

En nombre de la salud, ¿se daña la salud?

Trabajo de investigación cuantitativo acerca de la percepción que tienen los y las médicas sobre las personas gordas en sus prácticas cotidianas en el primer nivel de atención en la Provincia de Buenos Aires y Ciudad autónoma de Buenos Aires.

Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo. Categoría temática: Clínica ampliada.

Octubre 2022 Inédito.

Autores

López Yelpo, Rocio. DNI: 38.404.147. Medica ¹

Miranda, Héctor Manuel. DNI: 31.015.715. Medico ¹

Miranda, Pamela Mariana. DNI: 28.545. 292. Medica ¹

Prosperi, Camila Soledad. DNI: 32.009.473. Medica Generalista y/o de Familia ²

Quevedo, Mariángeles. DNI: 32.034.506. Medica Generalista y/o de Familia²

Toscano, Ayelén Sonia. DNI: 34.617.282. Medica ¹

Participantes

Arizaga, Lucia. DNI: 31.208.452. Medica Generalista y/o de Familia ²

Ríos, Pamela. DNI: 32.149.101. Licenciada en Trabajo Social²

Hospital Nacional Doctor. Baldomero Sommer

Ruta 24 Km 23,500, General Rodríguez Buenos Aires (CP 1748)

(0237) 4050800 Interno: 165

E-MAIL: AREASOMMER@GMAIL.COM

¹ Residente Medicina General y/o familiar, Hospital Nacional Doctor Baldomero Sommer, General Rodríguez.

² Área programática, Hospital Nacional Doctor Baldomero Sommer, General Rodríguez.

"En nombre de la salud, ¿se daña la salud?": Trabajo de investigación cuantitativo acerca de la percepción que tienen los médicos y médicas sobre las personas gordas en sus prácticas cotidianas en el primer nivel de atención en la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
<u>López Yelpo, Rocio</u> ; Miranda, Manuel*; Miranda, Pamela*; Prosperi, Camila; Quevedo Mariangeles; <u>Toscano, Ayelén*</u> <i>*médicos y medicas residentes de Medicina General</i>
Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer". Ruta Provincial N° 24, KM 23,500 General Rodríguez, Buenos Aires. CP: 1748. (0237) 4050800, interno 165
Trabajo de investigación con abordaje cuantitativo
Trabajo inédito
Clínica ampliada
La elección de la problemática a investigar surge a partir de presenciar situaciones de gordofoobia representada de muchas maneras, en contexto de consultas médicas. Como gordofoobia nos referimos al "fenómeno social y cultural conocido como el odio, rechazo y violencias que sufren las personas por el hecho de ser gordas". Objetivo: observar y analizar la idiosincrasia de los médicos y médicas del primer nivel de atención dentro de la demografía de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires en cuanto a sus prácticas y percepciones personales hacia los cuerpos gordos. Trabajo observacional, descriptivo, transversal. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta autoadministrada digital. Se realizaron 73 encuestas. Los datos analizados infieren que la mayoría de los encuestados han estado, en alguna oportunidad, atravesados de manera personal por una situación donde han prevalecido los estereotipos y cánones de belleza en su relación con las personas gordas. A su vez, dicha experiencia personal no interpela en el ámbito de la consulta médica delimitando de manera negativa la práctica profesional. Encontramos, además, muchas contradicciones entre las secciones de la encuesta, lo cual nos marca que queda aún mucho para investigar. Se destaca también el grado de responsabilidad que se le otorga al paciente en relación a su cuerpo, relacionándolo con una conducta biologicista, dejando de lado otros determinantes de la salud. Las consecuencias de estos estigmas en la consulta, conllevan al cese de búsqueda de atención por parte de personas con cuerpos gordos.
CUERPOS GORDOS – PESO – GORDOFOBIA – DIVERSIDAD – DISCRIMINACION

*La normalidad es un camino pavimentado.
El camino es cómodo para caminar, pero no crecen flores en él.
-Vicent Van Gogh*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por la Residencia de Medicina General del Hospital Nacional “Doctor Baldomero Sommer”, del partido de General Rodríguez. Los y las residentes, durante los 4 años de formación, rotamos y realizamos guardias, en diferentes servicios de nuestro hospital y de otros hospitales. La elección de la problemática a investigar surge a partir de presenciar situaciones de gordofobia representadas de muchas maneras, en contexto de consultas médicas en dichos hospitales centrales y salas de atención primaria. Utilizamos el término gordofobia para referirnos al “fenómeno social y cultural conocido como el odio, rechazo y violencias que sufren las personas por el hecho de ser gordas”. ¹

La gordofobia es una forma de discriminación de la que poco se habla, y menos aún, de la gordofobia en la consulta médica. Creemos que, desde nuestro lugar, debemos aportar al debate en torno a esta forma de discriminación, dirigiendo el discurso hacia la existencia de la diversidad corporal, hacia la tolerancia, la empatía, la desestigmatización y, sobre todo, hacia la importancia de tratar estos asuntos enmarcados dentro de políticas públicas.

La disciplina en la que nos formamos se caracteriza por comprender a los individuos y a sus procesos de salud-enfermedad como una integralidad. Comprendemos los procesos biológicos dentro de un contexto histórico, ambiental y social, es decir con un enfoque biopsicosocial. Nos encontramos inmersos en la comunidad, formando parte de sus conflictos y los impactos que éstos producen en los individuos de forma continua y transversal al ciclo vital. Dadas las características de nuestra impronta como médicos/as generalistas, es que nos preguntamos si se refleja la gordofobia en el ámbito donde desarrollamos nuestra labor y de qué manera.

Consideramos que la discriminación hacia los cuerpos gordos, naturalizada en todos los ámbitos, está incluida en las consultas médicas, ejercida por aquellos efectores encargados de garantizar el derecho a la atención de calidad y al trato digno y respetuoso, y de esta manera faltan a la Ley 26529 (Derechos del paciente y su relación con profesionales e instituciones de salud) produciendo impacto negativo en la calidad de la atención y, en consecuencia, en la salud física y mental del/a usuario/a.²

Como profesionales de la salud, garantes de derechos, nos parece pertinente cuestionarnos, porque sólo si revisamos nuestras prácticas y nos capacitamos, lograremos aumentar la calidad de nuestro trabajo y, por ende, mejorar la accesibilidad a la salud en la comunidad.

ACERCA DE LOS Y LAS AUTORES/AS

Los y las investigadores fueron, por un lado, médicos y médicas residentes de Medicina General del Hospital Nacional “Doctor Baldomero Sommer” junto a parte del equipo de profesionales del servicio de Área Programática de dicho hospital. Se destaca la legitimidad del espacio que se otorga en dicha institución a los y las profesionales para sostener el ámbito de investigación dentro del contexto formativo de la residencia, así como también la resiliencia de la misma, puesto que ha sorteado condiciones no tan favorables en estos últimos años, algunas de público conocimiento y otras no, pero la voluntad, las ganas de aprender y de poner en alto un sistema de residencias en crisis, hace que esta residencia crezca y se nutra de saberes poniendo en valor a la misma y con ello a la institución.

Este trabajo no presenta conflictos de interés entre sus participantes, no contando con asociaciones comerciales de ninguna índole que puedan influenciar el análisis de los datos presentados en el mismo.

Cabe destacar también que, si bien cada integrante que participó en la confección de dicho trabajo puede o no cumplir con las normas corporales actualmente consideradas “hegemónicas”, el objetivo de este análisis resulta independiente de esta concepción y se centra en el marco del ejercicio de la atención primaria, grupo al cual sí pertenecen dichas personas.

IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo surge en un contexto que está atravesado por dos elementos. Por un lado, la experiencia de presenciar en diversos espacios de atención médica, gordofobia naturalizada por parte de los/as médicos/as hacia las personas gordas, el cual se manifiesta de disímiles formas y en variadas magnitudes.

La gordofobia es causante de la exclusión del sistema de salud de toda persona gorda que haya sufrido discriminación de esta índole. Y, por otro lado, estamos en tiempos en los que, en Argentina, el activismo gordo se encuentra cobrando cada vez más fuerza. Este movimiento, que da sus primeros pasos en nuestra región a principios de la segunda década del siglo XXI junto a otros movimientos de diversidad, “expone que existen otros modos de promover la salud para las personas sin recaer en prejuicios sesgados centrados en el peso ¹.

Sabemos que, como médicos/as generalistas, somos los y las responsables, en el primer nivel de atención, de abordar a la salud de manera integral y “cuando hablamos de

salud integral, implica poner el foco en cómo lo social y afectivo inciden, tanto como lo físico, en nuestra calidad de vida”.¹

“El efecto del discurso gordofóbico se traduce en consecuencias que van desde alentar el desarrollo de trastornos de salud como la depresión, la anorexia o la bulimia, hasta favorecer la reproducción de estereotipos de género relacionados con la cosificación de las mujeres y la reducción de los cuerpos a objetos de valoración y consumo, cuando no acaba siendo expresado en el ejercicio de un acto discriminatorio e incluso un acto de violencia gordo-odiante.”³

Sobre la base de este contexto tan diverso, es que decidimos indagar sobre la perspectiva en cuanto a este tipo de discriminación, de médicos y médicas que trabajan en el Primer Nivel de Atención (PNA) dentro de la Provincia de Buenos Aires (PBA) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), teniendo en cuenta su historicidad y contexto histórico, y cómo dicha actitud replica en sus prácticas profesionales.

OBJETIVO GENERAL

- Observar y analizar la idiosincrasia de los médicos y médicas del Primer Nivel de Atención (PNA) dentro de la demografía de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Provincia de Buenos Aires (PBA) en cuanto a sus prácticas y percepciones personales hacia los cuerpos gordos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir la sensibilidad de los médicos y médicas frente a la temática planteada.
- Identificar las apreciaciones personales de los/as médicos/as del PNA contextualizando su historicidad y como individuos partícipes de la sociedad.
- Analizar las percepciones de los/as médicos/as sobre el estigma del peso dentro del ámbito de la práctica médica.
- Realizar un análisis que permita relacionar estas prácticas profesionales de los/as médicos/as que se desempeñan en el PNA de PBA y CABA con las apreciaciones personales.
- Ampliar la visión y conocimiento de los autores de este trabajo sobre estos interrogantes planteados anteriormente.

MARCO TEORICO

- **DISCRIMINACIÓN**

La cultura y la sociedad moderna que habitamos, urbana, de consumo, utilitarista y materialista, encuentra nuestros cuerpos sumergidos y regidos por normas hegemónicas. Nos referimos a *estándares que se nos aparecen como modos ideales a los que debemos tender necesariamente para ser valorados socialmente. Es decir, la forma en la que nuestros cuerpos, identidades y orientaciones sexuales, son expresadas, serán más o menos valoradas en referencia a la relación que tengan con ese modelo.*¹

En esta realidad, aquellos cuerpos que se separan de esa línea imaginaria, inalcanzable y naturalizada, que impone un deber ser estético, quedan depositados a las sombras del desprecio y rechazo. A todo rasgo diverso se lo condena a la marginación, sufrimiento y vulneración de derechos.

Según el Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y Racismo (INADI), *discriminar es negar o restringir derechos a las personas, para lo cual se utilizan pretextos de diferente índole. Pero, en verdad, la discriminación no se produce a causa de ninguna característica que pueda tener la persona discriminada, sino que surge de la mirada de quien discrimina. El acto discriminatorio supone entonces la interacción de, por lo menos, dos elementos: en primer lugar la vulneración de derechos y, en segundo lugar, el pretexto que opera como justificación, en base a prejuicios y estereotipos. Los prejuicios y estereotipos funcionan como justificación social de la conducta discriminatoria.*³

En nuestro país, existe la Ley N° 23.592, Actos Discriminatorios, la cual Establece a los actos discriminatorios como delitos, basándose en el artículo 16 de la Constitución Nacional, determinando que comete acto discriminatorio quien restrinja o menoscabe las bases igualitarias expresas en dicha Constitución. Considera particularmente “los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos.”

En el año 2021, se presentó un proyecto de ley nacional: Capacitación obligatoria de efectores de salud para garantizar el derecho a la salud integral de las personas gordas, donde se busca abordar la problemática y se fundamenta en el marco legal ya existente, en las sanciones regionales e internacionales a todo acto discriminatorio.^{4,5,6,7}

- **DISCRIMINACIÓN A CUERPOS GORDOS**

“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. Es en este hecho en el que radica su urgencia de abordaje. A veces mencionada como sobrepeso u obesidad, la gordura es motivo de un estigma social que atraviesa de modo determinante y transversal a todos los segmentos etarios y socioeconómicos de la población, y afecta en mayor medida a las mujeres, personas LGBTQ+, afrodescendientes, indígenas, migrantes y demás personas racializadas. Nos referimos entonces a la gordofobia, para precisar y describir todas aquellas prácticas, discursos y acciones que burlan, marginan, estereotipan, prejuzgan, rechazan e implican la obstaculización o vulneración de los derechos de las personas bajo el pretexto de la gordura” ^{8,9}

La gordofobia, por sus raíces en estereotipos negativos, puede conducir a formas abiertas de tratamiento injusto como la segregación laboral, educativa o de la atención sanitaria, el deterioro en las relaciones interpersonales y el estigma en los medios de comunicación, con la consecuente privación de los derechos básicos a las personas afectadas. Estas personas son vulnerables al estigma social y al estrés crónico que les genera la ansiedad de anticipación ante reacciones potencialmente hostiles. Por otro lado, el proceso de internalización de los estereotipos de peso negativos y el consecuente autodesprecio es conocido como la internalización del estigma de la obesidad. ⁸

Según El Mapa Nacional de la Discriminación, realizado por el INADI en el año 2019, al indagar sobre Percepciones sociales, se encuestó sobre la percepción del nivel de discriminación hacia grupos históricamente vulnerados, y ubicó en primer lugar la discriminación a personas gordas. Otro dato que nos compete es que, al encuestar sobre experiencias de discriminación, las personas que declararon haber sufrido discriminación, e indagar sobre tipos de discriminación experimentada, se ubicó la discriminación por cuestiones estéticas en primer lugar (entendiendo a la discriminación sufrida por presentar rasgos que se alejan de lo concebido como belleza hegemónica), y discriminación a personas gordas en segundo lugar.¹⁰ Al presentar en grupos, según tipo de discriminación sufrida, y englobar discriminación por cuestiones estéticas y a personas gordas, en corporalidades diversas, este grupo ocupa el segundo lugar de tipo de discriminación sufrida, luego de racismo estructural.

De los datos observados, se concluye la problemática existente en nuestro país entorno a la discriminación a cuerpos gordos, que no solo afecta a las personas gordas, sino a toda la población en la percepción de sus cuerpos.

- **GORDOFOBIA EN EL SISTEMA DE SALUD**

El ámbito sanitario no es un espacio que se aísla de estas prácticas discriminatorias. En la revisión bibliográfica, encontramos que trabajos tempranos sobre el tema, de principios de este siglo, analizan actitudes discriminatorias y estigmatizantes hacia cuerpos gordos. Se documenta la estigmatización desarrollada en 3 áreas: educación, salud y trabajo.

En relación a los datos recabados en el ámbito sanitario, revela que: las consultas de las personas gordas, generan en los profesionales sentimientos de incomodidad y desgano, y dichos profesionales asocian la gordura a falta de control, descuido y holgazanería. Al analizar el impacto que esto trae en la salud de las personas gordas, esos textos plantean la demora que manifiestan algunas personas en realizar consultas médicas, sintiendo vergüenza por su peso. Como metodología de clasificación se utiliza principalmente el alto Índice de Masa Corporal (IMC) y lo asocia con la reducción de prácticas preventivas, nombrando controles mamarios y ginecológicos, como el screening de Cáncer Cérvico Uterino.^{11,13}

El estigma de peso es particularmente prevalente y perjudicial en el personal sanitario. Este sesgo anti gordura contribuye a que las experiencias (e incluso las expectativas) de un maltrato promuevan la desconfianza en el equipo de salud de las personas con obesidad, la evitación de la atención y un peor vínculo terapéutico.⁸

En lo que a la atención primaria compete, un estudio realizado en EEUU concluyó, mediante una encuesta dirigida a médicos del primer nivel de atención, que estos consideraron a los “problemas de comportamiento”, tales como inactividad física, exceso en la ingesta y dietas ricas en grasas, como principales causantes de obesidad, además mencionaba los prejuicios de los profesionales de la salud respecto a los pacientes con cuerpos gordos que acudían a sus consultas, con más del 50% describiéndolos como torpes, sin atractivo, feos e incumplidores y un pequeño porcentaje se sintió incómodo al revisar al paciente¹⁴. La bibliografía es consistente en mencionar estas características dentro de los grupos de profesionales analizados¹⁵ y en estudios más recientes, también se basan en el IMC y destacan que la gente de mayor peso fue más propensa a reportar casos de discriminación, con ajustes realizados en cuanto a sexo, ingresos y otras características sociales y demográficas, frente a las personas

con IMC fuera de las categorías de obesidad ¹⁶. Otros estudios realizados en Inglaterra, Francia, Australia, Israel, llegan a conclusiones similares, asociando a las personas con alto peso con prejuicios negativos ¹⁷.

También se plantea que la atención a pacientes con alto peso conduce a la desmotivación del profesional tratante, que considera la consulta como pérdida de tiempo y que son pacientes molestos, con menor probabilidad de adherir a la consejería en salud, lo que facilita la falta de preparación/entrenamiento para abordaje de la consulta de personas con alto peso, desencadenando la reducción en el tiempo de la consultas y la calidad de las mismas.

Analiza también la perspectiva de los usuarios, y revela que: los usuarios refieren haber sufrido comentarios negativos, estigmatizantes, malos tratos y falta de empatía por parte de los profesionales. Al analizar este impacto, la existencia de estigmas en relación al peso lleva a la siguiente conclusión: coincide en que las personas gordas demoran o evitan prácticas de screening o controles de salud, consecuencia de situaciones de maltrato, vergüenza, de recibir consejos no solicitados para bajar de peso, falta de equipamiento adecuado. Otros motivos referidos, se asocian a haber ganado peso desde la última visita, no querer ser pesadas o desvestirse en la consulta, o por el hecho de saber que les será indicado bajar de peso.

Por otro lado, el estudio citado, identifica consecuencias psicológicas como: trastornos depresivos, falta de autoestima, insatisfacción con la imagen corporal, y consecuencias físicas como: alteración de las conductas alimentarias, conllevando a aumentos de la ingesta o desencadenamiento de trastornos como bulimia nerviosa, falta de actividad física, y aumentos del riesgo cardiovascular en adolescentes como consecuencia del estrés provocado por situaciones violentas.

En nuestro país, contamos con el informe preliminar del “Relevamiento sobre acceso a la salud de personas gordas”, realizada por la organización social La sublevada-Nuevo Encuentro en el marco de la presentación del proyecto de ley de Capacitación obligatoria de efectores de salud para garantizar el derecho a la salud integral de las personas gordas, presentado por la Diputada Nacional Mónica Macha ⁷, revela que¹⁸:

- 8 de cada 10 de las personas gordas refiere haber vivido situaciones de discriminación en el sistema de salud.

- 69,43% de las personas que participaron del Relevamiento calificaron la atención en salud que reciben de regular a muy mala.

- un 43,46% recibieron un diagnóstico errado sobre su estado de salud.

-7 de cada 10 personas refirió haber recibido comentarios sobre su cuerpo.

Estos datos coinciden con la información aportada por Rubino et al, en *Declaración de consenso conjunta para acabar con el estigma de la obesidad*, que también promueve una serie de propuestas para actualizar los conceptos de los profesionales sobre la población gorda, corregir sus actitudes y sensibilizar sus modos de tratar a estos pacientes para prevenir la discriminación en todos los ámbitos ¹¹

- **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y GORDOFOBIA**

“La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa, mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.” ¹².

Considerando las investigaciones citadas, observamos que los actos de gordofobia, por parte de los médicos del PNA, nos generan contradicciones con los objetivos de la APS, ya que se trata de un enfoque que invita a la comunidad a que se acerque a los centros de salud y viceversa, al mismo tiempo que ejerce este tipo de prácticas discriminatorias, que conllevan a la exclusión de cuerpos gordos del sistema de salud, ignorando sus necesidades, interfiriendo en su accesibilidad y, por tanto, no garantizando salud y bienestar, fundamentales al momento de pensar en APS.

- **ACTIVISMO GORDO**

La problemática de la gordofobia en nuestro país, fue y es visibilizada por el movimiento de activismo gordo. Se trata de un movimiento que lucha contra la opresión, la discriminación y la vulneración de los derechos humanos que sufren las personas gordas. Nació en los EE.UU. en los años setenta y llegó a Argentina en 2011, cuando comenzó a visibilizarse a nivel local y regional, junto con otros activismos de la diversidad corporal, el género y la sexualidad. Desafía al pensamiento hegemónico que considera a la gordura como algo a erradicar, que siempre es patológica y que habla de una persona sin voluntad y desagradable para la sociedad (no solo desde el punto de vista estético, sino por no ser saludable). El activismo gordo busca crear modos de vida más libres y amables mostrando que, a partir de la

discriminación y la vulneración de los derechos humanos de las personas diversas, resulta insuficiente toda la retórica de la diversidad y la inclusión ⁸

Tanto los movimientos de la diversidad corporal como el activismo gordo en nuestro país han expuesto que existen otros modos de promover la salud para las personas sin recaer en prejuicios sesgados centrados en el peso. Incluso el reclamo social que hacen estas comunidades ha implicado la incorporación de problemáticas más amplias donde la justicia social, el trato digno y el acceso de derechos son centrales para promover atención de calidad en todos los ámbitos de la vida. ¹

MATERIALES Y METODOS

PROPUESTA METODOLÓGICA

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal. Con enfoque cuantitativo.

Población

Profesionales médicos/as activos, trabajadores/as del PNA comprendiendo la zona demográfica correspondiente a la PBA y CABA.

Unidad de análisis (UA)

Cada uno de los y las profesionales médicos/as trabajadores/as activos del PNA comprendiendo la zona de PBA Y CABA.

Tipo de muestra

Muestra no probabilística, de tipo intencional. Siguiendo los escritos de Sampieri, la única ventaja de una muestra no probabilística, desde la visión cuantitativa, es su utilidad para el diseño de un estudio que requiere no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema. ²⁰

Criterios de inclusión

Profesionales médicos/as activos, trabajadores/as del PNA, comprendiendo la zona PBA y CABA con acceso a redes sociales.

Criterios de exclusión

Se utilizó un instrumento digital ya predeterminado y selectivo de acuerdo a nuestra unidad de análisis que no permitía el acceso a otra población fuera de las condiciones de inclusión ya descriptas.

Operacionalización de variables

Ver anexo 1.

Instrumento

En primer lugar, debemos destacar que se realizó una revisión extensa de literatura en torno a la temática a estudiar, debatiendo la utilización de alguno de los textos e investigaciones encontradas como fuentes secundarias para la implementación de los materiales y métodos, lo cual se vio limitado en cuanto a la representatividad del contexto socioeconómico y cultural de las poblaciones que analizaban (principalmente norteamericanas y de Europa Occidental) frente a la muestra analizada en este trabajo.

Por ello se confeccionó y utilizó una encuesta (anexo 2) autoadministrada de tres secciones: una con datos filiatorios y profesionales, otra con preguntas relacionadas a las apreciaciones personales que tenía dicha UA respecto a la temática y una última sección donde se cuestionaba específicamente al tema de investigación en el ámbito de la consulta médica. Cabe aclarar que la encuesta se originó en este orden, pero durante la confección final del instrumento se decidió cambiar dicho esquema dejando como último apartado la sección de “apreciaciones personales”, de manera tal que no se vieran influenciadas los/as encuestados/as al responder cada segmento del formulario. Se optó por mantener el anonimato de los y las encuestados/as, por lo que no se recolectaron los datos de contacto ni otros datos sensibles que pudieran identificarlos y se optó por informar a los usuarios/as de la confidencialidad de sus respuestas en la implementación de la herramienta.

Esta encuesta se distribuyó a través de redes sociales en la plataforma online de Google disponible en el formato de formularios de Google Docs, dada a su amplia accesibilidad. La encuesta fue dividida en tres secciones, de las cuales no se podía modificar ni volver a revisar preguntas previas transcurridas las secciones.

La encuesta incluyó un consentimiento informado para los/as usuarios/as que debía responderse al inicio de la misma. En el primer apartado se valoró edad, profesión, lugar de trabajo, género, años de recibido, cargo, condición de residente o no. En el segundo se realizaron preguntas sobre las prácticas, concepciones y opiniones en la atención de las personas gordas (Tabla 1). En la última sección se consultó sobre percepciones personales en dicha temática (Tabla 2).

AMBITO DE CONSULTA MEDICA FRENTE A PERSONAS GORDAS	
Indicación de bajar de peso al paciente	Prescripción de descenso de peso en una persona gorda independientemente del motivo de consulta
Consejería en hábitos saludables	Prescripción de hábitos saludables en una persona gorda independientemente del motivo de consulta
Hábitos más relevantes en el ámbito de la consejería	Hábitos considerados más relevantes en la prescripción de hábitos saludables en una persona gorda independientemente del motivo de consulta
Decisión de pesar a la persona	Indicación de pesar a la persona gorda independientemente del motivo de consulta
Consulta previa a la persona sobre pesarse	Incluir a la persona gorda bajo una toma de decisiones conjunta sobre si accede a pesarse
Aspectos psicosociales	Aspectos psicosociales tenidos en cuenta frente la consulta de una persona gorda
Procedimientos	Imposibilidad de realizar algún procedimiento en la consulta de una persona gorda
Limitación	Motivo de la limitación del procedimiento no realizado frente a la consulta de una persona gorda
Opinión acerca de “la mayoría de los problemas de salud de las personas gordas están relacionados con su peso”	Opinión de dicha frase desde su experiencia profesional
Opinión de “las personas gordas son responsables de su peso”	Opinión de dicha frase desde su experiencia profesional
Factores asociados al peso de las personas gordas	Factores considerados en relación al peso de las personas gordas
Actitud frente a personas gordas	Actitud que representa al profesional médico/a frente a la consulta de una persona gorda
Trato diferencial	Trato diferente frente a las personas gordas
Capacitación	Interés por capacitación en la temática

Tabla 1: Variables del instrumento sección ámbito de consulta médica frente a personas gordas. General Rodríguez 2022.

Fuente: Producción propia

APRECIACIONES PERSONALES EN RELACION A LA TEMATICA	
Palabra gordo/a de forma negativa	Utilización de la palabra gordo/a con connotación negativa
Relación del aumento de peso con el descuido físico	Relacionar el aumento de peso como un descuido físico
Pensar en bajar de peso	Pensamiento sobre bajar de peso en algún momento
Cuestionar su alimentación en función de si engorda	Cuestionarse lo que ingiere en función de si engorda o no
Felicitar a una persona por estar más delgada	Felicitar a las personas por encontrarlas más delgadas
Conversaciones en el ámbito laboral/ familiar sobre modificar el cuerpo	Incluir en las conversaciones familiares o laborales cuestiones relacionadas sobre modificar el cuerpo para verse más delgados

Tabla 2: Variables de instrumento sección apreciaciones personales. General Rodríguez 2022.

Fuente: Producción propia.

Se realizaron preguntas cerradas y solo una de carácter abierta.

En las cerradas las categorías de respuesta fueron definidas a priori por el investigador, y se le mostraron al encuestado, quien debía elegir la opción que describiera más adecuadamente su respuesta.

La principal desventaja de las preguntas cerradas reside en que limitan las respuestas de la muestra y, en ocasiones, ninguna de las categorías describe con exactitud lo que las personas tienen en mente, dado que cada individuo tiene diferentes concepciones y construcciones mentales que le son propias. Eso hace que la redacción de las preguntas exija mayor laboriosidad y un profundo conocimiento del planteamiento por parte del investigador o investigadora ¹⁹.

Algunas de las preguntas contaban con escala de *Likert* en la respuesta, las cuales decidimos codificarlas de manera aditiva, es decir asumiendo dichas afirmaciones en dos direcciones: favorable o positiva o desfavorable o negativa. En esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta. En el caso, de ir al punto neutral o medio se considera que el o la encuestada no posee suficiente información por ende resulta apropiado ignorar tales respuestas cuando se calcula la puntuación total.²⁰

Se realizó en última instancia un ensayo para probar la herramienta y detectar posibles errores de diseño, con profesionales médicos/as y profesionales de salud del servicio en donde desempeñan sus labores los autores del trabajo, pero que no tenían relación con dicha investigación para así detectar errores y realizar las correcciones pertinentes. Luego, se procedió a tomar decisiones en función de dichos ajustes para la confección final del instrumento y su proceso de difusión.

En el marco de la difusión, se compartió a los contactos permitiendo a su vez la replicación del mismo.

Una vez cerrada la encuesta, se procedió a la recopilación y ordenamiento de los resultados para el análisis.

Se realizó un *análisis descriptivo de los datos de cada una de las variables* establecidas junto a un *análisis estadístico* a través de software informático, que incluyó el procesamiento de los resultados, mediante hojas de cálculo basados en la Suite Ofimática de Microsoft, se generaron tablas dinámicas que permitieron entrecruzar datos de las diferentes secciones en busca de más hallazgos vinculantes.

Finalmente se ensayó un análisis estadístico inferencial con la hipótesis original.

RESULTADOS

De las 73 encuestas realizadas se observa que la mayoría, 56, 2%, de los y las profesionales que respondieron están en un rango etario de 30-39 años. El 80, 8% respondió que trabaja en la PBA y el 71,2% de las y los encuestados son médicos/as generalistas y/o de

familia. El 63% se identifica como ya formados/as y el 76,7% fueron mujeres. Estos resultados coinciden con a quién iba dirigida la encuesta y con la feminización de la profesión.

Consideraciones éticas: el 100% de los y las encuestadas aceptaron el consentimiento informado para el uso y análisis de los resultados.

En la sección *ámbito de consulta médica frente a personas gordas* se obtuvieron los siguientes resultados:

El 49,3% de los y las encuestadas *indicaron bajar de peso al usuario/a independiente de su motivo de consulta*. Gráfico 1.

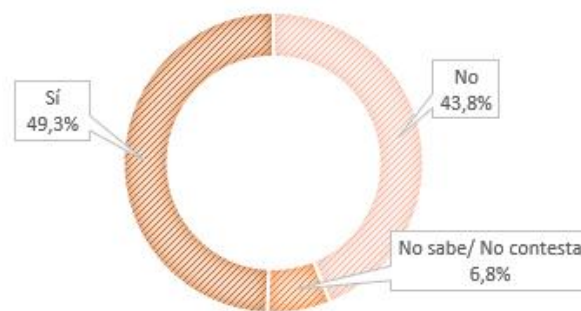


Gráfico 1: Porcentaje de respuestas sobre la pregunta: *Indica bajar de peso al o la usuaria independientemente del motivo de consulta*. n:73. General Rodríguez. 2022.

Fuente: Producción propia.

El 67,1% respondió que *decide pesar al usuario o usuaria independientemente del motivo de consulta*.

De los y las profesionales que afirmaron pesar al paciente independientemente el motivo de consulta, el 30,6% indicó que *no le consulta al usuario y/o usuaria si desea pesarse*. Teniendo en cuenta la concepción del paciente como ser autónomo; la decisión sobre las prácticas sobre su cuerpo, debería ser bajo una toma de decisión conjunta (Ley de derechos del paciente 26.529, Art 2).²

Siendo así cualquier resultado en esta pregunta nos parece interesante de mostrar.

Gráfico 2.

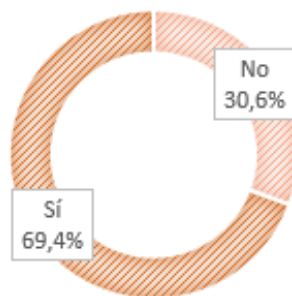


Gráfico 2: Porcentaje de respuestas sobre la pregunta *le consulta al usuario y/o usuaria si desea pesarse*. n:49. General Rodríguez, 2022

Fuente: Producción propia

En la pregunta si se vieron imposibilitados de realizar alguna práctica o procedimiento en la consulta médica el 46,6% de los y las encuestados/as respondió de manera afirmativa.

El 23,2% consideró de manera total o parcial que *la mayoría de los problemas de salud de las personas gordas se relacionan con su peso*. Gráfico 3

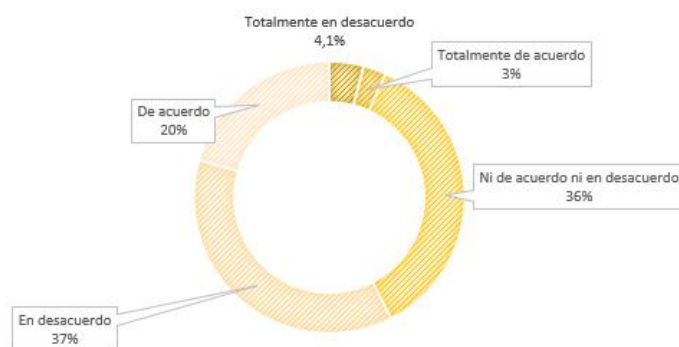


Gráfico 3: Porcentaje de respuestas ante la pregunta ¿Qué opina de la siguiente frase: "La mayoría de los problemas de salud de las personas gordas están relacionados con su peso"? n:73. General Rodríguez 2022.

Fuente: Producción propia

El 61,6 % está en desacuerdo y en total desacuerdo con que *las personas gordas son responsables de su peso*.

En la pregunta sobre *factores relacionados principalmente con el peso de las personas* 20 (27,4%) encuestados/as considera el *factor socioeconómico* como principal factor, seguido de 15 personas (20,5%) que indicaron *falta de educación alimentaria*. Tanto sedentarismo como factores psicológicos constituyen el tercer lugar ambos con 9 (12, 3%) respuestas cada uno. Gráfico 4.

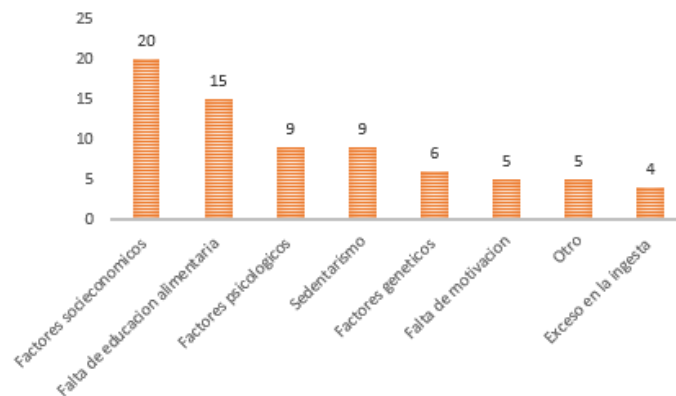
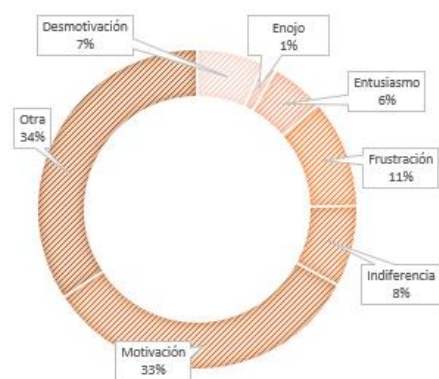


Gráfico 4: Cantidad de respuestas ante la pregunta: ¿Con cuál de los siguientes factores cree usted que está relacionado, principalmente, el peso en las personas gordas? n:73. General Rodrigue 2022.

Fuente: Producción propia.

El 27,4 % de los y las encuestados/as se encuentran representadas por sentimientos negativos frente a la consulta de una persona gorda como desmotivación, frustración, enojo e indiferencia. Gráfico 5



Fuente: Producción propia.

Casi la totalidad de los encuestados, 91,8 % desea recibir capacitación en la atención

Gráfico 5: Porcentajes de respuestas ante la pregunta ¿Qué actitud cree usted que lo representa, en mayor medida, frente a la consulta de una persona gorda? n: 73. General Rodríguez. 2022.

integral de la salud en personas gordas.

La última parte de la encuesta *apreciaciones personales en relación a la temática*, arrojo los siguientes resultados: 61,6% refirió haber utilizado la palabra gordo/a/e con connotación negativa/despectiva hacia sí mismos y/o a otras personas, el 78,1% asumió el aumento de peso como un descuido físico, el 84,9% pensó alguna vez, en bajar de peso, el 78,1%, se cuestionó lo que come en función de si engorda o no, el 67,1% alguna vez felicitó a una persona por encontrarla más delgada y el 74% en el ambiente familiar/laboral tuvo conversaciones sobre modificar el cuerpo para volverse más delgado.

LIMITANTE:

Cabe aclarar que en la confección de la encuesta respecto a la pregunta si, *pesa al paciente en la consulta médica* no fue tenido en cuenta que dentro de nuestra UA había médicos cuya población en el ámbito de la consulta incluye niños, por lo cual en relación a las prácticas pediátricas la toma de peso es indispensable para el control de salud y dosificación de tratamientos. Al momento de la discusión se tuvo en cuenta esta limitante para ejecutar el análisis.

DISCUSION Y ANALISIS:

A partir de los resultados obtenidos de la base de datos utilizada de la plataforma online de Google Docs distribuida en la UA mediante redes sociales, se procesó la información, obteniendo, a saber:

-Dentro del grupo de quienes no pudieron realizar alguna práctica o procedimiento, la gran mayoría refirió verse imposibilitado de: realizar toma de tensión arterial, toma de citología cervical y medición de peso, por falta de materiales adecuados para cuerpos gordos. Se trata de prácticas fundamentales en la atención primaria de la salud y prácticas preventivas.

Esto también se ve reflejado en bibliografía consultada que indica que la falta de equipos dedicados puede verse como una discriminación limitada en este caso por el sistema de salud.

-El 15,3% refiere pesar al consultante, independientemente del motivo de consulta, a pesar de que no considere que la mayoría de los problemas de salud de las personas gordas están relacionados con su peso. Observamos la contradicción en esta práctica dado el perfil del ámbito donde nos desempeñamos, donde se busca sólo realizar aquellos procedimientos que sean indispensables para garantizar la salud del paciente. Además, queda evidenciada la costumbre pesocentrista de nuestra práctica.

-De las 67 personas que afirman no ejercer un trato diferencial entre personas gordas y no gordas, 19 (28,4%) manifiestan que tienen sentimientos negativos en la consulta de la persona gorda como frustración, indiferencia, desmotivación y enojó. A partir de esto, inferimos que involuntariamente estos sentimientos serían transferidos a la consulta médica, de forma inconsciente.

-Del total de los encuestados que indicaron bajar de peso al usuario independiente del motivo de consulta, el 33,3 % no considera que la mayoría de los problemas de salud de

las personas gordas están relacionados con su peso. Esto dejaría en evidencia la falta de cuestionamiento de nuestras prácticas, y la búsqueda de responder a cánones de belleza establecidos por la internalización de estigmas que sesga las recomendaciones que damos como agentes sanitarios. No debemos olvidar que en el concepto de salud de la OMS, está incluida la salud mental, y pesar a la persona puede influir negativamente.

-Del total de encuestados que consideran que las personas no son responsables de su peso, el 15,5 % marco: sedentarismo, exceso de ingesta y falta de motivación como factores relacionados con el peso de la persona, otorgándole un carácter de responsabilidad de manera indirecta, replicando lo que destacaron otros estudios. ¹⁴

-Más de un 60% de los encuestados han utilizado la palabra gordo/a/e con connotación negativa/despectiva hacia sí mismo y/o a otra persona. Esto demostraría que los estándares de belleza están internalizados en el personal médico, condicionando la relación médico-paciente, confirmando que el ámbito sanitario no está exento de prácticas discriminatorias.

-El 61% de las personas que están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la frase: *“las personas gordas son responsables de su peso”* afirmaron que alguna vez asumieron al aumento de peso como un descuido físico en la sección de la encuesta de autopercepción. Dada esta contradicción en las respuestas se podría inferir que existiría una mayor exigencia personal frente a una visión más benevolente hacia las personas consultantes.

-El 87,7% de las personas que consideró al aumento de peso como descuido físico afirmó que pensó en bajar de peso alguna vez. Esto podría deberse a que el personal de salud no estaría exento de buscar responder a los cánones de belleza establecidos en nuestra sociedad y de la creencia popular del cuerpo flaco como sinónimo de salud.

-Este concepto se vería reforzado al observar que el 67,1% de los encuestados felicitó alguna vez a una persona por estar más delgada, el 74% tuvo alguna vez una conversación en el ambiente laboral / familiar sobre modificar el cuerpo para verse más delgado y el 78,1 % se cuestionó lo que come en función de si engorda o no, considerando que la elección de la alimentación no está basada en su componente nutricional y si en su valor calórico.

CONCLUSION

Los datos analizados infieren que la mayoría de los encuestados/as han estado, en alguna oportunidad, atravesados de manera personal por una situación donde han

prevalecido los estereotipos y cánones de belleza en su relación con las personas gordas. Pero, de manera esperanzadora, observamos que quizás dicha experiencia personal no interpela en el ámbito de la consulta médica delimitando de manera negativa la práctica profesional en nuestra UA.

De todos modos, encontramos muchas contradicciones entre las secciones en que se agruparon las preguntas de la encuesta, lo cual nos marca que queda aún mucho recorrido a investigar en relación a la temática propuesta.

Como mención especial, se destaca el grado de responsabilidad que se le otorga al paciente en relación a su cuerpo y cómo eso se identifica con una conducta netamente biologicista, sin tener en cuenta otros determinantes de la salud y otra forma de concebir la salud.

De todo este análisis se puede concluir que cuando, como médicos, como seres humanos, imperfectos, indicamos alguna práctica en el ámbito de la consulta, siempre en pos de la salud, podemos dañar a la misma salud, al dejar de lado la perspectiva integral, que no debemos pasar por alto, más allá del grado de intencionalidad que tengamos.

Las consecuencias de estos estigmas en la consulta, condujeron y conducen al cese de búsqueda de atención por parte de personas con cuerpos gordos, en clara contradicción con el fin último del profesional médico. Es por eso que decimos, y nos interrogamos, sin afirmarlo, que en pos de la salud, dañamos la salud.

PROPUESTAS

- Promover la capacitación en el abordaje de atención de personas con cuerpos gordos de forma universal, tanto para trabajadores de la salud en general (incluye médicas/os, enfermeras/os, psicólogas/os, licenciadas/os en nutrición, trabajadoras/es sociales), como estudiantes de pregrado y posgrado.
- Seguir fomentando dentro del marco de la ESI (educación sexual integral) conceptos claves como: naturalizar la diversidad corporal o la no discriminación de cuerpos diversos.
- Equipar a los centros de atención primaria de insumos que se adecuen a los cuerpos gordos, por ejemplo: tensiómetros, balanzas, camillas, espejos, camisolines.
- Facilitar a la población que asiste a cada centro de salud, los canales de denuncia del INADI, a los cuales acudir ante un acto de discriminación.

- Incentivar a la población que asiste a cada centro de salud, a realizar la denuncia pertinente ante un acto de discriminación, sea quien sea la persona discriminadora.
- Generar espacios de debate y sensibilización, con referentes del activismo gordo, que enriquezcan los saberes de los/las profesionales de salud
- Continuar la línea investigativa en otras disciplinas relacionadas a la salud desde un abordaje cuali-cuantitativo.

“La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear condiciones donde las personas puedan desarrollarse completamente” Floreal Ferrara ²¹

Bibliografía

1. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires. Cuadernillo de sensibilización sobre temáticas de diversidad corporal gorda; 2022.
2. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Ley Nacional Número 26.529/2009. Artículo 2. Boletín Oficial 31785. (20/11/2009).
3. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo INADI. Discursos discriminatorios y gordofobia. Portal oficial del Estado Argentino; 2020.
4. Actos discriminatorios. Ley Nacional Número 23.592/1988. Boletín Oficial 26458. (05/09/1988).
5. Constitución Nacional de Argentina. Ley Número 24.430/1995. Promulgada el 10 enero de 1995.
6. Convención Interamericana Contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia. Organización de Estados Americanos; 2013.
7. Macha, M.; López J.; Montoto, M. et al. (2021). Proyecto de Ley: Capacitación obligatoria de efectores de salud para garantizar el derecho a la salud integral de las personas gordas. Expediente 4612-D-2021. 26/11/2021.
8. Moran, C.; Terrasa, S. El estigma de la obesidad. In Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria (Vol. 25, Issue 3, p. e007033). Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2022.
9. Mancuso, L.; Longhi, B.; Pérez, M. et al. Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. Revista Inclusive, Año 2, Número 4; 2021. p12-16.

10. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo INADI. Mapa Nacional de la Discriminación 2019. Tercera Edición. Portal oficial del Estado Argentino; 2022.
11. Rubino, F.; Puhl, R.; Cummings, D. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. En *Nature Medicine*; 2020. Vol. 26, Issue 4, pp. 485–497. Springer Science and Business Media LLC.
12. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals; 2018. World Health Organization.
13. Puhl, R.; Brownell, K. Bias, Discrimination, and Obesity; 2001. *Obesity Research*, 9: 788-805.
14. Foster, G.; Wadden, T.; Makris, A. et al. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment; 2003. En *Obesity Research* (Vol. 11, Issue 10, pp. 1168–1177).
15. Hebl, M.; Xu, J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient; 2001. En *International Journal of Obesity* (Vol. 25, Issue 8, pp. 1246–1252). Springer Science and Business Media LLC.
16. Gupta, N.; Bombak, A.; Foroughi, I. et al. Evidence-based recommendations to assist adults with depression to become lifelong movers; 2020. En *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* (Vol. 40, Issue 11/12, pp. 329–335). Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch (HPCDP) Public Health Agency of Canada.
17. Puhl, R.; Heuer, C. The Stigma of Obesity: A Review and Update; 2009. En *Obesity* (Vol. 17, Issue 5, pp. 941–964).
18. La Sublevada. Nuevo Encuentro CABA. Informe preliminar sobre acceso a la salud de personas gordas en Argentina; 2022.
19. Vinuesa, L. La encuesta. Observación extensiva de la realidad social; 2005. *Investigar en comunicación* (pp. 177-206). McGraw Hill.
20. Sampieri, R.; Collado, C.; Lucio, P.; Valencia, S. et al. Metodología de la investigación; 2014. McGraw-Hill Education.
21. FLACSO. Determinantes sociales de la salud. El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales; 2011. pp. 17-69.

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	CARACTERISTICAS	DESCRIPCION
DATOS FILIATORIOS Y PROFESIONALES			
Edad	Cuantitativa discreta	Edad expresada de acuerdo a rangos etarios	20-29 años 30-39 años 40-49 años Mayor de 50
Lugar de trabajo	Cuantitativa nominal	Lugar expresado según localización geográfica	CABA PBA
Especialidad	Cuantitativa nominal	Especialidades médicas dentro del PNA	Medicina general Ginecología Pediatria Clínica medica Otra
Condición de residente	Cuantitativa nominal	Residente activo	Si No
Genero	Cuantitativa nominal	Genero con el cual se identifica	Femenino Masculino Otro
APRECIACIONES PERSONALES EN RELACION A LA TEMATICA			
Palabra gordo/a de forma negativa	Cuantitativa nominal	Utilización de la palabra gordo/a con connotación negativa	Si No No sabe/ no contesta
Relación del aumento de peso con el descuido físico	Cuantitativa nominal	Relacionar el aumento de peso como un descuido físico	Si No No sabe/ no contesta
Pensar en bajar de peso	Cuantitativa nominal	Pensamiento sobre bajar de peso en algún momento	Si No No sabe/ no contesta
Cuestionar su alimentación en función de si engorda	Cuantitativa nominal	Cuestionarse lo que ingiere en función de si engorda o no	Si No No sabe/ no contesta
Felicitar a una persona por estar más delgada	Cuantitativa nominal	Felicitar a las personas por encontrarlas mas delgadas	Si No No sabe/ no contesta
Conversaciones en el ámbito laboral/ familiar sobre modificar el cuerpo	Cuantitativa nominal	Incluir en las conversaciones familiares o laborales cuestiones relacionadas sobre modificar el cuerpo para verse más delgados	Si No No sabe/ no contesta
AMBITO DE CONSULTA MEDICA FRENTE A PERSONAS GORDAS			
Indicación de bajar de peso al paciente	Cuantitativa nominal	Prescripción de descenso de peso en	Si No

		una persona gorda independientemente del motivo de consulta	No sabe/no contesta
Consejería en hábitos saludables	Cuantitativa nominal	Prescripción de hábitos saludables en una persona gorda independientemente del motivo de consulta	Si No No sabe/no contesta
Hábitos más relevantes en el ámbito de la consejería	Cuantitativa nominal	Hábitos considerados más relevantes en la prescripción de hábitos saludables en una persona gorda independientemente del motivo de consulta	-Dieta variada -Dieta hipocalórica -Actividad física, ejercicio -Actividad física, no ejercicio -Consejo anti tabáquico -Disminución consumo alcohol -No sabe/ no contesta
Decisión de pesar a la persona	Cuantitativa nominal	Indicación de pesar a la persona gorda independientemente del motivo de consulta	Si No No sabe/no contesta
Consulta previa a la persona sobre pesarse	Cuantitativa nominal	Incluir a la persona gorda bajo una toma de decisiones conjunta sobre si accede a pesarse	Si No No sabe/no contesta
Aspectos psicosociales	Cuantitativa nominal	Aspectos psicosociales tenidos en cuenta frente la consulta de una persona gorda	-imagen corporal -red de sostén/vínculos -condiciones socioeconómicas -salud sexual -actividad académica/ laboral -ninguno -otro
Procedimientos	Cuantitativa nominal	Imposibilidad de realizar algún procedimiento en la consulta de una persona gorda	Si No No sabe/no contesta
Limitación	Cualitativa nominal	Motivo de la limitación del procedimiento no realizado frente a la	Abierta

		consulta de una persona gorda	
Opinión acerca de “la mayoría de los problemas de salud de las personas gordas están relacionados con su peso”	Cuantitativa nominal	Opinión de dicha frase desde su experiencia profesional	-Totalmente de acuerdo -De acuerdo -Ni acuerdo/desacuerdo -En desacuerdo -Totalmente en desacuerdo
Opinión de “las personas gordas son responsables de su peso”	Cuantitativa nominal	Opinión de dicha frase desde su experiencia profesional	-Totalmente de acuerdo -De acuerdo -Ni acuerdo/desacuerdo -En desacuerdo -Totalmente en desacuerdo
Factores asociados al peso de las personas gordas	Cuantitativa nominal	Factores considerados en relación al peso de las personas gordas	-exceso en la ingesta -sedentarismo -falta de educación alimentaria -factores genéticos -factores socioeconómicos -falta de motivación -factores psicológicos
Actitud frente a personas gordas	Cuantitativa nominal	Actitud que representa al profesional médico/a frente a la consulta de una persona gorda	-desmotivación -frustración -enojo -indiferencia -motivación -entusiasmo -otra
Trato diferencial	Cuantitativa nominal	Trato diferente frente a las personas gordas	Si No No sabe/ no contesta
Capacitación	Cuantitativa nominal	Interés por capacitación en la temática	Si No No sabe/ no contesta

ANEXO 2:

25/10/22, 10:54

Encuesta sobre la percepción que tienen los/as/es profesionales médicos/as/es hacia las personas gordas en sus prácticas cotid...

Encuesta sobre la percepción que tienen los/as/es profesionales médicos/as/es hacia las personas gordas en sus prácticas cotidianas dentro del Primer Nivel de Atención (PNA) en la Provincia de Buenos Aires y C.A.B.A

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La presente es una encuesta anónima.

Su participación es totalmente voluntaria, pudiendo aceptar o rechazar el presente documento.

El uso de datos para fines científicos no le significara ningún tipo de retribución económica.

Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y podrán ser presentados en

reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato de los/as/es participantes.

Si tiene alguna consulta, puede acercarse al Área Programática del Hospital Nacional Dr.

Balduino Sommer o comunicarse con: areasommer@gmail.com

***Obligatorio**

1. Acepto los términos del consentimiento informado *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

2. Edad: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 20-29 años
- ☐ 30-39 años
- ☐ 40-49 años
- ☐ Mayor de 50 años

3. Lugar de trabajo: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ C.A.B.A
- ☐ Provincia de Buenos Aires

4. Especialidad: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Medicina General y/o Familiar
- ☐ Pediatría
- ☐ Ginecología
- ☐ Clínica Médica
- ☐ Otra
- ☐ Ninguna

5. ¿Es usted residente? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No

6. Género: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Femenino
☐ Masculino
☐ Otro

Sección
sin
título

La presente encuesta se enmarca en un trabajo de investigación con el objeto de aproximarnos a la percepción que tienen los/as/es profesionales de la salud hacia las personas gordas en sus prácticas cotidianas dentro del Primer Nivel de Atención en la Provincia de Buenos Aires y C.A.B.A. Agradecemos responder las siguientes preguntas:

En la consulta médica de una persona gorda, independientemente del motivo de consulta:

7. ¿Usted le indica bajar de peso? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe/ No contesta

8. ¿Usted le realiza una consejería en hábitos saludables? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe/ No contesta

9. Si la respuesta anterior fue afirmativa, marque hasta 2 hábitos que considere ^{*} relevantes realizar en dicha consejería:

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Dieta variada
- ☐ Dieta hipocalórica
- ☐ Actividad física (ejercicio)
- ☐ Actividad física (no ejercicio): limpiar la casa, subir escaleras
- ☐ Consejo antitabáquico
- ☐ Disminuir consumo de alcohol
- ☐ No sabe/No contesta
- ☐ Otro

10. ¿Usted decide pesar a la persona? ^{*}

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

11. Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Usted le consulta previamente a la persona si desea hacerlo?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

12. **¿Qué aspectos psicosociales tiene en cuenta en la consulta de una persona gorda? Puede marcar más de una opción ***

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Imagen corporal
- ☐ Red de sostén/Vínculos
- ☐ Condiciones socioeconómicas
- ☐ Salud sexual
- ☐ Actividad académica/laboral
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro

13. **En la consulta médica de una persona gorda ¿Usted se vio imposibilitado de realizar alguna práctica o procedimiento? ***

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

14. **Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Cuál fue el motivo?**

15. Desde su experiencia ¿Qué opina de la siguiente frase: "La mayoría de los problemas de salud de las personas gordas están relacionados con su peso"? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

16. Desde su experiencia ¿Qué opina de la siguiente afirmación: "Las personas gordas son responsables de su peso"? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

17. **Según su experiencia ¿Con cuál de los siguientes factores cree usted que está relacionado, principalmente, el peso en las personas gordas? (Marque una sola opción)** *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Exceso en la ingesta
- ☐ Sedentarismo
- ☐ Falta de educación alimentaria
- ☐ Factores genéticos
- ☐ Factores socioeconómicos
- ☐ Falta de motivación para modificar hábitos
- ☐ Factores psicológicos
- ☐ Otro

18. **En su experiencia ¿Qué actitud cree usted que lo representa, en mayor medida, frente a la consulta de una persona gorda?** *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Desmotivación
- ☐ Frustración
- ☐ Enojo
- ☐ Indiferencia
- ☐ Motivación
- ☐ Entusiasmo
- ☐ Otra

19. En su experiencia ¿Considera que tiene un trato diferente entre las personas gordas y no gordas? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

20. ¿Le interesaría recibir capacitación en atención integral de la salud en personas gordas? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

Apreciaciones Personales

21. ¿Has utilizado la palabra gordo/a/e con connotación negativa/despectiva hacia vos mismo y/o a otra persona? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe/No contesta

22. ¿Asumió alguna vez el aumento de peso como un descuido físico? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

23. ¿Pensó alguna vez en bajar de peso? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

24. ¿Se cuestionó lo que come en función de si engorda o no? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

25. ¿Alguna vez felicitó a una persona por estar mas delgada? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

26. **En el ambiente familiar/laboral ¿Tuvo alguna vez una conversación sobre modificar el cuerpo para volverse mas delgado?** *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/No contesta

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios