l'àmbit de l'atenció primària i de la salut comunitària en qualsevol de les àrees bàsiques de salut de la Regió Sanitària de Girona gestionades per l'ICS. Formaran part de la mostra de l'estudi aquelles i aquells infermeres seleccionades a partir dels criteris d'inclusió/exclusió que es detallen a continuació:

#### Criteris d'inclusió:

- Ser professional d'infermeria de l'àmbit comunitari o atenció primària de salut.

- Treballar dins la regió Sanitària de Girona a ABS gestionades per l'ICS
- Signar el conteniment informat de forma voluntària
- Emplenar correctament el formulari

#### **6.4. Selecció de la mostra:**

La mostra d'aquest estudi serà obtinguda a partir d'una tècnica de mostreig no probabilístic, concretament un mostreig de conveniència, en la que els elements de la mostra seran aquells que compleixen amb els criteris d'inclusió en el moment de la realització de l'estudi. En aquest cas, es considera que la situació laboral de les diferents àrees bàsiques de salut és suficientment homogènia com per poder generalitzar els resultats obtinguts d'una mostra a tota la població. Donat que no es coneixen les dades, per tal de determinar la prevalença de gordofòbia mèdica entre les infermeres de la regió sanitària de Girona, es calcularà una mostra representativa estimant la proporció prenent un escenari conservador del 50%, un nivell de confiança del 95%, un percentatge de reposicions necessàries del 5%.

La mida de la mostra necessària per a dur a terme aquest projecte s'ha calculat amb el programa Granmo, obtenint un resultat de 405 infermeres. S'espera disposar de una mida de mostra superior a 405 infermeres ja que no es realitzarà cap mostratge sinó que en l'estudi s'hi inclouran totes les infermeres que treballin a l'ICS que participin voluntàriament.

#### **6.5. Variables**

Per a l'estudi s'utilitzarà una combinació de variables tant de tipus quantitatiu (discret i continu) com de tipus qualitatiu (nominal i ordinal) per generar un perfil de dades sociodemogràfiques, que complementaran un anàlisi quantitatiu de les actituds negatives vers el sobrepès i la obesitat que es recolliran amb l'Escala de Creences Sobre les Persones amb Obesitat (BAOP), i l'Escala d'Actituds Antigreix (AFA), validades i adaptades a l'espanyol (veure més endavant).

Les variables són les següents:

- Variables en relació a les característiques sociodemogràfiques de la mostra (variables independents)
  - Gènere (qualitativa nominal): masculí; femení; no binari; prefereixo no dir-ho.
  - Edat (quantitativa continua): en anys.

- Estat civil (qualitativa nominal): solter/a; casat/ada o amb parella; altres (separat/ada o divorciat/ada i vidu/da).
  - Presència de fills (qualitativa nominal): si; no.
  - Nivell d'estudis (quantitativa ordinal): estudis universitaris, estudis de postgrau, màster, doctorat.
  - Lloc de treball (qualitativa nominal): ABS.
  - Àmbit de treball (qualitativa nominal): adults; pediatria.
  - Anys d'experiència (quantitativa continua): en anys per intervals (0 a 5 anys; 6 a 10 anys; 11 a 15 anys; més de 15 anys).
  - Atenció a persones amb problemes de pes (qualitativa nominal): SI/NO.
- Variables en relació al pes i la imatge corporal dels individus de la mostra (variables independents)
- Pes (quantitativa continua): en quilograms.
  - Alçada (quantitativa continua): en centímetres.
  - Càlcul IMC (quantitativa continua): es calcularà l'IMC a posteriori a partir de la fórmula universalitzada ( $IMC = \text{pes} / \text{talla}^2$ ). Posteriorment, es classificarà en categories d'IMC segons la classificació de l'Organització Mundial de la Salut (qualitativa ordinal): baix pes, normopes, sobrepès, obesitat I i obesitat II.
  - Complexió física (qualitativa nominal): petita, mitjana, robusta.
  - Nivell d'activitat física (qualitativa ordinal): físicament inactiu o sedentari; moderadament actiu; físicament molt actiu.
  - Realització pla dietètic (qualitativa nominal): SI/NO; haver realitzat alguna vegada algun tipus de dieta.
  - Percepció de la imatge corporal (quantitativa ordinal): mètode de siluetes corporals dissenyat i validat per Stunkard, Sørensen i Schulsinger (1983), en el qual es mostren nou figures de siluetes corporals, tant d'homes com de dones, que van des de molt prim a molt gros.
  - Haver rebut alguna conducta discriminatòria per raó de pes o imatge corporal (qualitativa nominal): SI/NO.
  - Contacte amb persones obesas (qualitativa nominal): SI/NO; conviure amb persones amb sobrepès o obesitat; o tenir algun familiar proper amb obesitat o sobrepès.

- Variable en relació a l'actitud vers persones obeses (variable dependent 1)

La variable d'aquest apartat, que té com a objectiu valorar el comportament i les actituds negatives vers les persones obeses, i serà recollida mitjançant l'escala AFA (*Anti Fat Attitudes*) validada al espanyol.

- Variable en relació a les creences sobre les causes de la obesitat (variable dependent 2)

La variable d'aquest apartat, que té com a objectiu valorar les creences sobre les causes de la obesitat, serà recollida mitjançant l'escala BAOP (*Beliefs about obese persons*) validada a l'espanyol.

### **6.6. Instruments de recollida de dades**

Per a la recollida de dades es dissenyarà un qüestionari d'auto-resposta a través de Microsoft Forms (Annex 4), que els participants realitzaran per internet, i serà enviat al seu correu electrònic corporatiu del seu proveïdor de salut (ICS). Aquest qüestionari anirà acompanyat de la informació relativa al projecte d'estudi (nom de l'investigador, finalitat de l'estudi, institució,..), informació sobre la correcta realització del mateix, i informació relativa a la confidencialitat, anonimat, i consentiment informat.

A nivell analític, el qüestionari compilarà primer les preguntes relatives a les variables sociodemogràfiques. Posteriorment les preguntes relacionades amb les actituds i comportaments negatius vers el sobrepès i la obesitat, que es formularan a partir de l'Escala d'Actitud Antiobesos, validada i adaptada a l'espanyol a partir de la Antifat Attitudes Scale, AFA (amb el consentiment i autorització dels autors per al seu ús - annex 3). Aquesta escala conté 13 ítems en 3 subescales. La primera subescala és la "d'antipatia", que consta de 7 ítems i avalua si els enquestats presenten sentiments negatius cap al sobrepès (per exemple: "em costa prendre seriosament una persona gorda"). La segona és la de la "por a l'obesitat" que consisteix en 3 ítems que valoren la por de pujar de pes (per exemple: "em sento fastiguejat/da amb mi mateix/a quan guanyo una mica de pes"). Finalment, hi ha la subescala de la "voluntat" que inclou 3 ítems relacionats amb la percepció que l'obesitat és controlable (per exemple: "alguna gent està gorda perquè no té força de voluntat"). L'escala és tipus Likert, amb resposta numèrica, en un interval entre 1 ("res d'acord") i 7 ("completament d'acord"). Per obtenir el resultat final es calcula la mitjana de totes les respostes de cada subescala i també la puntuació total de manera global. Les puntuacions altes en aquesta escala es relacionen amb actituds antiobesitat fortes.

El formulari també inclourà les preguntes relacionades amb les creences sobre les causes de la obesitat, formulades a partir de l'Escala de Creences Sobre Persones amb Obesitat, validada i adaptada a l'espanyol (amb el consentiment i autorització dels autors per al seu ús - annex 3) a partir de la The Beliefs About Obese Persons (BAOP). Aquesta escala conté 8 ítems amb declaracions específiques sobre les causes de l'obesitat (per exemple: "la gent obesa menja més que la gent no obesa"). Els enquestats han d'indicar el grau en què acorden amb cada afirmació mitjançant una escala tipus Likert de 6 valors que va des de -3 (totalment en desacord) fins a +3 (totalment d'acord). Una puntuació alta indica creences més fortes en relació a que les persones amb obesitat tenen poc control en el seu pes corporal.

### **6.7. Descripció de la intervenció**

La intervenció que es durà a terme en l'estudi consisteix en la implementació d'un taller sobre gordofòbia mèdica amb la finalitat de reduir les actituds discriminatòries vers les corporalitats gordes i a millorar la qualitat assistencial de les infermeres de l'àmbit comunitari. El grup intervenció estarà format inicialment per les infermeres que formin part de l'estudi i que vulguin participar voluntàriament en el taller, que es durà a terme presencialment en alguna de les aules de formació d'alguna ABS, o bé en línia en format webinar (pendent de concretar).

Per a la realització d'aquest taller de sensibilització, els investigadors comptaran amb l'ajuda d'activistes anti-gordofòbia especialitzades en sensibilització sobre les diferents dimensions de la gordofòbia i la violència estètica, provinents del col·lectiu LaGorda Associació o entitats similars.

El taller estarà format per un total de 4 sessions, distribuïdes en 4 setmanes (a raó de sessió per setmana) amb una duració aproximada d'una hora i mitja per sessió, amb un espai total de 6 hores formatives durant un mes.

El temps de cada sessió quedarà estructurat de la següent manera: preparació prèvia per part de les coordinadores del taller (15 minuts); benvinguda i inici de la sessió; compartir expectatives de la sessió present i anàlisi de la sessió passada per part dels assistents (15 minuts); desenvolupament de la sessió (60 minuts); precís i preguntes i tancament de la sessió (15 minuts).

Els continguts teòrics estan encara per confirmar i subjecte a canvis però comprendran temes centrals de l'activisme anti-gordofòbia com i) la violència estètica; ii) la cultura de

la dieta i el pescentrisme; iii) gordofòbia i mobiliari mèdica; iv) impacte de la gordofòbia mèdica sobre les persones.

### **6.8. Descripció del seguiment**

Després de finalitzar la intervenció proposada i descrita anteriorment, es procedirà a la valoració de nou de les variables dependents 1 i 2 (post-intervenció). Aquesta mesura es durà a terme en dues ocasions: just al finalitzar la intervenció i després d'un mes de la finalització de la mateixa, havent prèviament pseudonimitzat les dades de les participants. La intenció és la de fer un seguiment i conèixer la evolució dels resultats havent deixat cert marge de temps entre la intervenció i els possibles efectes derivats d'aquesta. Arrel d'això es podrà conèixer l'efecte immediat i a curt-mig termini del taller de sensibilització, i obrint noves línies d'investigació per a valorar la millora de la qualitat assistencial.

### **6.9. Anàlisi de dades:**

El processament de les dades es durà a terme mitjançant el programa informàtic SPSS o Jomavi. Es presentaran, organitzaran i es resumiran les dades mitjançant estadística descriptiva. Les variables qualitatives es descriuran com a freqüències (percentatges), mentre que les variables quantitatives es descriuran amb la mitjana i la desviació estàndard si segueixen una distribució normal, i amb la mediana i el rang interquartílic si el test de Shapiro-Wilk mostra que segueixen una distribució no normal. L'anàlisi pre-post intervenció amb les variables independents quantitatives es faran mitjançant la prova t de Student per a dades aparellades si segueixen una distribució normal, i en el cas de no normalitat amb el test de U de Mann-Whitney. Si s'han de comparar més de tres categories es realitzarà l'ANOVA per a dades aparellades i mostres independents, i el test de Friedman si no segueixen una distribució normal. Per a variables qualitatives es realitzarà la prova de Chi quadrat.

Per al contrast d'hipòtesis s'utilitzarà un nivell de significació del 95%, és a dir, es considerarà com a estadísticament significatiu un valor de  $p \leq 0.05$ .

## 7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES I CONFIDENCIALITAT DE LES DADES

L'estudi es realitzarà seguint les normes publicades a la Declaració d'Hèlsinki, preservant l'anonimat i la confidencialitat de les dades de totes les persones involucrades segons la legislació vigent. La creació d'aquest estudi té com a fonament el principi de beneficència, volent aportar coneixements i una metodologia pràctica que pugui oferir un benefici a la salut i el benestar de les persones obeses i millorar la qualitat i la pràctica assistencial infermera. Per portar a terme aquest estudi, es demanarà l'avaluació i l'aprovació del Comitè d'Ètica i Investigació d'Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol delegació territorial de Girona). La prova pilot comptarà amb l'aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA) de la Comissió Ètica de Recerca i Innovació Universitat Rovira i Virgili amb la següent codificació: CEIPSA-2024-TFM-0098 (annex 5).

Totes les parts involucrades a l'estudi garanteixen la protecció de dades personals dels participants: no inclouran noms en cap formulari, informe, publicació o altra revelació. A més els qüestionaris realitzats amb Microsoft Forms garanteix que les dades seran tractades i emmagatzemades tenint en compte els requisits legals sobre privacitat i seguretat de la informació.

S'assegurarà la confidencialitat i anonimat de les dades segons les lleis estatals vigents (Llei orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (LOPD)) tant a la fase d'execució com en les presentacions o publicacions que en deriven de l'estudi. El projecte estarà sota tutela del Comitè Ètic de la Investigació (CEI) de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol) i incorporarà les seves recomanacions i suggeriments.

Un cop aprovat l'estudi, s'adjuntarà al qüestionari el "Full d'informació sobre l'estudi" (Annex 1) on es troba informació referent a l'estudi, principalment els objectius i la finalitat.; i el "Consentiment Informat" (Annex 2) del qual se'n demanarà la acceptació. Totes aquelles dades que puguin permetre la identificació de qualsevol persona que realitza l'estudi, seran eliminades i no utilitzades, garantint l'anonimat dels participants. Tots els participants tindran el dret de revocar el seu consentiment, si així ho desitgen, en qualsevol moment de l'estudi sense necessitat de donar explicacions.

## 8. PROVA PILOT

Partint de la hipòtesi inicial de que existeix una alta prevalença de gordofòbia mèdica entre les infermeres d'atenció familiar i comunitària de la regió sanitària de Girona, es va dur a terme una prova pilot a l'EAP de Can Gibert del Pla de Girona amb la finalitat de valorar la viabilitat de l'estudi i obtenir resultats preliminars. Es va realitzar un estudi observacional de tall descriptiu durant el mes de març i abril de 2024. La prova pilot tenia com a objectius conèixer la prevalença de gordofòbia mèdica entre les infermeres d'aquest EAP; i analitzar els factors sociodemogràfics que influeixen sobre la gordofòbia mèdica de les infermeres.

### 8.1. Mètode

Es van recollir dades de l'EAP Can Gibert del Pla de Girona, previ contacte amb la direcció d'infermeria. La mostra de la prova pilot va ser seleccionada utilitzant la tècnica de mostreig no probabilístic per efecte bola de neu, seguint els criteris d'inclusió exposats anteriorment. De un total de 31 infermeres que componen la plantilla de l'EAP de Can Gibert del Pla, van contestar un total de 22 infermeres (n=22).

Es va enviar el qüestionari elaborat per a la investigació per tal de recollir dades sociodemogràfiques i dades en relació a les actituds negatives vers les persones amb sobrepès o obesitat a través de les escales AFA i BAOP validades al espanyol. Les participants van ser informades prèviament, participant de forma voluntària i donant el seu consentiment abans de realitzar el qüestionari. Les dades es van recollir seguint la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LODP) de 13 de desembre, garantint en tot moment la confidencialitat de la informació i l'anonimat; i seguint els principis ètics establerts en la declaració de Hèlsinki.

La prova pilot va comptar amb l'aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA) de la Comissió Ètica de Recerca i Innovació Universitat Rovira i Virgili amb la següent codificació: CEIPSA-2024-TFM-0098 (annex 5).

Les dades es van analitzar amb el programari estadístic Jamovi, realitzant un anàlisi descriptiu a partir de les mesures de tendència central i mesures de dispersió, i un anàlisi de la relació i correlació entre variables. Les variables qualitatives es van descriure com a freqüències (percentatges), mentre que les variables quantitatives es van descriure amb la mitjana i la desviació estàndard quan seguien una distribució normal, i amb la mediana

i el rang interquartílic si el test de Shapiro-Wilk mostrava que no seguien una distribució normal. L'anàlisi de les variables independents quantitatives es va realitzar mitjançant la prova *t* de Student per a dades aparellades quan seguien una distribució normal, i en el cas de no normalitat amb el test de *U* de Mann-Whitney. Per analitzar i comparar tres o més categories es va realitzar un anàlisi ANOVA per a dades aparellades i mostres independents

## 8.2. Resultats

Un total de 22 persones van respondre al qüestionari, representant un 71% del total d'infermeres que treballen a l'EAP de Can Gibert del Pla. Els resultats més rellevants s'exposen a continuació.

### *Característiques sociodemogràfiques*

Les principals característiques sociodemogràfiques de les participants estan representades a la taula 1. L'edat mitjana va ser de 38.8 anys ( $DE=10.9$ ), amb un rang d'edat entre 23 i 56 anys. Pel que fa al gènere, 20 infermeres s'identificaven com a dones (90.9%) i 2 com a homes (9.1%). Més de la meitat de la mostra havia cursat estudis superiors en infermeria (72.7%). El 81.8% de la mostra treballava en l'àmbit d'adults mentre que el 18.2% a pediatria. Gairebé totes les participants tenien més de 10 anys d'experiència laboral (81.8%).

### **Taula 1**

#### *Característiques sociodemogràfiques*

	N	Mitjana	DE	Mínim	Màxim
Edat	22	38.8	10.9	23	56
Gènere	<b>Freqüències</b>		<b>% del Total</b>		<b>% Acumulat</b>
Femení	20		90.9 %		90.9 %
Masculí	2		9.1 %		100.0 %
Estudis			<b>Freqüències</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulat</b>
només grau			6	27.3 %	27.3 %
estudis superiors en infermeria			15	68.2 %	95.5 %
màster + postgrau			1	4.5 %	100.0 %
Àmbit de treball	<b>Freqüències</b>		<b>% del Total</b>		<b>% Acumulat</b>

Adults	18	81.8 %	81.8 %
Pediatrics	4	18.2 %	100.0 %

Anys experiència	Freqüències	% del Total	% Acumulat
de 0 a 5	4	18.2 %	18.2 %
de 6 a 10	5	22.7 %	40.9 %
de 11 a 15	2	9.1 %	50.0 %
de 16 a 20	2	9.1 %	59.1 %
de 21 a 25	6	27.3 %	86.4 %
més de 25	3	13.6 %	100.0 %

### *Característiques en relació al pes i a la imatge corporal*

Pel què fa a les variables relacionades amb el pes i la imatge corporal (taula 2), la gran majoria dels participants tenien un pes normal segons la categorització IMC (81%), seguits dels participants amb sobrepès (19%). No es va identificar a cap participant amb un IMC associat a obesitat I o II. L'IMC mitjà va ser de 23.1 kg/m<sup>2</sup> amb una desviació estàndard de 2.40. Respecte a la percepció de la imatge corporal, un 61.9% de les infermeres va tenir una percepció distorsionada de la seva imatge corporal, és a dir, no es va identificar amb la figura anatòmica que representava el seu IMC, mentre que el 38.1% restant es van auto percebre de forma adequada. El total de percepcions que distorsionaven la seva imatge sobreestimaven el seu IMC, assignant-se siluetes de major IMC. D'altra banda un 45.5% de les participants afirmaren haver patit alguna vegada alguna conducta gordofòbica (discriminació, desconsideració, mofa, insults, etc... en relació al pes o a la imatge corporal), mentre que un 9.1% afirmaren haver-ne patit diverses vegades al llarg de la seva vida.

### **Taula 2**

#### *Característiques en relació al pes i a la imatge corporal*

Categoria IMC	Freqüències	% del Total	% Acumulat			
Normopès	17	81.0 %	81.0 %			
Sobrepès	4	19.0 %	100.0 %			
	N	Pèrdues	Media	Mediana	DE	RIC
IMC índex	21	1	23.13	23.19	2.39	
IMC segons silueta	22	0		25.00		3.50
Categories Marrodán*	21	1	-2.34	-2.20	1.47	

Discriminació percebuda	Freqüències	% del Total	% Acumulat
No	10	45.5 %	45.5 %
Alguna vegada	10	45.5 %	90.9 %
Vàries vegades	2	9.1 %	100.0 %

Nota: \* Diferència entre IMC real i IMC percebut en la silueta. Puntuacions negatives per sota de 2 indiquen una sobreestimació de l'IMC.

### ***Puntuacions de les escales anti-greix***

La taula 3 mostra les puntuacions obtingudes en els qüestionaris AFA i BAOP aplicats a les participants. Pel que fa a l'escala AFA es va obtenir un puntuació total mitja de 30.68 amb una desviació estàndard de 10.06, essent la puntuació màxima 56 i la mínima 17. En relació a les puntuacions per subescales AFA, l'escala *Antipatia* va obtenir una puntuació mediana de 11.5 (RIC de 5) amb un màxim de puntuació de 23 i un mínim de 7; la subescala *Por al greix* una puntuació mitjana de 10.2 (DE=5.18) amb un màxim de 21 i un mínim de 3; i la subescala *Força de voluntat* una puntuació mitjana de 9.18 (DE=4.57) amb una puntuació màxima de 21 i una mínima de 3.

Pel que fa l'escala BAOP es va obtenir una puntuació total mitjana de 26.7 amb una desviació estàndard de 10.3, amb puntuacions màximes de 44 i mínimes de 8.

### **Taula 3**

#### *Puntuacions de les escales AFA i BAOP*

	N	Mitjana	Mediana	DE	RIC	Mínim	Màxim
AFA Total	22	30.68		10.06		17.00	56.0
Antipatia	22		11.50		5.00	7.00	23.0
Por al greix	22	10.18		5.18		3.00	21.0
Voluntat	22	9.18		4.57		3.00	21.0

	N	Mitjana	Mediana	DE	RIC	Mínim	Màxim
BAOP total	22	26.68		10.33		8.00	44.0

### **Relació entre variables**

Per conèixer les diferències de les mitjanes de la puntuació del qüestionari entre els grups de les diferents variables qualitatives es va aplicar la *t* de Student per a mostres independents quan es complien els requisits de les proves paramètriques i la *U* de Mann-Whitney quan no els complien, obtenint els resultats mostrats a la taula 4.

Es pot observar una major puntuació total de l'escala AFA en els participants de gènere masculí (Mdn=47.5; Rang=8.5), mentre que la puntuació total en les participants de gènere femení va ser més baixa (Mdn=29.5; Rang=17). La prova *U* de Mann-Whitney va mostrar que aquesta diferència no és estadísticament significativa,  $U=3$ ,  $p=.059$ . En relació a les subescales AFA, malgrat les diferències de puntuació en relació al gènere (veure taula 4), aquestes tampoc van resultar estadísticament significatives. La subescala *Força de voluntat* mostrava diferències entre participants masculins i femenins (Mdn=19.5; Rang= 1.50 i Mdn=9.0; Rang=6 respectivament) que segons la *U* de Mann-Whitney sí van resultar ser estadísticament significatives amb un  $p$  valor=0.025.

Pel què fa a la puntuació total de l'escala BAOP, malgrat que existien diferències clares entre participants de diferent gènere ( $M=19.5$ ;  $DE=4.95$  en masculí, i  $M=27.4$ ;  $DE=10.5$  en femení) aquestes diferències tampoc van ser estadísticament significatives ( $t(20)$ ,  $p=.314$ ).

### **Taula 4**

*Relació entre la variable gènere i les puntuacions AFA i BAOP*

	Grup	N	Mitjana	Mediana	DE	RIC	p valor
AFA Total	Femení	20		29.50		17	0.059
	Masculí	2		47.5		8.5	
Antipatia	Femení	20		10.50		5	0.167

	Grup	N	Mitjana	Mediana	DE	RIC	p valor
Por al greix	Masculí	2		17.5		5.0	0.930
	Femení	20	10.15		5.42		
Voluntat	Masculí	2	10.5		2.12		0.025
	Femení	20		9.00		6	
BAOP total	Masculí	2		19.5		1.5	0.314
	Femení	20	27.40		10.52		

D'altra banda, es poden observar uns valors de l'escala AFA total més alts en participants amb normopès (veure taula 5) respecte a aquells participants amb sobrepès; mentre que les puntuacions més altes de l'escala BAOP es van associar a participants amb sobrepès i les més baixes a participants amb normopès. Tot i així, aquestes diferències tampoc van resultar ser estadísticament significatives (p valor=.232 i .092 respectivament).

## Taula 5

*Relació entre la variable IMC i les puntuacions AFA i BAOP*

	Grup	N	Mitjana	Mediana	DE	RIC	p valor
AFA Total	Normopès	17	31.65		10.15		0.232
	Sobrepès	4	24.75		9.46		
Antipatia	Normopès	17		12		4	0.190
	Sobrepès	4		8		2.8	
Por al greix	Normopès	17		9	5		0.368
	Sobrepès	4		6.50	5.25		
Voluntat	Normopès	17	9.76		4.71		0.280
	Sobrepès	4	6.50		4.04		
BAOP total	Normopès	17	25.41		9.72		0.080
	Sobrepès	4	35		9.83		

Pel què fa a les variables de més de dues categories, es va analitzar la discriminació percebuda per les participants en relació a les puntuacions totals de les escales AFA i BAOP (veure taula 6). Cal destacar que les participants que havien patit alguna vegada conductes discriminatòries tenien puntuacions totals lleugerament superiors en l'escala

BAOP (M=28.4; DE=11.64), seguides de les que n'havien patit diverses vegades (M=28; DE=14.14), mentre que les participants que mai havien patit discriminació van puntuar més baix en aquesta escala (M=24.7; DE=9.13). Tot i així aquestes diferències tampoc van resultar ser estadísticament significatives, aportant un *p valor* superior a 0.05. Les puntuacions totals de l'escala AFA també van resultar ser més elevades en aquelles participants que havien patit diverses vegades algun tipus de discriminació (M=39.5; DE=2.12) o alguna vegada (M=31.6; DE=11.23), mentre que les participants que no havien patit mai cap discriminació associada al pes presentaven puntuacions totals més baixes (M=28; DE=9.14). De nou però, aquestes diferències no van resultar ser estadísticament significatives. En aquest sentit cal destacar que la subescala *Por al greix* sí va mostrar diferències entre les participants que van ser estadísticament significatives, amb un *p valor* inferior a 0.05 (veure taula 6).

## Taula 6

*Relació entre la variable Discriminació percebuda i les puntuacions de AFA i BAOP*

	Discriminació percebuda	N	Mitjana	DE	p valor
AFA Total	No	10	28.00	9.14	0.327
	Alguna vegada	10	31.60	11.23	
	Vàries vegades	2	39.50	2.12	
Antipatia	No	10	10.10	3.48	0.326
	Alguna vegada	10	12.70	4.22	
	Vàries vegades	2	10.50	3.54	
Por al greix	No	10	8.30	4.62	0.002
	Alguna vegada	10	9.90	3.35	
	Vàries vegades	2	21.00	0.00	
Voluntat	No	10	9.60	3.95	0.899
	Alguna vegada	10	9.00	5.40	
	Vàries vegades	2	8.00	5.66	
BAOP total	No	10	24.70	9.13	0.732
	Alguna vegada	10	28.40	11.64	
	Vàries vegades	2	28.00	14.14	

## *Correlació entre variables*

Per finalitzar l'anàlisi es va calcular el coeficient de correlació de Pearson per conèixer la relació entre les puntuacions totals de les escales AFA i BAOP (taula 7). Es va trobar una correlació negativa moderada entre la puntuació total de l'escala AFA i l'escala BAOP estadísticament significativa ( $r=-0.55$  i  $p$  valor= $0.009$ ); així com una correlació negativa també moderada entre la puntuació de la subescala AFA *Voluntat* i l'escala BAOP, que també va resultar estadísticament significativa ( $r=-0.633$  i  $p$  valor= $0.002$ ).

### Taula 7

*Correlacions de Pearson entre les escales AFA i BAOP (també per subescales AFA)*

		AFA Total	BAOP Total	Antipatia	POR total	Voluntat
AFA Total	R de Pearson	—				
	valor p	—				
BAOP Total	R de Pearson	-0.55 **	—			
	valor p	0.009	—			
Antipatia	R de Pearson	0.724 ***	-0.306	—		
	valor p	< .001	0.166	—		
POR total	R de Pearson	0.727 ***	-0.273	0.250	—	
	valor p	< .001	0.219	0.261	—	
Voluntat	R de Pearson	0.763 ***	-0.633 **	0.460 *	0.254	—
	valor p	< .001	0.002	0.031	0.254	—

Nota. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

### 8.3. Discussió

Els resultats obtinguts amb aquesta prova pilot, malgrat que majoritàriament no siguin estadísticament significatius, van en la línia d'altres investigacions realitzades sobre aquesta temàtica. D'entrada, segons l'autor original de l'escala AFA (Crandall, 1994), qualsevol puntuació superior a 0-1 (en funció de l'escala Likert utilitzada) en alguna de les 3 subescales, és considerada com a discriminació negativa vers les persones amb sobrepès o obesitat. Malgrat no existir cap puntuació baremada per a aquesta escala, com

més alta sigui la puntuació més actituds discriminatòries (Magallares & Morales, 2014). Tot i no tenir puntuacions excessivament altes, la mostra analitzada té un puntuació total de l'escala AFA en la línia dels resultats obtinguts en un estudi similar entre estudiants d'infermeria de la Universitat de Sevilla ((Rodríguez-Gázquez et al., 2020b)), inclús lleugerament superiors ( $M=27.58$  vs  $M=30.68$  en la nostra mostra). Un altre estudi realitzat entre estudiants de fisioteràpia i fisioterapeutes graduats (Elboim-Gabyzon et al., 2020) mostra també uns valors de puntuació en consonància a la mostra analitzada (puntuació total AFA de 39 (Likert de 0 a 9) front el 30.68 (Likert de 0 a 7) obtingut en la mostra). Tot i que els estudis en infermeres que valorin actituds negatives en relació al pes mitjançant les escales AFA i BAOP, la literatura mostra que el personal sanitari té actituds discriminatòries vers les persones amb sobrepès o obesitat (Alberga et al., 2019; Schwenke et al., 2020; van der Voorn et al., 2023). Aquestes conductes no s'allunyen de les detectades en altres àmbits de la nostra societat, demostrant que la existència de discriminació i prejudicis vers la gent obesa està instaurada a nivell estructural (Navajas-Pertegás, 2021).

Les comparacions dels resultats per subescales AFA (*Antipatia*, *Por al greix*, i *Força de voluntat*), també van en consonància amb aquests estudis. La majoria de treballs destaquen puntuacions més elevades en la subescala *Antipatia* per a homes (Magallares & Morales, 2014); i també per a la subescala *Força de voluntat*, resultats que van en la línia dels obtinguts en aquesta investigació. Tot i així, per a la subescala *Por al greix*, aquests estudis mencionen puntuacions més altes en les dones, moltes vegades associant aquesta por als canons estètics establerts en la nostra societat i a la pressió social estètica (Kost & Jamie, 2023). No és el cas de les dades obtingudes en la mostra, on tant participants identificades com a gènere masculí, com les identificades com a gènere femení, tenen puntuacions pràcticament iguals en aquesta subescala ( $M=10.50$ ;  $DE=2.12$  gènere masculí, i  $M=10.15$ ;  $DE=5.42$  gènere femení).

En relació amb les dades que mostren una major discriminació per part de les persones amb normopès, es pot observar com aquesta idea està molt ben fonamentada (Piñeyro, 2016). Això és degut al fet que, trobant-se en una posició de privilegi social, estan més allunyades de la realitat de discriminació que pateixen les persones amb cossos més grans. Les dades obtingudes en la mostra evidencien que les participants amb normopès presenten una puntuació total de l'escala AFA ( $M=31.65$ ;  $DE=10.15$ ) sensiblement superior a les participants amb sobrepès ( $M=24.75$ ;  $DE=9.46$ ).

Pel què fa a les puntuacions de l'escala BAOP, cal destacar que la puntuació total de la mostra és bastant superior a altres estudis realitzat sobre el tema (Lewitan et al., 2022). Les puntuacions elevades d'aquesta escala indiquen la creença que la obesitat no està sota control de l'individu, per tant puntuacions més baixes s'associen a actituds discriminatòries vers al obesitat, assignat trets caracterials com manca de voluntat, ganduleria o altres a aquest col·lectiu (Cohen & Shikora, 2020; Nath, 2019). Tot i així, si analitzem els resultats per gènere, destaca que la diferència de puntuació entre gènere masculí i femení és substancialment important (malgrat que no estadísticament significativa), amb una mitjana de 19.5 i desviació estàndard de 4.95 per al gènere masculí; i una mitjana de 27.4 i desviació estàndard de 10.52 per al gènere femení.

Malgrat que la majoria de resultats no hagin estat estadísticament significatius, les troballes d'aquest estudi contempla actituds més negatives vers les persones amb sobrepès obesitat. La presència d'actituds negatives vers el pes en aquesta prova pilot és coherent amb estudis anteriors que informen d'actituds negatives i biaixos cap als pacients obesos entre els estudiants de medicina o altres professionals de la salut (Forhan & Salas, 2013; Goff et al., 2023; Kyle et al., 2017; O'Donoghue et al., 2021; R. M. Puhl & Lessard, 2020; Talumaa et al., 2022). Aquestes creences i actituds poden afectar negativament l'atenció mèdica, originant errors en el diagnòstic, retards en el tractaments, conductes negligents, o inclús forçant a aquest col·lectiu a abandonar el sistema sanitari (Kost & Jamie, 2023).

Cal destacar també que un dels principals objectius de la prova pilot, més enllà de tantejar la hipòtesi de treball, era la de provar el qüestionari i la seva viabilitat. En relació a aquest tema afloren alguns aspectes. D'una banda, malgrat que el temps estimat per Microsoft Forms per a realitzar el qüestionari és d'aproximadament 7 minuts, la mitjana de temps recollida per completar el qüestionari ha estat de 13 minuts i 18 segons. Tot i que no es pot quantificar la mitjana de temps de forma exacte, es planteja la possibilitat de revisar el qüestionari, eliminant inclús alguna de les preguntes i variables que sembla han estat d'escassa rellevància en la prova pilot. D'aquesta manera es podria reduir el temps de resposta, repercutint de forma positiva en el total de qüestionaris rebuts.

D'altra banda, malgrat que la versió espanyola de l'escala AFA té una consistència interna de 0,85 mesurada per el coeficient Alfa de Cronbach (Magallares & Morales, 2014), l'alfa de Cronbach per a la mostra estudiada és de 0.56, resultant ser sensiblement inferior. Segons aquests valors, es podria considerar la fiabilitat de l'escala AFA com a dèbil o

pobre aplicada en aquesta mostra. Tenint en compte aquest factor, es podria plantejar la possibilitat de fer proves addicionals per determinar si la fiabilitat de l'escala augmentaria eliminant algun element, tal i com han fet altres investigadors en estudis semblants (Rodríguez-Gázquez et al., 2020b). Pel què fa a la versió espanyola de l'escala BAOP, aquesta evidenciava una fiabilitat acceptable amb un coeficient Alfa de Cronbach de 0.60 per a l'escala total, que segons els autors, hauria augmentat a 0.65 eliminant els ítems 1 i 7 (Lewitan et al., 2022). Per a la nostra mostra, es va obtenir un coeficient Alfa de Cronbach de 0.74 per a aquesta escala, puntuació suggestiva d'una fiabilitat acceptable.

Per acabar cal destacar també que la majoria d'anàlisi que s'han dut a terme, a diferència de la literatura consultada, han obtinguts valors de significació per sobre de 0.05, motiu pel qual no es pot rebutjar la hipòtesi nul·la de que no hi ha diferències estadísticament significatives (o que aquestes siguin degudes a l'atzar, biaixos, etc). Això podria tenir una relació directa amb la mida de la mostra. Com apunten Manterola i cols. (2008:88) cal tenir en compte que el concepte de "significació estadística" depèn de dos elements essencials: la magnitud de la diferència que volem provar i la mida de la mostra. Segons els autors, mentre més gran sigui la mostra, més fàcil serà detectar diferències entre les variables en estudi. Així, la mida de la mostra afecta la significació estadística a través de l'error estàndard que es fa més petit com més pacients tingui l'estudi, amb el que qualsevol diferència entre les variables en estudi pot ser "estadísticament significativa" si es disposa del nombre suficient de pacients (Manterola et al., 2008:88). Agafant com a punt de partida el total de 31 infermeres del CAP de Can Gibert del Pla, segons la calculadora Granmo, per una estimació de la mostra amb un nivell de confiança del 95% i una estimació de proporció màxima del 0.5, haurien d'haver respòs un total de 29 infermeres, quan en realitat ho van acabar fent 22. Aquesta diferència en la mostra podria explicar alguns dels resultats obtinguts, amb el que si s'augmentés la mostra possiblement s'obtidrien valors de significació inferiors a 0.05 i per tant més significatius a nivell estadístic.

#### **8.4. Conclusions**

La prova pilot d'aquesta investigació va tenir com a objectiu avaluar la viabilitat del disseny metodològic i la recopilació de dades per a l'estudi complet sobre la gordofòbia mèdica entre les infermeres d'atenció primària i comunitària de la regió sanitària de Girona. Aquesta prova pilot ens va permetre identificar possibles problemes i barreres, així com realitzar alguns ajustaments metodològics abans de dur a terme la investigació

a gran escala. També ens va servir per tenir una panoràmica inicial sobre la prevalença de gordofòbia mèdica entre les infermeres de l'EAP Can Gibert del Pla, i valorar si aquests resultats s'orientaven en la direcció de la hipòtesi de treball.

La prova pilot es va realitzar utilitzant un enfoc quantitatiu a partir del qüestionari que recollia dades sociodemogràfiques, i que valorava actituds discriminatòries vers la gent amb sobrepès o obesitat a partir de les escales AFA i BAOP validades a l'espanyol. Van participar en la prova pilot 22 infermeres d'un total de 31 que conformen la plantilla actual de l'EAP de Can Gibert del Pla, representant un 71%.

El resultat del pilotatge van demostrar que les infermeres participants tenien puntuacions sensiblement altes en l'escala AFA, i sensiblement baixes en l'escala BAOP, suggerint d'una banda que les infermeres participants tenien una actitud majoritàriament negativa vers les persones amb obesitat o sobrepès, i d'altra banda que atribuïen el control sobre el pes a una qüestió de responsabilitat individual. Els resultats indiquen que la gordofòbia mèdica és una barrera significativa per a l'atenció sanitària adequada. Aquestes troballes són consistents amb les nostres expectatives inicials alhora que van en consonància amb la literatura científica sobre el tema, suggerint que la discriminació basada en el pes afecta negativament la disposició dels pacients a buscar atenció i la qualitat de la mateixa.

Com a limitacions cal destacar que els resultats no han estat estadísticament significatius, possiblement degut a la mida reduïda de la mostra i la possible biaix d' autoselecció dels participants, la qual cosa podria influir en la representativitat dels resultats.

Basant-nos en els resultats de la prova pilot, es contempen alguns ajustos en la metodologia de la investigació completa, com ampliar la mida de la mostra i assegurar una major consistència interna i fiabilitat de les escales utilitzades. Aquests canvis ajudaran a obtenir una visió més completa i robusta de la prevalença de la gordofòbia mèdica entre les infermeres de l'àmbit familiar i comunitari.

En resum, la prova pilot ha estat útil per identificar àrees clau per millorar de cares a l'execució del projecte d'investigació; i per confirmar la presència de gordofòbia mèdica i el seu possible impacte negatiu en l'atenció sanitària, suggerint la necessitat de realitzar intervencions de sensibilització per reduir les conductes discriminatòries de les infermeres vers les persones amb sobrepès o obesitat.

## **9. APLICABILITAT I UTILITAT DELS RESULTATS. LIMITACIONS DE L'ESTUDI**

La presència de biaix de pes o d'actituds i comportaments negatives vers a les persones amb sorprès i obesitat, està fortament arrelat com a constructe sociocultural dins l'imaginari col·lectiu. Malauradament aquest biaix també està present dins l'àmbit de la salut, i també dins el col·lectiu infermer. Malgrat que l'origen del sobrepès i la obesitat és multicausal, moltes vegades s'acaba responsabilitzant a la pròpia persona de la situació, generant en ella sentiments de culpa que sovint es podent traduir en problemes emocionals i malestar psicològic.

Els resultats d'aquest estudi permetran avaluar i detectar la presència de biaix de pes en infermeres d'atenció primària. Si es confirma la hipòtesi, es podran dur a terme estratègies formatives de sensibilització, per reduir i prevenir aquest biaix i aquestes conductes. Posar el focus en la sensibilització i formació sobre el tema, permetria que les infermeres puguin oferir unes cures d'infermeria des d'una perspectiva holística i centrada en la persona, i puguin oferir una atenció infermera integral i de més qualitat. Aquest enfoc ajudaria a reduir l'estigma sobre la obesitat i el seu impacte no només sobre la salut biològica, sinó també sobre el benestar emocional de les persones afectades.

Algunes limitacions que pot presentar aquest estudi tenen a veure amb la recol·lecció de les dades a partir d'un qüestionari d'auto-resposta, ja que d'una banda no es pot assegurar l'autoria o la comprensió complerta de cada pregunta; i d'altra banda, al tractar-se d'un tema socialment sensible com és la imatge corporal i el pes, es poden obtenir dades referents al pes o a la complexió física que no s'ajustin a la realitat de qui participa en el qüestionari. També cal tenir en compte les limitacions pròpies de les tècniques de mostreig no probabilístic, com la tendència als biaixos, o la baixa participació.

D'altra banda, també es pot produir algun biaix en les respostes relacionades amb les escales AFA i BAOP, ja que alguns participants es poden sentir incriminats o jutjats moralment i no respondre a les preguntes amb total sinceritat.

A més, el disseny escollit per a dur a terme l'estudi no presenta grup control, motiu pel qual el pas del temps i factors externs podrien influir en la reducció de l'estigma de pes, i sense grup control això no es pot avaluar. Tot i això, es pensa que aquest efecte és menyspreable en tractar-se d'un curt període de seguiment.

També cal destacar que el seguiment de les participants es farà passat un mes des de la intervenció, període en què es poden produir pèrdues de participants i, per tant, informació. Per evitar possibles biaixos, aquesta limitació s'ha tingut en compte en el càlcul mostral a través del programa Granmo adjudicant un percentatge de pèrdues d'un 5% per evitar la pèrdua de potència estadística

## 10. BIBLIOGRAFIA

- Alberga, A. S., Edache, I. Y., Forhan, M., & Russell-Mayhew, S. (2019). Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e116. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000227>
- Allison, D. B., Basile, V. C., & Yuker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 599-607.
- Boyes, A. D., & Latner, J. D. (2009). Weight stigma in existing romantic relationships. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35(4). <https://doi.org/10.1080/00926230902851280>
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 221-232. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03718.x>
- Čadek, M., Täuber, S., Lawrence, B. J., & Flint, S. W. (2023). Effect of health-care professionals' weight status on patient satisfaction and recalled advice: a prospective cohort study. *eClinicalMedicine*, 57, 101855. <https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2023.101855>
- Carlos Manterola, d., Viviana Pineda, n., & mincir, G. (2008). El valor de «p» y la «significación estadística»: Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. *Revista chilena de cirugía*, 60(1), 86-89. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262008000100018>
- Cebrián Salé, L. E., Paredes, G., Garcia, M., & Ventura, R. (2023). *Informe ODA 2023: análisis sobre la representación de la diversidad en la ficción española del 2022 en cine y televisión*. OBSERVATORIO DE LA DIVERSIDAD EN LOS MEDIOS AUDIOVISUALES.
- Cohen, R., & Shikora, S. (2020). Fighting Weight Bias and Obesity Stigma: a Call for Action. *Obesity Surgery*, 30(5), 1623-1624. <https://doi.org/10.1007/S11695-020-04525-0/METRICS>
- Cooper, C. (2010). Fat Studies: Mapping the Field. *Sociology Compass*, 4(12), 1020-1034. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00336.x>
- Côté, M., & Bégin, C. (2020). Review of the Experience of Weight-Based Stigmatization in Romantic Relationships. *Current obesity reports*, 9(3), 280-287. <https://doi.org/10.1007/S13679-020-00383-0/METRICS>
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.882>
- Diedrichs, P. C., & Puhl, R. (2017). Weight bias: Prejudice and discrimination toward overweight and obese people. En *The Cambridge handbook of the psychology of prejudice*. (p. 392-412). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316161579.017>

- Elboim-Gabyzon, M., Attar, K., & Peleg, S. (2020). Weight Stigmatization among Physical Therapy Students and Registered Physical Therapists. *Obesity facts*, 13(2), 104-116. <https://doi.org/10.1159/000504809>
- Essel, K. D., Fotang, J., Deyton, L., & Cotter, E. W. (2023). Discovering the Roots: A Qualitative Analysis of Medical Students Exploring Their Unconscious Obesity Bias. *Teaching and Learning in Medicine*, 35(2), 143-156. <https://doi.org/10.1080/10401334.2022.2041421>
- Flint, S. W., & Snook, J. (2015). Disability Discrimination and Obesity: The Big Questions? *Current obesity reports*, 4(4), 504-509. <https://doi.org/10.1007/S13679-015-0182-7/METRICS>
- Forhan, M., & Salas, X. R. (2013). Inequities in Healthcare: A Review of Bias and Discrimination in Obesity Treatment. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(3), 205-209. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.03.362>
- Fruh, S. M., Graves, R. J., Hauff, C., Williams, S. G., & Hall, H. R. (2021). Weight Bias and Stigma: Impact on Health. *The Nursing clinics of North America*, 56(4), 479. <https://doi.org/10.1016/J.CNUR.2021.07.001>
- Gajewski, E. M. (2023). Effects of weight bias training on student nurse empathy: A quasiexperimental study. *Nurse education in practice*, 66. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2022.103538>
- Giel, K. E., Thiel, A., Teufel, M., Mayer, J., & Zipfel, S. (2010). Weight Bias in Work Settings – a Qualitative Review. *Obesity Facts*, 3(1), 33. <https://doi.org/10.1159/000276992>
- Goad, E., Gleeson, K., & Jackson, S. (2018). Personal factors associated with the attitudes of nurses towards patients with obesity: a literature review. *Clinical Obesity*, 8(6), 444-451. <https://doi.org/10.1111/cob.12275>
- Goff, A., Lee, Y., & Tham, K. (2023). Weight bias and stigma in healthcare professionals: a narrative review with a Singapore lens. *Singapore Medical Journal*, 64(3), 155. <https://doi.org/10.4103/SINGAPOREMEDJ.SMJ-2022-229>
- Gracia-Arnaiz, M. (2015). *Comemos lo que somos. Reflexiones sobre cuerpo, genero y salud* (Icaria Editorial, SA).
- Gracia-Arnaiz, M., Arenas, M., Comelles, J. M., García, M., Ledo, J., Maldonado, M. L., & Monserrat-Mas, M. A. (2012). *Pobres joves grassos Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya*.
- Hansson, L. M., Näslund, E., & Rasmussen, F. (2010). Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(6), 587-596. [https://doi.org/10.1177/1403494810372266/SUPPL\\_FILE/SPUB-RI-2009-0337-FILE007.DOC](https://doi.org/10.1177/1403494810372266/SUPPL_FILE/SPUB-RI-2009-0337-FILE007.DOC)
- Keramat, S. A., Alam, K., Rana, R. H., Shuvo, S. Das, Gow, J., Biddle, S. J. H., & Keating, B. (2021). Age and gender differences in the relationship between obesity

- and disability with self-perceived employment discrimination: Results from a retrospective study of an Australian national sample. *SSM - Population Health*, 16, 100923. <https://doi.org/10.1016/J.SSMPH.2021.100923>
- Klein, H., & Shiffman, K. S. (2005). Thin is “in” and stout is “out”: What animated cartoons tell viewers about body weight. *Eating and weight disorders : EWD*, 10(2), 107. <https://doi.org/10.1007/BF03327532>
- Kost, C., & Jamie, K. (2023). “It has literally been a lifesaver”: the role of “knowing kinship” in supporting fat women to navigate medical fatphobia. *Fat Studies*, 12(2), 311-324. <https://doi.org/10.1080/21604851.2022.2041295>
- Kyle, R. G., Wills, J., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M., & Atherton, I. M. (2017). Obesity prevalence among healthcare professionals in England: A cross-sectional study using the Health Survey for England. *BMJ Open*, 7(12). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2017-018498>
- Lawrence, B. J., Kerr, D., Pollard, C. M., Theophilus, M., Alexander, E., Haywood, D., & O’Connor, M. (2021). Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 29(11), 1802-1812. <https://doi.org/10.1002/OBY.23266>
- Lewitan, D., Katz, M., Formoso, J., & Anger, V. (2022). Estigma en obesidad: validación al español de la escala de creencias sobre las personas con obesidad (Beliefs about obese persons scale- Baop). *Actual. nutr*, 195-203. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yb8tg>
- Lydecker, J. A., Cotter, E. W., Palmberg, A. A., Simpson, C., Kwitowski, M., White, K., & Mazzeo, S. E. (2016). Does this Tweet make me look fat? A content analysis of weight stigma on Twitter. *Eating and Weight Disorders*, 21(2), 229-235. <https://doi.org/10.1007/S40519-016-0272-X/METRICS>
- Maddox, G. L., Back, K. W., & Liederman, V. R. (1968). Overweight as Social Deviance and Disability. *Journal of Health and Social Behavior*, 9(4), 287-298. <https://doi.org/10.2307/2948537>
- Magallares, A., & Morales, J.-F. (2014). Spanish adaptation of the Antifat Attitudes Scale / Adaptación al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos. *Revista de Psicología Social*, 29(3), 563-588. <https://doi.org/10.1080/02134748.2014.972707>
- Mancuso, L. , L. B. , P. M. , M. A. , A. E. , & C. L. (2021). Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Inclusive*, 4(2), 12-16.
- Miller, B. J., & Lundgren, J. D. (2010). An Experimental Study of the Role of Weight Bias in Candidate Evaluation. *Obesity*, 18(4), 712-718. <https://doi.org/10.1038/OBY.2009.492>
- Nath, R. (2019). The injustice of fat stigma. *Bioethics*, 33(5), 577-590. <https://doi.org/10.1111/BIOE.12560>

- Navajas-Pertegás, N. (2021). «Deberías adelgazar, te lo digo porque te quiero»: reflexiones autoetnográficas sobre la gordura. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 21(1). <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2434>
- Obara-Gołębiowska, M. (2016). Employment discrimination against obese women in obesity clinic's patients perspective. *Roczniki Panstwowego Zakladu Higieny*, 67(2), 147-153.
- O'Donoghue, G., Cunningham, C., King, M., O'Keefe, C., Rofaeil, A., & McMahon, S. (2021). A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients' voice. *PLoS ONE*, 16(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260075>
- Oliver, T. L., Shenkman, R., Diewald, L. K., & Dowdell, E. B. (2021). Nursing students' perspectives on observed weight bias in healthcare settings: A qualitative study. *Nursing Forum*, 56(1), 58-65. <https://doi.org/10.1111/NUF.12522>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319-326. <https://doi.org/10.1111/OBR.12266>
- Piñeyro, M. (2016). *Stop gordofobia y las panzas subversas*. Zambra iniciativas sociales.
- Piñeyro, M. (2020a). *GUÍA BÁSICA SOBRE GORDOFOBIA*. [www.gobiernodecanarias.org/igualdad](http://www.gobiernodecanarias.org/igualdad)
- Piñeyro, M. (2020b). *GUÍA BÁSICA SOBRE GORDOFOBIA*. [www.gobiernodecanarias.org/igualdad](http://www.gobiernodecanarias.org/igualdad)
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity*, 14(10), 1802-1815. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 117-127. <https://doi.org/10.1016/J.BEEM.2012.12.002>
- Puhl, R. M., & Lessard, L. M. (2020). Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Current Obesity Reports*, 9(4), 402-411. <https://doi.org/10.1007/S13679-020-00408-8/METRICS>
- Quirós Sánchez, G. (2021). Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 32(1). <https://doi.org/10.15359/rldh.32-1.7>
- Rodríguez-Gázquez, M. de los A., Ruiz-Iglesias, A., & González-López, J. R. (2020a). Changes in anti-fat attitudes among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 95, 104584. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104584>

- Rodríguez-Gázquez, M. de los A., Ruiz-Iglesias, A., & González-López, J. R. (2020b). Changes in anti-fat attitudes among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, *95*, 104584. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104584>
- Rothblum, E., & Solovay, S. (2009). *The Fat Studies Reader*. NYU Press.
- Sabin, J. A., Marini, M., & Nosek, B. A. (2012). Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLOS ONE*, *7*(11), e48448. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0048448>
- Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A., & Brownell, K. D. (2006). The Influence of One's Own Body Weight on Implicit and Explicit Anti-fat Bias. *Obesity*, *14*(3), 440-447. <https://doi.org/10.1038/OBY.2006.58>
- Schwenke, M., Luppá, M., Pabst, A., Welzel, F. D., Löbner, M., Luck-Sikorski, C., Kersting, A., Blüher, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Family Practice*, *21*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/S12875-020-01239-1/TABLES/4>
- Swift, J. A., Hanlon, S., El-Redy, L., Puhl, R. M., & Glazebrook, C. (2013). Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *26*(4), 395-402. <https://doi.org/10.1111/JHN.12019>
- Talumaa, B., Brown, A., Batterham, R. L., & Kalea, A. Z. (2022). Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity Reviews*, *23*(10), e13494. <https://doi.org/10.1111/OBR.13494>
- van der Voorn, B., Camfferman, R., Seidell, J. C., Puhl, R. M., & Halberstadt, J. (2023). Weight-biased attitudes about pediatric patients with obesity in Dutch healthcare professionals from seven different professions. *Journal of Child Health Care*, *27*(2), 243. <https://doi.org/10.1177/13674935221133953>
- Wang, Y., Ding, Y., Song, D., Zhu, D., & Wang, J. (2016). Attitudes toward obese persons and weight locus of control in Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Nursing Research*, *65*(2), 125-131. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000145>
- Wann, M. (2009). Foreword: Fat studies: An invitation to revolution. *The Fat Studies Reader*, ix-xxv.
- Wu, H. X., Chen, T. T., Ching, B. H. H., Li, X. Y., & Li, Y. H. (2023). Weight stigma from romantic partners: Its relations with maladaptive and adaptive coping and depressive symptoms. *Scandinavian Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1111/sjop.12965>

## 11. PLA DE TREBALL I CRONOGRAMA

Fase	Activitats previstes	temporalització
<b>Fase 1. Etapa de preparació</b>	<b>Disseny del projecte</b>	Octubre 2023
	<b>Revisió bibliogràfica i consulta a professionals experts</b>	Octubre i novembre 2023
	<b>Revisió metodològica:</b> comprensió de les diferents metodologies i eines de recollida de dades	
	<b>Elaboració del projecte:</b> plantejament de la pregunta d'investigació. Definició de l'àmbit d'estudi, mostra, disseny i metodologia per a l'estudi	Desembre 2023
	<b>Elaboració de permisos necessaris:</b> CEICs- Contacte direcció infermeria ICS	Gener-febrer 2024
<b>Fase 2. Fase d'execució prova pilot</b>	<b>Contacte amb els participants prova pilot:</b> enviament massiu del qüestionari pre-test	Març 2024
	<b>Elaborar base de dades i introduir-les</b>	Abril 2024
	<b>Anàlisi i interpretació de la informació prova pilot:</b> utilització de les tècniques estadístiques seleccionades, valoració de les dades i interpretació del significat, comparació dels resultats obtinguts amb treballs similars, redacció de la discussió, selecció dels resultats i elaboració de les conclusions de la prova pilot	Maig 2024
<b>Etapa 3. Fase final</b>	Revisió i rectificació instruments de recollida de dades	Octubre-novembre 2024

	<b>Re-avaluació CEICs</b>	Desembre 2024
	<b>Recollida de dades pre-test</b>	Gener – març 2025
	<b>Intervenció:</b> realització del taller de sensibilització (4 sessions)	Abril 2025
	<b>Segona recollida de dades:</b> post-test (qüestionari inicial)	Maig 2025
	<b>Elaborar base de dades i introduir-les</b>	Juny 2025
	<b>Anàlisi i interpretació de la informació:</b> utilització de les tècniques estadístiques seleccionades, valoració de les dades i interpretació del significat, comparació dels resultats obtinguts amb treballs similars, redacció de la discussió, selecció dels resultats i elaboració de les conclusions de la prova pilot	Setembre 2025
	<b>Publicació i difusió de resultats:</b> presentació a congressos científics, preparació i enviament d'articles per a publicació científica	Desembre 2025

## 12. PRESSUPOST I MITJANS NECESSARIS PER REALITZAR EL PROJECTE

Concepte	QUANTIA €
▪ Revisió, cerca bibliogràfica (llibres i articles d'interès)	300
▪ Ordinador portàtil	900
▪ Logística papereria: impressió, fotocòpies, registres, enquadernació,...	100
▪ Anàlisi de dades quantitativa	500
▪ Viatges i desplaçaments equip de treball	300
▪ Correcció, lectura crítica i traduccions: publicacions	1.000
▪ Difusió científica dels resultats: jornades, congressos	2.500
<b>Total despeses</b>	<b>5.600 €</b>

**Recursos materials:** el paquet estadístic SPSS versió 24.0 per a Windows per a la realització de la correcta anàlisi de les dades. Per realitzar la intervenció: - Cadires - Projector - Ordinador - Material ofimàtic (folis, bolígraf...). Els professionals encarregats de dirigir el taller podran recolzar-se amb material informatiu per a l'explicació dels continguts (vídeos, fotocòpies, presentació de PowerPoint, etc.).

**Recursos humans:** Infermer com a investigador principal per a la recollida de la mostra d'estudi, anàlisi, redacció i difusió de la recerca. Tutor per a la supervisió del treball científic, anàlisi de les dades i per a la col·laboració amb el pla de difusió. Professional activista per a la realització del taller de sensibilització.

### 13. ANNEXOS

#### 13.1. Annex 1. Full informatiu (català/castellà)

##### FULL INFORMATIU

Benvolgut/da,

El meu nom és Jordi Benítez Muñoz, infermer i antropòleg, i actualment estic cursant un màster en Investigació en Ciències de la Infermeria a la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Us faig arribar aquesta informació ja que estic realitzant el treball de fi de màster anomenat: *Implantació d'un taller de sensibilització sobre gordofòbia mèdica en infermeres d'Atenció Primària de la Regió sanitària de Girona* (Projecte d'investigació)

Per aquest motiu, em dirigeixo a tu per a sol·licitar la teva participació i col·laboració amb l'objectiu de valorar la presència de actituds discriminatòries cap a les persones amb sobrepès o obesitat dins la pràctica infermera, realitzant posteriorment un taller de sensibilització per intentar millorar la qualitat assistencial vers a aquest col·lectiu. Per a poder-ho realitzar, s'utilitza un formulari tipus enquesta amb diverses preguntes, que englobaran els temes esmentats anteriorment, la qual es respondrà de manera totalment voluntària i anònimament.

D'acord amb la LOPD 15/1999 i la Llei Orgànica 3/2018, es garanteix que les teves dades seran tractades amb absoluta confidencialitat i amb l'exclusiva finalitat d'aquest present estudi.

En cas que decideixis participar, a part de respondre el qüestionari, també hauràs de signar un consentiment informat, per tal que quedis informats i puguis cedir la teva participació.

A més, si durant la teva participació tens algun dubte, tens tot el dret a sol·licitar que se't responguin totes les qüestions que consideris necessàries; si durant l'enquesta alguna pregunta et resulta incòmoda, tens dret a fer-ho saber. Tanmateix, pots revocar el teu consentiment i sol·licitar l'eliminació de les dades personals donades sense cap repercussió.

Si desitges posar-te en contacte i/o per més informació en relació a l'estudi, pot contactar-me a la següent adreça: [jordi.benitez@alumni.urv.cat](mailto:jordi.benitez@alumni.urv.cat). Agraïxo molt la teva seva participació de manera anticipada.

Atentament,

JORDI BENITEZ MUÑOZ,

investigador principal

## HOJA INFORMATIVA

Apreciado/a,

Mi nombre es Jordi Benítez Muñoz, enfermero y antropólogo, y actualmente estoy cursando un máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona. Os hago llegar esta información ya que estoy realizando el trabajo de fin de máster denominado: *Implantación de un taller de sensibilización sobre gordofobia médica en enfermeras de Atención Primaria de la Región sanitaria de Girona (proyecto de investigación)*

Por este motivo, me dirijo a ti para solicitar tu participación y colaboración con el objetivo de valorar la presencia de actitudes discriminatorias hacia las personas con sobrepeso u obesidad dentro de la práctica enfermera, realizando posteriormente un taller de sensibilización para intentar mejorar la calidad asistencial hacia este colectivo. Para poder realizarlo, se utiliza un formulario tipo encuesta con varias preguntas, que englobarán los temas mencionados anteriormente, la cual se responderá de manera totalmente voluntaria y anónimamente.

De acuerdo con la LOPD 15/1999 y la Ley Orgánica 3/2018, se garantiza que tus datos serán tratados con absoluta confidencialidad y con la exclusiva finalidad de este presente estudio.

En caso de que decidas participar, aparte de responder el cuestionario, también deberás firmar un consentimiento informado, para que quedes informado y puedas ceder tu participación.

Además, si durante tu participación tienes alguna duda, tienes todo el derecho a solicitar que se te respondan todas las cuestiones que consideres necesarias; si durante la encuesta alguna pregunta te resulta incómoda, tienes derecho a hacerlo saber.

Además, puedes revocar tu consentimiento y solicitar la eliminación de los datos personales dados sin repercusión alguna.

Si deseas ponerte en contacto, y/o para más información en relación al estudio, puede contactarme a la siguiente dirección: [jordi.benitez@alumni.urv.cat](mailto:jordi.benitez@alumni.urv.cat). Agradezco mucho tu participación de manera anticipada.

Atentamente,

JORDI BENITEZ MUÑOZ,

investigador principal

### 13.2. Annex 2. Consentiment informat (català/castellà)

#### **FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT**

Títol de l'estudi: *Projecte d'investigació: Implantació d'un taller de sensibilització sobre gordofòbia mèdica en infermeres d'Atenció Primària de la Regió sanitària de Girona.*

Investigador principal: JORDI BENÍTEZ MUÑOZ

Jo, \_\_\_\_\_ (nom i cognoms) amb DNI \_\_\_\_\_:

- He llegit el full d'informació al pacient i/o participant que se m'ha lliurat sobre l'estudi.
- He pogut fer les preguntes sobre l'estudi.
- He rebut prou informació sobre l'estudi.
- He parlat amb Jordi Benítez Muñoz.
- Comprenc que la meva participació és voluntària.
- Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:
  1. Quan ho desitgi,
  2. Sense donar explicacions, i
  3. Sense que això repercuteixi en l'atenció mèdica que rebí.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i el Consell de 27 d'abril de Protecció de Dades (RGPD) i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades i garantia dels drets digitals, declaro haver estat informat dels meus drets, de la finalitat de recollida de les meves dades i dels destinataris de la informació.

Presto lliurement la meva conformitat per participar en aquest estudi.

Nom i cognoms del participant i firma

Nom i cognoms de l'investigador i firma

Data:

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: *Projecte d'investigació: Implantació d'un taller de sensibilització sobre gordofòbia mèdica en infermeres d'Atenció Primària de la Regió sanitària de Girona.*

Investigador principal: JORDI BENÍTEZ MUÑOZ

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos) con DNI \_\_\_\_\_

- He leído la hoja de información al paciente y/o participante que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer las preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con Jordi Benítez Muñoz (nombre y apellidos del investigador). Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - Cuando lo desee,
  - Sin dar explicaciones, y
  - Sin que esto repercuta en la atención médica que reciba.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos y garantía de los derechos digitales, declaro haber sido informado de mis derechos, de la finalidad de recogida de mis datos y de los destinatarios de la información.

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Nombre y apellidos del participante y firma      Nombre y apellidos del investigador y firma

Fecha:

### 13.3. Annex 3. Autoritzacions d'autor per a la utilització de les escales

Escala AFA validada ✕ 🗑️ 📧

**Jordi Benítez Muñoz** <benipetit17@gmail.com> dj., 1 de febr. 22:24 (fa 8 dies) ☆ 🌙 ↶ ⋮  
 per a amagallares ▾

Apreciado Dr Magallares,


Me llamo Jordi Benítez Muñoz y soy enfermero en salud mental y antropólogo. Actualmente estoy cursando un máster oficial en investigación en ciencias de la enfermería en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, y estoy realizando el trabajo de fin de máster sobre la gordofobia médica entre las enfermeras del ámbito comunitario, con el objetivo de visibilizar conductas discriminatorias hacia las personas con sobrepeso u obesidad, y posteriormente sensibilizar a las enfermeras con la intención de mejorar la calidad asistencial.

Dado que usted es el autor de la validación al español de la escala Anti Fat Attitudes de Crandall, me gustaría pedir su autorización para utilizar dicha escala en el marco de mi trabajo de fin de máster y en un posible doctorado posterior sobre este tema.

Se lo agradezco de antemano,

Jordi Benítez Muñoz

---

 Libre de virus [www.avast.com](http://www.avast.com)

**Alejandro Magallares Sanjuan** <alejandrosanjuan@gmail.com> dv., 2 de febr. 8:00 (fa 7 dies) ☆ 🌙 ↶ ⋮  
 per a mi ▾

**Tradueix a: català** ✕

Hola Jordi,

muchas gracias por tu mensaje y por tu interés en nuestro trabajo  
 Por supuesto, tienes nuestro permiso para usar la escala. Espero que te sea de utilidad para tu investigación. Suena muy interesante tu TFM.  
 Mucha suerte con todo.  
 Buen finde,  
 Alex  
 \*\*\*

Escala BAOP validada al español ✕ 🗑️ 📧

**Jordi Benítez Muñoz** <benipetit17@gmail.com> dj., 1 de febr. 22:31 (fa 8 dies) ☆ 🌙 ↶ ⋮  
 per a Dalila Lewitan@gmail.com ▾

Apreciada Sra. Lewitan,

Me llamo Jordi Benítez Muñoz y soy enfermero en salud mental y antropólogo. Actualmente estoy cursando un máster oficial en investigación en ciencias de la enfermería en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona (en España), y estoy realizando el trabajo de fin de máster sobre la gordofobia médica entre las enfermeras del ámbito comunitario, con el objetivo de visibilizar conductas discriminatorias hacia las personas con sobrepeso u obesidad, y posteriormente sensibilizar a las enfermeras con la intención de mejorar la calidad asistencial.


Dado que usted es autora de la validación al español de la escala de creencias sobre las personas con obesidad (Beliefs about obese persons scale - BAOP), me gustaría pedir su autorización para utilizar dicha escala en el marco de mi trabajo de fin de máster y en un posible doctorado posterior sobre este tema.

Se lo agradezco de antemano,

Un saludo

Jordi Benítez Muñoz

---

 Libre de virus [www.avast.com](http://www.avast.com)

**Dalia Lewitan** dv., 2 de febr. 12:57 (fa 7 dies) ☆ 🌙 ↶ ⋮  
 per a mi ▾

**Tradueix a: català** ✕

Buen día  
 Que tal?  
 Por supuesto. Estas autorizado.  
 Saludos y éxitos!  
 Dalia  
 \*\*\*

#### 13.4. Annex 4. Enllaç al qüestionari

Qüestionari sobre la gordofòbia  
mèdica entre les infermeres de  
primària



**13.5. Annex 5. Autorització defensa TFM de la tutora**



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

### PRESENTACIÓN TRABAJO FIN DE MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

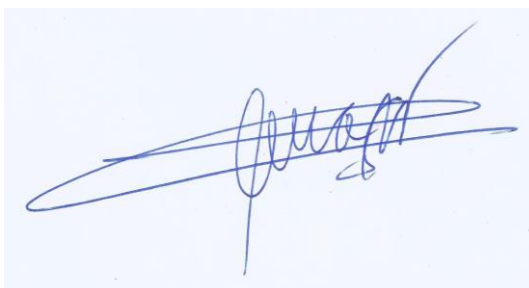
Nombre y apellidos autor / a: JORDI BENÍTEZ MUÑOZ

Título del proyecto de investigación:

Nombre y apellidos tutor / a:

Dra. Elena Solà Miravete

**Autorizo a que éste sea presentado el próximo ....**



Elena Solà Miravete

(DNI: 78580110N)

Tarragona, 3 DE JUNY DE 2024

### 13.6. Annex 6. Proposta article revista científica

revista ENFERMERIA COMUNITARIA



#### **Estudio Piloto: Efecto de una Intervención contra la Gordofobia Médica entre Enfermeras de Atención Familiar y Comunitaria**

##### **Resumen**

**Objetivo principal:** describir la prevalencia de la gordofobia médica entre enfermeras de atención familiar y comunitaria, y sentar las bases para un estudio cuasiexperimental posterior.

**Metodología:** estudio descriptivo transversal en una muestra de 22 enfermeras de atención familiar y comunitaria. Las participantes completaron un cuestionario diseñado para medir las actitudes implícitas y explícitas hacia la obesidad a través de las escalas Anti Fat Attitudes i Beliefs About Obese Persons.

**Resultados:** Los resultados mostraron que la mayoría de las enfermeras presentaban actitudes gordofóbicas de moderadas a altas. Además, se identificó que las enfermeras con normopeso tenían mayores niveles de prejuicio hacia la obesidad, con la creencia que la obesidad está bajo control del individuo.

**Conclusiones:** Aunque los resultados no son estadísticamente significativos debido al tamaño reducido de la muestra, este estudio piloto revela una alta prevalencia de gordofobia médica entre enfermeras de atención familiar y comunitaria, subrayando la necesidad de intervenciones. Con base en estos hallazgos, se planificará un estudio cuasiexperimental con un diseño pretest-postest para evaluar la efectividad de un programa de sensibilización destinado a reducir la gordofobia médica entre enfermeras.

**Palabras clave:** Relaciones enfermera-paciente, obesidad, prejuicio de peso, discriminación percibida, empatía.

## **Abstract**

**Main objective:** To describe the prevalence of medical fatphobia among family and community care nurses, and to lay the groundwork for a subsequent quasi-experimental study.

**Methodology:** cross-sectional descriptive study in a sample of 22 family and community care nurses. Participants completed a questionnaire designed to measure implicit and explicit attitudes toward obesity through the Anti Fat Attitudes and Beliefs About Obese Persons scales.

**Results:** The results showed that most of the nurses had moderate to high fatphobic attitudes. In addition, it was identified that nurses with normal weight had higher levels of prejudice towards obesity, with the belief that obesity is under the control of the individual.

**Conclusions:** Although the results are not statistically significant due to the small sample size, this pilot study reveals a high prevalence of medical fatphobia among family and community care nurses, underscoring the need for interventions. Based on these findings, a quasi-experimental study with a pretest-posttest design will be planned to evaluate the effectiveness of an awareness program aimed at reducing medical fatphobia among nurses.

**Key words:** Nurse-patient relationships, obesity, weight prejudice, perceived discrimination, empathy.

## Introducción

En la intersección entre la medicina y la percepción social del cuerpo humano, surge un fenómeno preocupante que a menudo pasa desapercibido: la gordofobia médica. La gordofobia médica es una de las diversas caras que adopta la gordofobia, entendida ésta como “todo aquel conjunto de prácticas, discursos y acciones que burlan, marginan, estereotipan, prejuzgan, rechazan, e implican la obstaculización o la vulneración de los derechos de las personas con cuerpos grandes” <sup>1(p13)</sup>. Dentro de este marco pues, la gordofobia médica hace referencia al prejuicio de creer que las personas son gordas porque quieren serlo, o por falta de voluntad a la hora de cambiar sus cuerpos <sup>2</sup>. Aunque la obesidad constituye un factor de riesgo importante para sufrir determinadas enfermedades, ser obeso o tener sobrepeso no siempre es sinónimo de estar enfermo. Desgraciadamente, las enfermeras realizamos esta asociación prácticamente de forma automática, y a raíz de este peso-centrismo, se enmascaran estereotipos y prejuicios relacionados con el peso que pueden tener un impacto perjudicial en la calidad de la atención proporcionada a personas con sobrepeso, constituyendo una mala praxis dentro de nuestra disciplina. Este fenómeno, a menudo invisibilizado, puede afectar a cualquier colectivo con independencia de la edad y el género, planteando cuestiones críticas y retos sobre la ética asistencial y sobre la necesidad de un enfoque más inclusivo en la práctica enfermera.

Además, la gordofobia médica se manifiesta de distintas formas, desde la falta de recursos personales y estrategias de abordaje por parte del personal sanitario, a equipos médicos inadecuados para personas con sobrepeso y obesidad (como aparatos de radiodiagnóstico, literas, tensiómetros u otro mobiliario médico no adaptado a corporalidades grandes), hasta la victimización y estigmatización abierta por parte de los profesionales de la salud, que a menudo asocian atributos y rasgos de personalidad negativos, como falta de voluntad y autocontrol, o dejadez, a las personas con sobrepeso u obesidad<sup>3</sup>. Estas experiencias, a menudo traumáticas, pueden disuadir a las personas afectadas de buscar atención médica cuando experimentan malestar, ya que creen que no serán tratadas adecuadamente. Esto comporta retrasos adicionales en el diagnóstico y en el tratamiento adecuados en determinadas dolencias y trastornos<sup>2</sup>; al mismo tiempo que el trato discriminatorio recibido por parte de los sanitarios puede causar en las personas con sobrepeso u obesidad problemas de tipo psicológico y emocional como baja autoestima, depresión, y mala calidad de vida<sup>4</sup>. Aunque la gordofobia no sea un tema recientemente

estudiado, los estudios y las investigaciones sobre la gordofobia médica se centran mayoritariamente en el colectivo médico o en otras disciplinas del ámbito sanitario como la nutrición y la dietética. Los estudios centrados en el personal de enfermería son más bien escasos, y la gran mayoría de ellos desarrollados dentro del ámbito internacional, teniendo un papel meramente testimonial dentro del ámbito nacional español. Aun así, la mayoría de los resultados de estas investigaciones apuntan hacia una prevalencia de niveles moderados-altos de estigmatización por parte de las enfermeras y las estudiantes de enfermería<sup>5</sup>; y ponen énfasis en la necesidad de emprender acciones preventivas y de sensibilización para abordar y reducir el estigma de peso entre el colectivo enfermero.

Las justificaciones de esta investigación son diversas. Desde el punto de vista teórico, aunque ya existen diversos estudios sobre la gordofobia médica y sus consecuencias sobre las personas gordas<sup>6</sup>, el corpus teórico centrado exclusivamente en enfermeras en activo es más bien escaso, sobre todo en la literatura nacional, por lo que esta investigación puede contribuir a llenar un vacío de conocimiento en este sentido. Desde un punto de vista más práctico, detectar y mostrar las conductas gordofóbicas de los profesionales sanitarios puede contribuir también a prevenir o reducir las consecuencias y el impacto negativo que este tipo de discriminación tiene hacia las personas gordas, a la vez que puede ayudar a dispensar una atención sanitaria de mayor calidad. Y desde el punto de vista social, esta investigación puede ayudar también a reducir la discriminación hacia un colectivo fuertemente estigmatizado de forma estructural en nuestra sociedad. Así pues, el objetivo de este estudio piloto es conocer la prevalencia de gordofobia médica entre enfermeras de atención familiar y comunitaria del EAP de Can Gibert del Pla de Girona, y sentar las bases para un estudio cuasiexperimental posterior en toda la región sanitaria de Girona.

### **Metodología**

Se ha llevado a cabo un estudio transversal, descriptivo de corte cuantitativo durante el primer trimestre del 2024. Formaron parte de la población de estudio todas las enfermeras de atención familiar y comunitaria que trabajaban en el EAP de Can Gibert del Pla de Girona.

La muestra de la prueba piloto fue seleccionada utilizando la técnica de muestreo no probabilístico por efecto bola de nieve, siguiendo los criterios de inclusión (trabajar de enfermera en el EAP; participar voluntariamente). De un total de 31 enfermeras que

componen la plantilla de la EAP de Can Gibert del Pla, contestaron un total de 22 enfermeras, representado el 71% de la plantilla total del equipo.

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario de autorespuesta a través de *Microsoft Forms*, que las participantes realizaron por internet. Este cuestionario fue acompañado de la información relativa al proyecto de estudio, información sobre la correcta realización de este, e información relativa a la confidencialidad, anonimato, y consentimiento informado.

A nivel analítico, el cuestionario compiló preguntas relativas a las variables sociodemográficas, así como relativas al peso y percepción de la imagen corporal. Posteriormente las preguntas relacionadas con las actitudes y comportamientos negativos hacia el sobrepeso y la obesidad, que se formularon a partir de la Escala de Actitud Antiobesos, validada y adaptada al español a partir de la *Antifat Attitudes Scale (AFA)*<sup>7</sup>. Esta escala contiene 13 ítems en 3 subescalas. La primera subescala es la de "antipatía", que consta de 7 ítems y evalúa si los encuestados presentan sentimientos negativos hacia el sobrepeso (por ejemplo: "me cuesta tomar seriamente una persona gorda"). La segunda es la del "miedo a la obesidad" que consiste en 3 ítems que valoran el miedo de subir de peso (por ejemplo: "me siento fastidiado/a conmigo mismo/a cuando gano un poco de peso"). Finalmente, la subescala de la "voluntad" incluye 3 ítems relacionados con la percepción de que la obesidad es controlable (por ejemplo: "alguna gente está gorda porque no tiene fuerza de voluntad"). La escala es tipo Likert, con respuesta numérica, en un intervalo entre 1 ("nada de acuerdo") y 7 ("completamente de acuerdo"). Para obtener el resultado final se calcula la media de todas las respuestas de cada subescala y también la puntuación total de manera global. Las puntuaciones altas en esta escala se relacionan con actitudes antiobesidad fuertes. El formulario también incluyó preguntas relacionadas con las creencias sobre las causas de la obesidad, formuladas a partir de la Escala de Creencias Sobre Personas con Obesidad, validada y adaptada al español a partir de la *The Beliefs About Obese Persons scale (BAOP)*<sup>8</sup>. Esta escala contiene 8 ítems con declaraciones específicas sobre las causas de la obesidad (por ejemplo: "la gente obesa come más que la gente no obesa"). Los encuestados deben indicar el grado en que acuerdan con cada afirmación mediante una escala tipo Likert de 6 valores que va desde -3 (totalmente en desacuerdo) hasta +3 (totalmente de acuerdo). Una puntuación alta indica creencias más fuertes en relación con que las personas con obesidad tienen poco control en su peso corporal.

Los datos se analizaron con el software estadístico Jamovi, realizando un análisis descriptivo a partir de las medidas de tendencia central y medidas de dispersión, y un análisis de la relación y correlación entre variables. Las variables cualitativas se describieron como frecuencias (porcentajes), mientras que las variables cuantitativas se describieron con la media y la desviación estándar cuando seguían una distribución normal, y con la media y el rango intercuartílico si la prueba de Shapiro-Wilk mostraba que no seguían una distribución normal. El análisis de las variables independientes cuantitativas se realizó mediante la prueba *t* de Student para datos apareados cuando seguían una distribución normal, y en el caso de no normalidad con la prueba de *U* de Mann-Whitney. Para analizar y comparar tres o más categorías se realizó un análisis ANOVA para datos apareados y muestras independientes.

Los datos se recogieron siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LODP) de 13 de diciembre, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información y el anonimato; y siguiendo los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki. La prueba piloto contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA) de la Comisión Ética de Investigación e Innovación Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

## **Resultados**

Un total de 22 personas respondieron al cuestionario, representando un 71% del total de enfermeras que trabajan en la EAP de Can Gibert del Pla. Los resultados más relevantes se exponen a continuación.

### ***Característiques sociodemogràfiques***

La edad media fue de 38.8 años (DE=10.9), con un rango de edad entre 23 y 56 años. En cuanto al género, 20 enfermeras se identificaban como mujeres (90.9%) y 2 como hombres (9.1%). Más de la mitad de la muestra había cursado estudios superiores en enfermería (72.7%). El 81.8% de la muestra trabajaba en el ámbito de adultos mientras que el 18.2% en pediatría. Casi todas las participantes tenían más de 10 años de experiencia laboral (81.8%).

### ***Característiques relatives al peso y a la imatge corporal***

En cuanto a las variables relacionadas con el peso y la imagen corporal, la gran mayoría de las participantes tenían un peso normal según la categorización IMC (81%), seguidos de las participantes con sobrepeso (19%). No se identificó a ninguna participante con un IMC asociado a obesidad I o II. El IMC medio fue de 23.1 kg/m<sup>2</sup> con una desviación estándar de 2.40. Respecto a la percepción de la imagen corporal, un 61.9% de las enfermeras tuvo una percepción distorsionada de su imagen corporal, es decir, no se identificó con la figura anatómica que representaba su IMC (según el modelo de siluetas de Stunkard et al.<sup>9</sup>), mientras que el 38.1% restante se autopercebieron de forma adecuada. El total de percepciones que distorsionaban su imagen sobreestimaban su IMC, asignándose siluetas de mayor IMC. Por otro lado, un 45.5% de las participantes afirmaron haber sufrido alguna vez alguna conducta gordofóbica (discriminación, desconsideración, mofa, insultos, etc.... en relación con su peso o imagen corporal), mientras que un 9.1% afirmaron haberlas sufrido varias veces a lo largo de su vida.

### ***Puntuaciones de las escalas antigrasa y relación entre variables***

La tabla 1 muestra las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios AFA (tanto su puntuación total como su puntuación por subescalas) y BAOP aplicados a las participantes.

**Tabla 1**

#### *Puntuaciones de las escalas AFA i BAOP*

	N	Mitjana	Mediana	DE	RIC	Mínim	Màxim
AFA Total	22	30.68		10.06		17.00	56.0
Antipatia	22		11.50		5.00	7.00	23.0
Por al greix	22	10.18		5.18		3.00	21.0
Voluntat	22	9.18		4.57		3.00	21.0
BAOP total	22	26.68		10.33		8.00	44.0

Para conocer las diferencias de las medias de la puntuación del cuestionario entre los grupos de las diferentes variables cualitativas se aplicó la *t* de Student para muestras independientes cuando se cumplían los requisitos de las pruebas paramétricas, y la *U* de

Mann-Whitney cuando no los cumplían, obteniendo los resultados mostrados en la tabla 2. Se puede observar una mayor puntuación total de la escala AFA en los participantes de género masculino, mientras que la puntuación total en las participantes de género femenino fue más baja. La prueba *U* de Mann-Whitney mostró que esta diferencia no es estadísticamente significativa. En relación con las subescalas AFA, a pesar de las diferencias de puntuación en relación con el género (ver tabla 2), éstas tampoco resultaron estadísticamente significativas. La subescala *Fuerza de voluntad* mostraba diferencias entre participantes masculinos y femeninos que en esta ocasión sí resultaron ser estadísticamente significativas con un  $p\text{ valor}=0.025$ . En cuanto a la puntuación total de la escala BAOP, aunque existían diferencias claras entre participantes de diferente género, estas diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 2**

*Relación entre la variable género y les puntuaciones AFA i BAOP*

	Grup	N	Mitjana	Mediana	DE	RIC	p valor
AFA Total	Femení	20		29.50		17	0.059
	Masculí	2		47.5		8.5	
Antipatia	Femení	20		10.50		5	0.167
	Masculí	2		17.5		5.0	
Por al greix	Femení	20	10.15		5.42		0.930
	Masculí	2	10.5		2.12		
Voluntat	Femení	20		9.00		6	0.025
	Masculí	2		19.5		1.5	
BAOP total	Femení	20	27.40		10.52		0.314
	Masculí	2	19.5		4.95		

Por otro lado, se pueden observar unos valores de la escala AFA total más altos en participantes con normopeso (ver tabla 3) respecto a aquellos participantes con sobrepeso; mientras que las puntuaciones más altas de la escala BAOP se asociaron a participantes con sobrepeso y las más bajas a participantes con normopeso. Aun así, estas diferencias tampoco resultaron ser estadísticamente significativas.

**Tabla 3**

*Relación entre la variable IMC y las puntuaciones AFA i BAOP*

	Grup	N	Mitjana	Mediana	DE	RIC	P valor
AFA Total	Normopès	17	31.65		10.15		0.232
	Sobrepès	4	24.75		9.46		
Antipatia	Normopès	17		12		4	0.190
	Sobrepès	4		8		2.8	
Por al greix	Normopès	17		9	5		0.368
	Sobrepès	4		6.50	5.25		
Voluntat	Normopès	17	9.76		4.71		0.280
	Sobrepès	4	6.50		4.04		
BAOP total	Normopès	17	25.41		9.72		0.080
	Sobrepès	24	35		9.83		

En cuanto a las variables de más de dos categorías, se analizó la discriminación percibida por las participantes en relación con las puntuaciones totales de las escalas AFA y BAOP (ver tabla 4). Cabe destacar que las participantes que habían sufrido alguna vez conductas discriminatorias tenían puntuaciones totales ligeramente superiores en la escala BAOP, mientras que las participantes que nunca habían sufrido discriminación puntuaron más bajo en esta escala. Las puntuaciones totales de la escala AFA también resultaron ser más elevadas en aquellas participantes que habían sufrido varias veces algún tipo de discriminación o alguna vez, mientras que las participantes que no habían sufrido nunca ninguna discriminación asociada al peso presentaban puntuaciones totales más bajas. De nuevo, sin embargo, estas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas. En este sentido cabe destacar que la subescala *Miedo a la grasa* sí mostró diferencias entre las participantes que fueron estadísticamente significativas, con un *p valor* inferior a 0.05.

**Tabla 4**

*Relación entre la variable Discriminación percibida y las puntuaciones de AFA i BAOP*

Discriminació percebuda		N	Mitjana	DE	p valor
AFA Total	No	10	28.00	9.14	0.327
	Alguna vegada	10	31.60	11.23	
	Vàries vegades	2	39.50	2.12	
Antipatia	No	10	10.10	3.48	0.326
	Alguna vegada	10	12.70	4.22	
	Vàries vegades	2	10.50	3.54	
Por al greix	No	10	8.30	4.62	0.002
	Alguna vegada	10	9.90	3.35	
	Vàries vegades	2	21.00	0.00	
Voluntat	No	10	9.60	3.95	0.899
	Alguna vegada	10	9.00	5.40	
	Vàries vegades	2	8.00	5.66	
BAOP total	No	10	24.70	9.13	0.732
	Alguna vegada	10	28.40	11.64	
	Vàries vegades	2	28.00	14.14	

Para finalizar el análisis, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para conocer la relación entre las puntuaciones totales de las escalas AFA y BAOP. Se encontró una correlación negativa moderada estadísticamente significativa ( $r=-0.55$  y  $p$  valor= $0.009$ ) entre la puntuación total de la escala AFA y la escala BAOP; así como una correlación negativa también moderada entre la puntuación de la subescala AFA *Voluntad* y la escala BAOP, que también resultó estadísticamente significativa ( $r=-0.633$  y  $p$  valor= $0.002$ ).

### Discusión

Los resultados obtenidos con este estudio piloto, aunque mayoritariamente no sean estadísticamente significativos, van en la línea de otras investigaciones realizadas sobre esta temática. A pesar de no existir ninguna puntuación baremada para la escala AFA, cuanto más alta sea la puntuación más actitudes discriminatorias hacia el sobrepeso u obesidad<sup>7</sup>. Aunque no se han obtenido puntuaciones excesivamente altas, la muestra analizada tiene una puntuación total de la escala AFA en la línea de los resultados obtenidos en un estudio similar entre estudiantes de enfermería de la Universidad de Sevilla, incluso ligeramente superiores<sup>10</sup>. Otro estudio realizado entre estudiantes de fisioterapia y fisioterapeutas graduados muestra también unos valores de puntuación en consonancia a la muestra analizada<sup>11</sup>. Aunque los estudios en enfermeras que valoren actitudes negativas en relación con el peso mediante las escalas AFA y BAOP son escasas, la literatura muestra que el personal sanitario en general tiene actitudes discriminatorias hacia las personas con sobrepeso u obesidad<sup>5,12,13</sup>. Estas conductas no se alejan de las

detectadas en otros ámbitos de nuestra sociedad, demostrando que la existencia de discriminación y prejuicios hacia la gente obesa está instaurada a nivel estructural<sup>14</sup>.

Las comparaciones de los resultados por subescalas AFA (*Antipatía, Miedo a la grasa, y Fuerza de voluntad*), también van en consonancia con la literatura existente. La mayoría de los estudios destacan puntuaciones más elevadas en la subescala *Antipatía* para hombres<sup>7</sup>; y también para la subescala *Fuerza de voluntad*, resultados que van en consonancia con los obtenidos en esta investigación. Aun así, para la subescala *Miedo a la grasa*, estos estudios mencionan puntuaciones más altas en las mujeres, muchas veces asociando este miedo a los cánones estéticos establecidos en nuestra sociedad, y a la presión social estética<sup>15</sup>. No es el caso de los datos obtenidos en la muestra, donde tanto participantes identificados como género masculino, como los identificados como género femenino, tienen puntuaciones prácticamente iguales en esta subescala.

En relación con los datos que muestran una mayor discriminación por parte de las personas con normopeso, se puede observar cómo esta idea está muy bien fundamentada<sup>16</sup>. Esto se debe a que, encontrándose en una posición de privilegio social, las personas con normopeso están más alejadas de la realidad de discriminación que sufren las personas con cuerpos mayores. Los datos obtenidos en la muestra evidencian que las participantes con normopeso presentan una puntuación total de la escala AFA sensiblemente superior a las participantes con sobrepeso.

En cuanto a las puntuaciones de la escala BAOP, cabe destacar que la puntuación total de la muestra es bastante superior a otros estudios realizado sobre el tema<sup>8</sup>. Las puntuaciones elevadas de esta escala indican la creencia de que la obesidad no está bajo control del individuo, por lo tanto, puntuaciones más bajas se asocian a actitudes discriminatorias hacia la obesidad, asignado rasgos caracteriales como falta de voluntad, gandulería u otros, a este colectivo<sup>17,18</sup>. Aun así, si analizamos los resultados por género, destaca que la deferencia de puntuación entre género masculino y femenino es sustancialmente importante (aunque no estadísticamente significativa).

Aunque la mayoría de los resultados no hayan sido estadísticamente significativos, los hallazgos de este estudio muestran una tendencia a actitudes más negativas hacia las personas con sobrepeso obesidad. La presencia de actitudes negativas hacia el peso en este estudio piloto es coherente con estudios anteriores que informan de actitudes negativas y sesgos hacia los pacientes obesos entre los estudiantes de medicina u otros

profesionales de la salud<sup>19-24</sup>. Estas creencias y actitudes pueden afectar negativamente a la atención médica, originando errores en el diagnóstico, retrasos en los tratamientos, conductas negligentes, o incluso forzando a este colectivo a abandonar el sistema sanitario<sup>15</sup>.

Por otro lado, a pesar de que la versión española de la escala AFA tiene una consistencia interna de 0,85 medida por el coeficiente Alfa de Cronbach<sup>7</sup>, el alfa de Cronbach para la muestra estudiada es de 0.56, resultando ser sensiblemente inferior. Según estos valores, se podría considerar la fiabilidad de la escala AFA como débil o pobre aplicada en esta muestra. Teniendo en cuenta este factor, se podría plantear la posibilidad de hacer pruebas adicionales para determinar si la fiabilidad de la escala aumentaría eliminando algún elemento, tal y como han hecho otros investigadores en estudios parecidos<sup>10</sup>. En cuanto a la versión española de la escala BAOP, ésta evidenciaba una fiabilidad aceptable con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.60 para la escala total, que, según los autores, habría aumentado a 0.65 eliminando los ítems 1 y 7<sup>8</sup>. Para nuestra muestra, se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.74 para esta escala, puntuación sugestiva de una fiabilidad aceptable.

Para finalizar hay que destacar también que la mayoría de los análisis que se han llevado a cabo, a diferencia de la literatura consultada, han obtenido valores de significación por encima de 0.05, por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula de que no hay diferencias estadísticamente significativas (o que éstas sean debidas al azar, sesgos, etc.). Esto podría tener una relación directa con el tamaño de la muestra. Como apuntan Manterola et al.<sup>25</sup> hay que tener en cuenta que el concepto de "significación estadística" depende de dos elementos esenciales: la magnitud de la diferencia que queremos probar y el tamaño de la muestra. Según los autores, mientras mayor sea la muestra, más fácil será detectar diferencias entre las variables en estudio. Así, el tamaño de la muestra afecta a la significación estadística a través del error estándar que se hace más pequeño cuanto más pacientes tenga el estudio, con lo que cualquier diferencia entre las variables en estudio puede ser "estadísticamente significativa" si se dispone del número suficiente de pacientes<sup>25</sup>.

## **Conclusiones**

El estudio piloto tuvo como objetivo evaluar la viabilidad del diseño metodológico y la recopilación de datos para el estudio completo sobre la gordofobia médica entre las

enfermeras de atención primaria y comunitaria de la región sanitaria de Girona. Esta prueba piloto nos permitió identificar posibles problemas y barreras, así como prever algunos ajustes metodológicos antes de llevar a cabo la investigación a gran escala. También nos sirvió para tener una panorámica inicial sobre la prevalencia de gordofobia médica entre las enfermeras de la EAP Can Gibert del Pla, y valorar si estos resultados se orientaban en la dirección de la hipótesis de trabajo.

Los resultados del estudio piloto demostraron que las enfermeras participantes tenían puntuaciones sensiblemente altas en la escala AFA, y sensiblemente bajas en la escala BAOP, sugiriendo por un lado que las enfermeras participantes tenían una actitud mayoritariamente negativa hacia las personas con obesidad o sobrepeso, y por otro lado que atribuían el control sobre el peso a una cuestión de responsabilidad individual. Los resultados indican que la gordofobia médica es una barrera significativa para la atención sanitaria adecuada. Estos hallazgos son consistentes con nuestras expectativas iniciales a la vez que van en consonancia con la literatura científica sobre el tema, sugiriendo que la discriminación basada en el peso afecta negativamente a la disposición de los pacientes a buscar atención y la calidad de esta.

Como limitaciones cabe destacar que los resultados no han sido estadísticamente significativos, posiblemente debido al tamaño reducido de la muestra y el posible sesgo de autoselección de los participantes, lo que podría influir en la representatividad de los resultados. Además, al tratarse de un tema socialmente sensible como es la imagen corporal y el peso, se pueden obtener datos que no se ajusten a la realidad de quien participa en el cuestionario. Por otro lado, también se puede producir algún sesgo en las respuestas relacionadas con las escalas AFA y BAOP, ya que algunos participantes pueden sentirse incriminados o juzgados moralmente y no responder a las preguntas con total sinceridad.

En resumen, el estudio piloto ha sido útil para identificar áreas clave para mejorar de caras a la ejecución del proyecto de investigación; y para confirmar la presencia de gordofobia médica y su posible impacto negativo en la atención sanitaria, sugiriendo a la vez la necesidad de realizar intervenciones de sensibilización para reducir las conductas discriminatorias de las enfermeras hacia las personas con sobrepeso u obesidad.

## Bibliografía

1. Mancuso L, LB, PM, MA, AE, & CL. Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Inclusive*. 2021;4(2):12-16.
2. Piñeyro M. *GUÍA BÁSICA SOBRE GORDOFOBIA*; 2020. [www.gobiernodecanarias.org/icigualdad](http://www.gobiernodecanarias.org/icigualdad)
3. Gracia-Arnaiz M. *Comemos Lo Que Somos. Reflexiones Sobre Cuerpo, Genero y Salud*. Icaria Editorial, SA.; 2015.
4. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*. 2015;16(4):319-326. doi:10.1111/OBR.12266
5. Schwenke M, Luppá M, Pabst A, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):1-8. doi:10.1186/S12875-020-01239-1/TABLES/4
6. Diedrichs PC, Puhl R. Weight bias: Prejudice and discrimination toward overweight and obese people. In: *The Cambridge Handbook of the Psychology of Prejudice*. Cambridge University Press; 2017:392-412. doi:10.1017/9781316161579.017
7. Magallares A, Morales JF. Spanish adaptation of the Antifat Attitudes Scale / Adaptación al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos. *Rev Psicol Soc*. 2014;29(3):563-588. doi:10.1080/02134748.2014.972707
8. Lewitan D, Katz M, Formoso J, Anger V. Estigma en obesidad: validación al español de la escala de creencias sobre las personas con obesidad (Beliefs about obese persons scale-Baop). *Actual nutr*. Published online 2022:195-203. Accessed January 4, 2024. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yb8tg>
9. Stunkard A, Sørensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*. 1983;60:115-120.
10. Rodríguez-Gázquez M de los A, Ruiz-Iglesias A, González-López JR. Changes in anti-fat attitudes among undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2020;95:104584. doi:10.1016/J.NEDT.2020.104584
11. Elboim-Gabyzon M, Attar K, Peleg S. Weight Stigmatization among Physical Therapy Students and Registered Physical Therapists. *Obes Facts*. 2020;13(2):104-116. doi:10.1159/000504809
12. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e116. doi:10.1017/S1463423619000227
13. van der Voorn B, Camfferman R, Seidell JC, Puhl RM, Halberstadt J. Weight-biased attitudes about pediatric patients with obesity in Dutch healthcare professionals from seven different professions. *Journal of Child Health Care*. 2023;27(2):243. doi:10.1177/13674935221133953

14. Navajas-Pertegás N. «Deberías adelgazar, te lo digo porque te quiero»: reflexiones autoetnográficas sobre la gordura. *Athenea Digital Revista de pensamiento e investigación social*. 2021;21(1). doi:10.5565/rev/athenea.2434
15. Kost C, Jamie K. “It has literally been a lifesaver”: the role of “knowing kinship” in supporting fat women to navigate medical fatphobia. *Fat Studies*. 2023;12(2):311-324. doi:10.1080/21604851.2022.2041295
16. Piñeyro M. *Stop Gordofobia y Las Panzas Subversas*. Zambra iniciativas sociales; 2016.
17. Cohen R, Shikora S. Fighting Weight Bias and Obesity Stigma: a Call for Action. *Obes Surg*. 2020;30(5):1623-1624. doi:10.1007/S11695-020-04525-0/METRICS
18. Nath R. The injustice of fat stigma. *Bioethics*. 2019;33(5):577-590. doi:10.1111/BIOE.12560
19. Puhl RM, Lessard LM. Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Curr Obes Rep*. 2020;9(4):402-411. doi:10.1007/S13679-020-00408-8/METRICS
20. O’Donoghue G, Cunningham C, King M, O’Keefe C, Rofaeil A, McMahon S. A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients’ voice. *PLoS One*. 2021;16(11). doi:10.1371/journal.pone.0260075
21. Kyle RG, Wills J, Mahoney C, Hoyle L, Kelly M, Atherton IM. Obesity prevalence among healthcare professionals in England: A cross-sectional study using the Health Survey for England. *BMJ Open*. 2017;7(12). doi:10.1136/BMJOPEN-2017-018498
22. Forhan M, Salas XR. Inequities in Healthcare: A Review of Bias and Discrimination in Obesity Treatment. *Can J Diabetes*. 2013;37(3):205-209. doi:10.1016/j.jcjd.2013.03.362
23. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity Reviews*. 2022;23(10):e13494. doi:10.1111/OBR.13494
24. Goff A, Lee Y, Tham K. Weight bias and stigma in healthcare professionals: a narrative review with a Singapore lens. *Singapore Med J*. 2023;64(3):155. doi:10.4103/SINGAPOREMEDJ.SMJ-2022-229
25. CARLOS MANTEROLA D, VIVIANA PINEDA N, MINCIR G. El valor de “p” y la “significación estadística”: Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. *Revista chilena de cirugía*. 2008;60(1):86-89. doi:10.4067/S0718-40262008000100018