Informe HASPO

Humanización de la atención sociosanitaria a la persona que vive con **obesidad**

Con la colaboración de:

FUNDACIÓN HUMANS

novo nordisk®

Entrar

Composición de los comités de trabajo

Miembros del comité coordinador

- **Fernando Fernández Aranda.** Especialista en psicología clínica y director de la Unidad de Trastornos Alimentarios en el Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Catedrático, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona. IP Ciber Fisiopatología de la Obesidad y de la Nutrición (CIBERobn), Instituto de Salud Carlos III.
- **Ana Zugasti Murillo.** Especialista en endocrinología y nutrición y jefa de Sección de Nutrición Clínica en el Hospital Universitario de Navarra. Exvocal de comunicación de la Junta Directiva y miembro del Comité Gestor del Área de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).
- **Julio Zarco Rodríguez.** Presidente de la Fundación Humans y director gerente del Hospital Infantil Universtiario Niño Jesús.

Miembros del comité de expertos (vertiente sanitaria)

- **Ángeles Beatriz Álvarez Hermida.** Enfermera especialista familiar y comunitaria en el Centro de Salud Goya de Madrid.
- **Juana Carretero Gómez.** Especialista en medicina interna en el Hospital Universitario de Badajoz. Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
- **Jesús Carlos Gómez.** Farmacéutico comunitario y nutricionista. Presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos y Nutricionistas Comunitarios (SEFYNC).
- **Albert Lecube Torelló.** Especialista en endocrinología y nutrición en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Vicepresidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).
- **Violeta Moizé Arcone.** Especialista en nutrición y dietética en el Hospital Clínic de Barcelona. Presidenta de la Sociedad Española de Dietistas y Nutricionistas (SEDYN).
- **Gilberto Pérez López.** Especialista en endocrinología y pediatría en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Coordinador del grupo de trabajo de obesidad infantil y en la adolescencia de la SEEDO.
- **Carlos Piñeiro Díaz.** Especialista en medicina de familia y comunitaria en el Centro de Salud de Narón.

Miembros del comité de expertos (vertiente psicosocial y educativa)

- **Laia Asso Ministral*.** Especialista en pediatría y en dietética y nutrición.
- **Javier Butragueño Revenga.** Doctor en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Coordinador del Grupo de Ejercicio y Obesidad de SEEDO.
- **Santiago Felipe Gómez Santos.** Psicólogo, especialista en epidemiología, salud pública y salud comunitaria. Director global de Investigación y Programas de la Gasol Foundation y miembro del grupo 30 del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
- **Susana Jiménez Murcia.** Especialista en psicología clínica y coordinadora de la Unidad de Juego Patológico y Adicciones Comportamentales en el Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Profesora agregada, Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Co-IP Ciber Fisiopatología de la Obesidad y de la Nutrición, CIBERobn, Instituto de Salud Carlos III.
- **Laura Morro Fernández.** Trabajadora social del Hospital del Mar-Parc Salut Mar de Barcelona.
- **Federico Luis Moya.** Paciente Experto. Director ejecutivo de Abhispalis Nacional. Miembro de la Junta Directiva y representante de España en la ECPO (European Coalition for People living with Obesity) y miembro de OPEN-ESPAÑA (Obesity Policy Engagement Network).
- **Eduardo Valenciano Mendoza.** Sociólogo y psicólogo sanitario. Colaborador del grupo Psiconeurobiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas Adictivas del Hospital Universitario de Bellvitge-HUB/IDIBELL.

Miembros del comité institucional

- **María Ángeles Gómez Mateos.** Jefa del Área de Coordinación de Proyectos de Humanización. Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- **Jon Guajardo Remacha.** Director gerente de la OSI Barrualde-Galdakao. Vicepresidente segundo de SEDISA.
- **José Luis Trillo Mata.** Responsable del servicio de Farmacia de Área de Salud del Departamento Clínico Malvarrosa de Valencia. Exdirector general de Farmacia de la Consejería de Sanidad de Valencia.

*Al tratarse de un alto cargo, el régimen de incompatibilidades no ha permitido la total participación en el proyecto, renunciando a su participación tras el nombramiento una vez iniciado el proyecto.

Equipo consultor:

Edryx Healthcare

- **Gemma Bruna i Sales.** Consultora en comunicación de la salud y redactora médica.
- **Jana Fàbregas i Verdaguer.** Responsable de proyectos de humanización y gestión sanitaria.
- **Xavier Oleart Martínez.** Director de proyectos y estrategia.
- **Guillermo Pascual Marquina.** Responsable de proyectos de innovación y gestor de proyectos.

Con la colaboración de Novo Nordisk Pharma S.A.. El contenido de la obra refleja las opiniones y conclusiones de los autores, las cuales pueden no coincidir necesariamente con las de Novo Nordisk Pharma S.A.

Índice

Prólogo 6

1. Presentación 9

2. Objetivos 10

3. Metodología 11

4. Situación de la obesidad 14

5. Mapa de propuestas e iniciativas de mejora 40

6. Conclusiones 92

7. Epílogo 93

8. Bibliografía 96

Prólogo

En la actualidad parece claro que vivir con obesidad significa padecer una enfermedad crónica multifactorial que ocasiona una alta morbimortalidad y un gran rechazo social. Pero esta situación que describimos aún no se ha interiorizado por parte de muchos profesionales sociosanitarios y la sociedad en general. Seguimos hablando de tener obesidad o del paciente obeso tratando de cosificar una importante patología y banalizando su importancia y trascendencia. Hasta no hace mucho tiempo y en algunas regiones, culturas y países, presentar obesidad era signo de prosperidad, alto estatus social e incluso salud. La obesidad es quizás una de las enfermedades más banalizadas y las personas que la padecen sufren estigmatización no solo por parte de la sociedad, sino incluso por parte de algunos profesionales de la salud. La obesidad lleva asociada una gran carga estigmatizadora en su imagen en una sociedad hedonista y apolínea donde se muestran cuerpos perfectos con una juventud eterna y una felicidad permanente. El daño que se ocasiona a las personas al mostrar como ideal de belleza la perfección tiene un gran impacto y comienza desde edades muy tempranas. España, junto con otros países occidentales y muy especialmente en el área mediterránea, ha mostrado durante muchas centurias que presentar obesidad era sinónimo de salud. A las madres se les inculcaban hábitos higiénicos y alimenticios inadecuados con respecto a ellas y sus hijos, porque la delgadez y el normopeso eran asimilados a enfermedad. Durante muchos siglos, presentar sobrepeso ha sido sinónimo de salud, opulencia y poder social. En las primeras décadas del siglo XX, cuando socialmente comenzó a establecerse una clase social media con cierto poder adquisitivo, empezó a vincularse el cuidado corporal como un signo de cultura y estatus, mientras que las personas que padecían sobrepeso quedaban relegadas a las clases media-baja y baja, asociadas a hábitos alimentarios inadecuados y bajo nivel sociocultural. La entrada en el siglo XX conllevó la implantación de un modelo y un canon estético acorde con el culto hedonista al cuerpo y a la belleza estilizada. Este canon de belleza llevó a la marginación y estigmatización del sobrepeso como algo antiestético, rechazable y no bello. Este cambio en la mirada social supuso la marginación y autoexclusión de las personas con obesidad, que fueron entendidas como sujetos carentes de voluntad, dejados en el autocuidado, con poca determinación, lentos y muchos más adjetivos que denotan no ser personas socialmente activas, comprometidas con la salud y su autocuidado.

Las personas que padecen obesidad viven con una carga y una presión adicional al resto de las personas que padecen de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o la hipertensión. Sufren la carga social y estigmatizadora de la sociedad e incluso de muchos profesionales del ámbito de la salud, que condicionan el abordaje de sus patologías al inevitable “cuando pierda peso ya hablaremos de lo demás”. A esta situación, se añade otro factor que complica el abordaje de esta enfermedad y es que la obesidad aparece como comorbilidad de muchas otras patologías

crónicas, lo cual provoca que el curso natural de estas enfermedades derive de una manera más compleja y tortuosa.

En la actualidad, se está llevando a cabo una amplia labor de investigación con respecto a la obesidad y pese a que debemos hacer aún un gran esfuerzo educativo a nivel social y profesional por desestigmatizar la enfermedad, también queda mucho trabajo pendiente en el ámbito de la investigación y el abordaje asistencial de esta compleja enfermedad multidimensional. Existen factores genéticos, personales y educacionales que se imbrican para mostrar una enfermedad polimorfa y multiforme. Por todo ello, debemos abordar el estudio, tratamiento y abordaje de las personas que viven con obesidad desde una perspectiva multidisciplinar y sistémica incorporando a psicólogos, educadores, especialistas en deporte y ejercicio físico, profesores y muchos otros profesionales que deben aportar su conocimiento a esta compleja realidad.

En la Fundación Humans estamos involucrados en la humanización de la asistencia sanitaria buscando que el abordaje de las personas con determinadas patologías se realice desde una perspectiva sistémica, humanística y multidisciplinar. Nos preocupa la atención de las personas que viven con obesidad, pues creemos que han sido los grandes olvidados de la cronicidad y porque no se han dedicado recursos integrales para un abordaje multisistémico. Creemos que hay que rehumanizar a la persona que vive con obesidad y por ello hablamos de “la persona que vive con obesidad”, haciendo especial hincapié en la importancia de la vida de la persona con una enfermedad tan estigmatizante.

El trabajo que les ofrecemos es el compromiso de la Fundación Humans para humanizar la atención a las personas y familias que padecen esta enfermedad, así como el conocimiento y compromiso de los coordinadores y el panel de expertos de este completo trabajo. Debo agradecerles a todos ellos y a los pacientes que han participado en este trabajo su generosidad a la hora de poner su conocimiento al servicio de esta causa tan noble: mejorar la atención de las personas que viven con obesidad. A lo largo de este trabajo, que ha ocupado todo un año, todos hemos aprendido muchas cosas; hemos aprendido a trabajar juntos, hemos aprendido a compartir conocimiento y, sobre todo, hemos aprendido a buscar otra mirada que humanice a las personas que padecen esta enfermedad. También debo dar las gracias a Novo Nordisk que, con transparencia total y sin interferencias de ningún tipo, ha hecho posible crear un ecosistema de trabajo excepcional para poder llevar a cabo este ambicioso planteamiento.

Les presentamos la fotografía dinámica que describe cuál es el abordaje asistencial y multisistémico de las personas que viven con obesidad desde una perspectiva ecológica y les emplazamos a poner en marcha la hoja de ruta que establecemos para que cada uno de ustedes, en sus organizaciones, puestos de trabajo y responsabilidades, ponga en marcha las acciones que aquí les

recomendamos y sugerimos. Nosotros, desde la Fundación Humans, seguiremos trabajando para la implementación de estas acciones en todos los ámbitos asistenciales.

Julio Zarco Rodríguez
Presidente de la Fundación Humans

1. Presentación

El concepto de humanización desde la Fundación Humans

Hablar de humanización es hablar de humanismo y de una manera de aproximarse al paciente y a todo su entorno familiar, centrándose en sus necesidades y preferencias. Se trata de una forma de ver y entender a la persona atendida desde un punto de vista sistémico, ecológico, integral y holístico. Considerando una visión sistémica, cuando una persona se pone enferma, también lo hace todo su entorno. Hablar de humanización es entender la atención desde un punto de vista integral y hacerlo teniendo en cuenta la macro, meso y microgestión.

La Fundación Humans nació en 2017 con el objetivo de impulsar proyectos, investigar y promover la cultura de la humanización a todos los niveles desde una visión multidisciplinar y sociosanitaria. En los últimos años, ha aflorado el papel clave que tienen en la atención sanitaria la humanización —proceso asociado con una cuestión ética— y los valores que posicionan al profesional en el seguimiento, acompañamiento y atención de las necesidades globales de la persona atendida y también de su entorno, teniendo en consideración cada mirada. El humanismo sanitario contempla acercarse al mundo del paciente, lo cual entronca con el ADN de las profesiones sanitarias, y lo sitúa en el centro desde una visión interdisciplinar para acompañarlo en la toma de decisiones.

El impacto de la obesidad es cada vez mayor en España y ya está considerado uno de los primeros problemas de salud pública. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en mayo de 2022, ya mostró su preocupación por la epidemia de sobrepeso, o preobesidad, y obesidad en Europa, especialmente tras la pandemia por COVID-19, que acrecentó el abandono de hábitos saludables.

El aumento del índice de masa corporal (IMC) es un factor de riesgo mayor en enfermedades no transmisibles como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Pese al alto impacto de la obesidad, este problema está lejos todavía de reconocerse asistencialmente como una enfermedad y sigue provocando un alto estigma no solo en el entorno social, sino también entre los profesionales de la salud, lo que dificulta un buen abordaje a la atención de la persona en esta situación. Por todo ello, una aproximación humanizada a la obesidad es absolutamente necesaria y urgente.

2. Objetivos

La finalidad de este proyecto es identificar cuáles son actualmente las carencias y necesidades para mejorar el abordaje y el tratamiento de las personas con obesidad en España, para, una vez analizadas, realizar propuestas de mejora que permitan abordar las dimensiones de la humanización y que estas reviertan a favor de las personas y sus familias, así como los profesionales de la salud y los gestores sanitarios.

La aproximación estratégica del proyecto exige, además, la puesta en marcha de acciones dirigidas a la sensibilización en el entorno social, pero también de los profesionales sociosanitarios, para adoptar un enfoque más holístico y humanizado hacia las personas que viven con obesidad.

Finalmente, y como resultado de los diversos grupos de trabajo “centrados en el entorno profesional y de pacientes”, se ha elaborado un capítulo con recomendaciones y conclusiones con la intención de ser una hoja de ruta preliminar para que los órganos de toma de decisiones de la Administración puedan incluirlo en su agenda política.

3. Metodología

Este documento concreta las necesidades particulares de la persona con obesidad y propone medidas específicas que se puedan implementar dirigidas a mejorar la respuesta para abordar esta situación. El desarrollo del proyecto se dividió en distintas fases y arrancó con la creación de un grupo de trabajo interdisciplinar integrado por personas expertas en el abordaje de la obesidad.

FASE 1
Coordinación del proyecto

Para desarrollar el proyecto se creó un equipo coordinador que estableció los requisitos y el perfil de los integrantes de un comité de expertos, formado por profesionales que aportaran su visión interdisciplinar para un abordaje integral de la obesidad. Este comité de expertos estaba integrado, por una parte, por profesionales que representaban la vertiente sanitaria y, por otra parte, por profesionales de la vertiente psicosocial y educativa. Se realizaron dos reuniones independientes de cada vertiente en donde se establecieron las dimensiones de humanización.

FASE 2
Análisis de la situación e identificación de las necesidades

El comité de expertos se reunió en dos ocasiones. En la primera sesión, se reunió un equipo formado por profesionales que analizó el abordaje desde la vertiente sanitaria. Este grupo respondía a los siguientes perfiles, que abarcan todas las áreas del abordaje de la persona con obesidad:

- Dietética y nutrición
- Endocrinología pediátrica
- Endocrinología y nutrición
- Enfermería familiar y comunitaria
- Farmacia comunitaria
- Medicina de familia y comunitaria
- Medicina interna

En el segundo grupo, centrado en el abordaje desde la vertiente psicosocial y educativa, se reunió un equipo de profesionales formado por los siguientes perfiles:

- Actividad física y deporte
- Psicología clínica
- Psicología infantil
- Representante de asociación nacional de personas que viven con obesidad
- Salud pública
- Trabajo social

Complementariamente, se crearon dos grupos focales formados por personas adultas con obesidad (18-65 años de edad) para estudiar su percepción sobre la atención recibida, y se trabajó con un grupo infantojuvenil (12-16 años de edad) a través de una encuesta escrita.

Posteriormente, cada miembro de los comités de expertos llevó a cabo una sesión de trabajo individual en la cual se recopilaron las necesidades no cubiertas percibidas, así como propuestas de mejora concretas.

FASE 3 Revisión

Se añadió un comité institucional de miembros sensibilizados con la atención a la persona que vive con obesidad para la revisión del documento, que contribuye a la representatividad territorial y de difusión del resultado.

4. Situación de la obesidad

4.1. Descripción de la obesidad

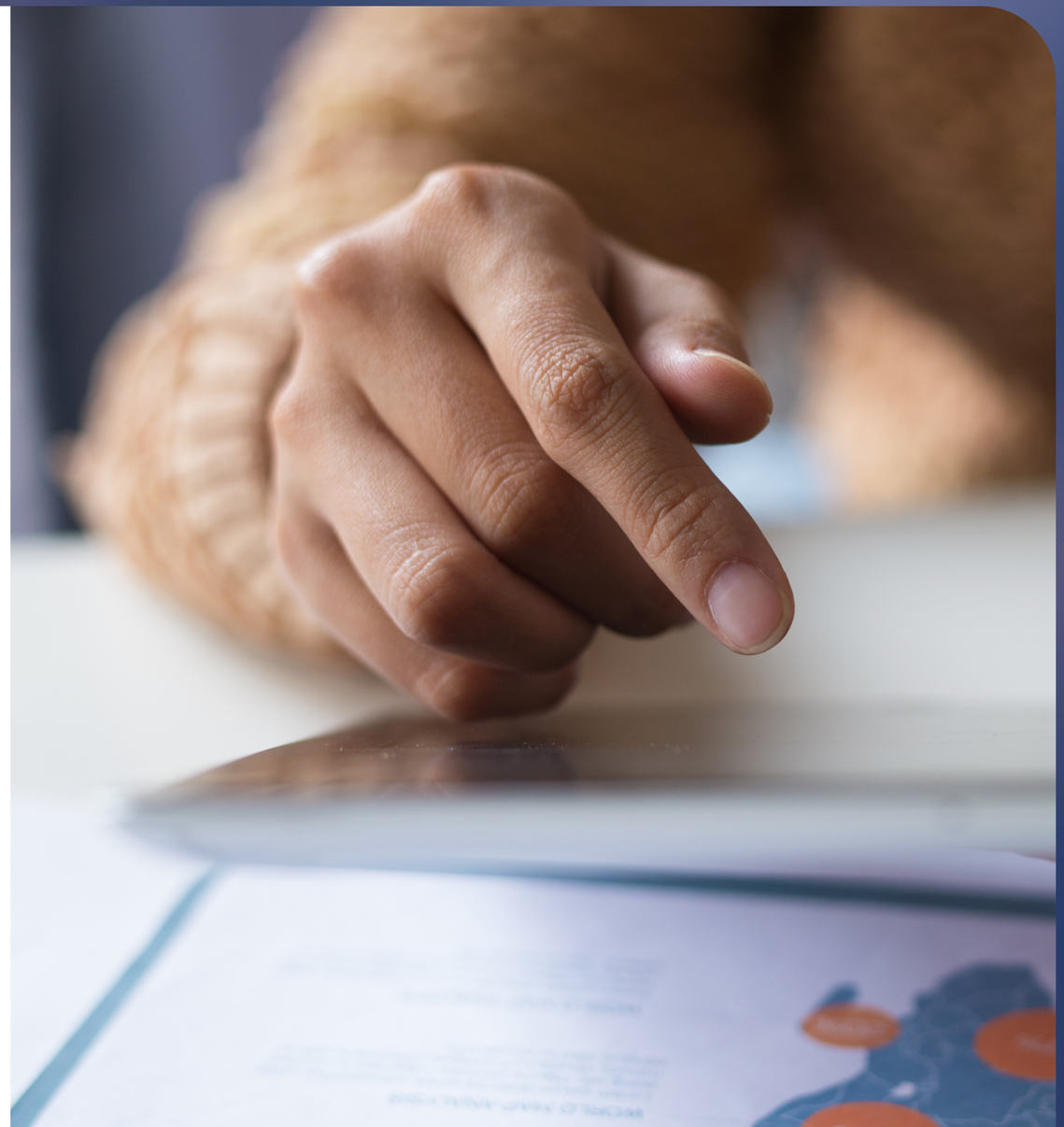
4.1.1. Prevalencia

4.1.2. Aspectos clínicos

4.1.3. Aspectos socioeconómicos

4.2. La obesidad en la vida de la persona

4.3. La atención a la persona que vive con obesidad



4.1. Descripción de la obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial y recurrente que se caracteriza por una acumulación anormal o excesiva de grasa, que puede ser perjudicial para la salud (Brown, JC *et al.*, 2021) (World Health Organization; WHO, 2021). Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), se trata de una de las enfermedades más prevalentes e infravaloradas y menos diagnosticadas y tratadas de la historia (Lecube, A. *et al.*, 2017).

A la hora de abordar esta enfermedad existe un cierto acuerdo de que debe tenerse en cuenta que hay determinados tipos de obesidad con un origen genético y que se asocian a problemas de desarrollo físico e intelectual. Este es el caso del síndrome de Prader Willi, el síndrome de Bardet-Bieldl o el síndrome de Wilson-Turner.

Igualmente, la obesidad también puede aparecer por causas endocrinológicas, como en algunos casos de hipogonadismo o hipercortisolismo (síndrome de Cushing) (Rubio, M.A. *et al.*, 2007).

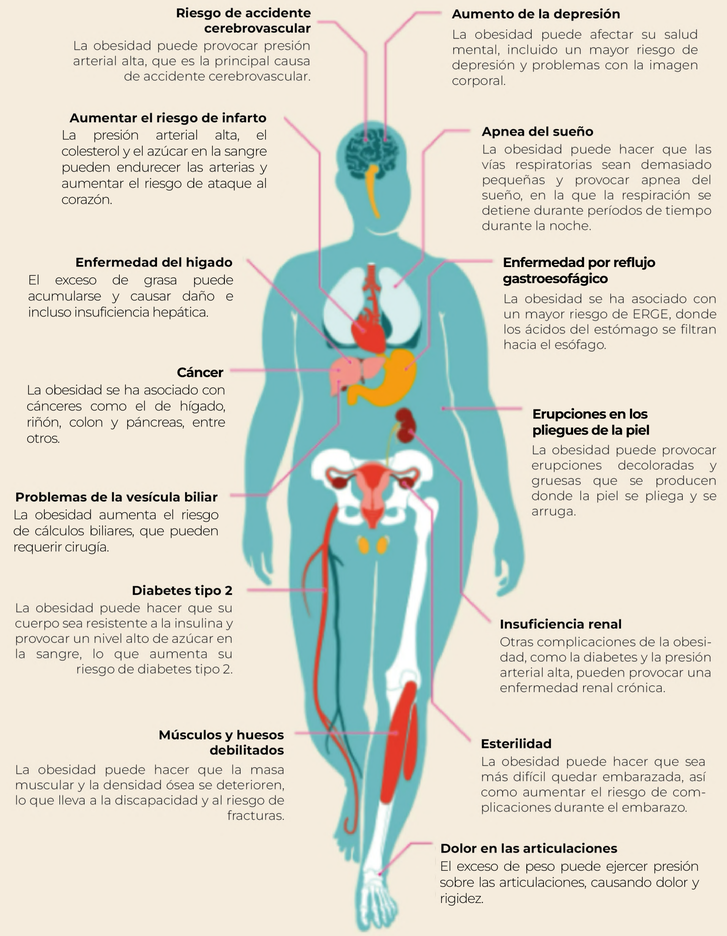


Figura 1.
Efectos de la obesidad. Fotografía tomada de Healthline Media en “How does obesity affect the body?”, 2020.

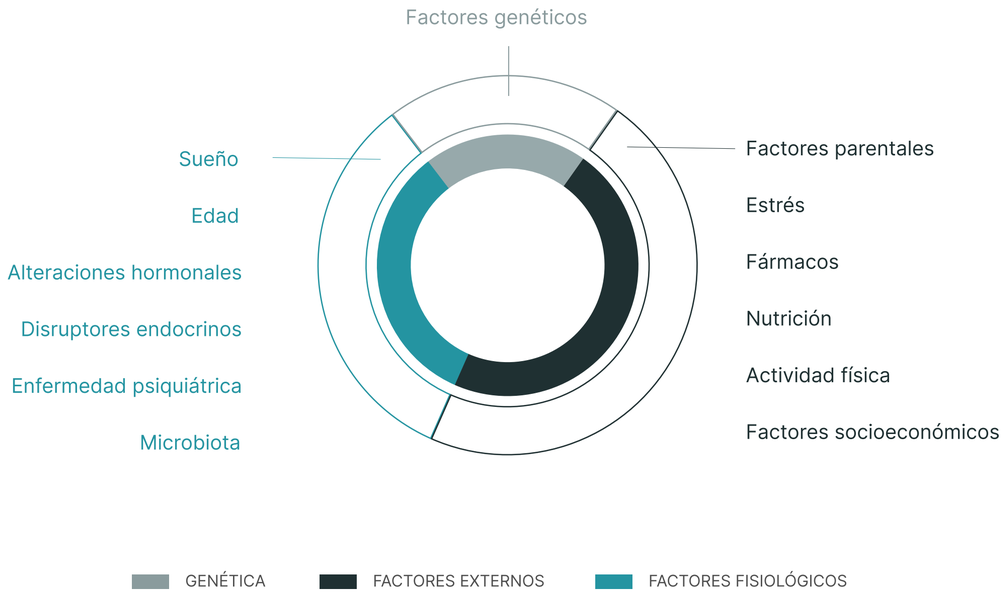


Figura 2.
Factores que intervienen en la obesidad

Sin embargo, en la mayoría de los pacientes que desarrollan obesidad es difícil establecer una única causa. Entre los diversos factores que influyen en su aparición encontramos la edad (sarcopenia y mayor masa grasa en mayores de 65 años), el sexo (declive de hormonas anabólicas y estrógenos tras la menopausia), la genética (múltiples variantes génicas implicadas, pero con influencia aislada), el sedentarismo, el comportamiento alimentario (interacción entre factores biológicos y emocionales), no cumplir con las horas de sueño (Miller M. *et al.*, 2018) (Bacaro V. *et al.*, 2020), determinados fármacos (antidiabéticos, anticonceptivos, antihistamínicos y psicótropos), la disfunción hipotálamo-hipofisaria, el bienestar psicológico (Wardle J. *et al.*, 2011) (Amiri S. *et al.*, 2019) y algunas enfermedades endocrinas (Goisser S., *et al.* 2015) (Pigeyre, M. *et al.*, 2016) (Singh, M., 2014) (Bereket, A. *et al.*, 2015).

Se trata de una enfermedad compleja y en su desarrollo también participan otros factores, como la cronodisrupción (desfase horario, cambios del ciclo sueño-vigilia y privación de sueño), la epigenética y programación fetal (desnutrición y sobrealimentación materna, incluso en el periodo preconcepcional), la enfermedad psiquiátrica, el estrés crónico, la microbiota intestinal (predominio de *Firmicutes* sobre *Bacteroidetes*, una microbiota poco diversa), los disruptores endocrinos (bisfenol A, ftalatos, pesticidas e insecticidas), el patrón alimentario (exceso de grasas y azúcares refinados, consumo insuficiente de frutas y verduras), un estatus socioeconómico desfavorecido y un ambiente obesogénico, es decir, un entorno que favorece el la obesidad, con la adopción de hábitos alimentarios y conductas poco saludables (dispersión urbana, disponibilidad de comida) (Garaulet, M. *et al.*, 2013) (Ozanne, S.E., 2015) (Moran, C.P. *et al.*, 2014) (Mackenbach, J.D. *et al.*, 2014).

En resumen, la obesidad no es una elección moral, sino una enfermedad sumamente compleja que condiciona un deterioro en la regulación del balan-

ce energético debido a defectos en la fisiología o el comportamiento que predisponen a un individuo a un almacenamiento excesivo de energía (Dhurandhar NV *et al.*, 2022).

En el caso de los niños y adolescentes, el entorno urbano-no urbano, la calidad y duración del sueño, el índice de masa corporal (IMC) de los padres, así como la cantidad de actividad física habitual han sido factores asociados con el sobrepeso y la obesidad infantil (Yáñez-Ortega, J.L. *et al.* 2019). La probabilidad de padecer obesidad o sobrepeso infantiles aumenta con la edad, el sexo masculino y también en las clases sociales con menor poder adquisitivo (Gil, J.M., Takourabt, S., 2017) (Gómez, S.F *et al.*, 2019).

Por la complejidad y naturaleza multifactorial de esta enfermedad crónica, las sociedades científicas han consensuado que la obesidad precisa de un abordaje interdisciplinar, bajo un enfoque biopsicosocial, junto con la aplicación de medidas terapéuticas a corto, medio y largo plazo (Volkan, Y. *et al.*, 2014) (Garvey, W.T. *et al.*, 2016) (Ferguson, C. *et al.*, 2013). En la actualidad, la obesidad se considera una crisis sanitaria de ámbito mundial que representa uno de los principales problemas de salud pública, tanto en entornos con mayor poder adquisitivo como en países de ingresos bajos (WHO, 2021) (Kyle, T.K. *et al.*, 2016) (Jastreboff, A.M. *et al.*, 2019).

4.1.1. Prevalencia

La prevalencia mundial de la obesidad prácticamente se triplicó entre 1975 y 2016. En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, a nivel mundial, más de 1.900 millones (39 %) de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, de las cuales 650 millones podían clasificarse como personas con obesidad, es decir, casi el 13 % de la población adulta del planeta (el 11 % de los hombres y el 15 % de las mujeres). En Europa, la prevalencia de la obesidad ha aumentado del 11 % al 16 % entre los años 2000 y 2014, respectivamente (OECD/ European Union, 2016). El sobrepeso y la obesidad afectan, en conjunto, a la mitad de la población de los principales países europeos: Alemania (52 %), España (51 %), Reino Unido (49 %), Italia (43 %) y Francia (41 %) (Hruby A. *et al.*, 2015) (WHO, 2021).

Según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, un 16,5 % de hombres y un 15,5 % de mujeres mayores de 18 años padecen obesidad. En el grupo de edad de 35 a 74 años es superior el porcentaje de hombres que la padecen. Y un 44,9 % de hombres y un 30,6 % de mujeres padecen sobrepeso. Las diferencias de sobrepeso entre hombres y mujeres son mayores que en el caso de la obesidad, y es superior el porcentaje de hombres que padecen sobrepeso en todos los grupos de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

La prevalencia de la obesidad es directamente proporcional a la edad; en España el mayor porcentaje de pacientes con obesidad tienen entre 60 y 70 años (Aranceta-Bartrina, J. *et al.*, 2016).

La obesidad infantil en España, que ya es actualmente preocupante, seguirá su tendencia al alza, con un aumento de su prevalencia del 2,5 % anual hasta el 2035, según datos del Atlas Mundial de la Obesidad 2023 (World Obesity Federation, 2023).

Las estimaciones a nivel mundial de sobrepeso y obesidad indican que más de 400 millones de personas podrían verse afectadas para 2035, frente a los más de 2.600 millones en 2020, según el Mapa Mundial de la Obesidad 2023. Estas cifras reflejan que la obesidad y el exceso de peso afectan al 38 % de la población mundial, según datos de 2020, pero que en 2035 el impacto podría ascender hasta llegar al 50 % de la población mundial. En España, se prevé que la prevalencia de la obesidad en adultos llegará al 37 %, lo que supone un aumento anual del 1,9 % (World Obesity Federation, 2023).

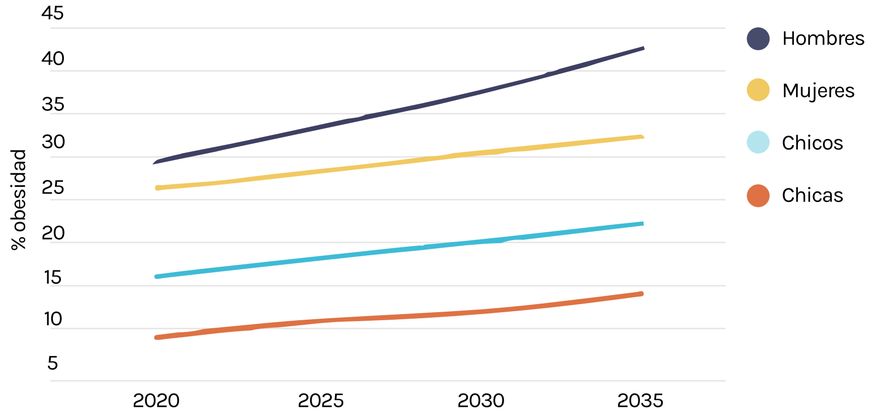


Figura 3.
Tendencias proyectadas en la prevalencia de la obesidad (IMC >30 kg/m^2)

La obesidad es una enfermedad que afecta tanto a la población adulta como a la más joven. España es uno de los países europeos con mayores tasas de sobrepeso y obesidad infantiles. El estudio PASOS 2019 muestra que, utilizando el IMC, la prevalencia de exceso de peso en la población juvenil española (entre 8 y 16 años) es del 34,9 % (Gómez, S.F. *et al.*, 2020). Este porcentaje incluye un 20,7 % de niños y adolescentes con sobrepeso y un 14,2 % con obesidad. Sin embargo, desde hace años la evidencia científica advierte de la necesidad de determinar también el cociente entre el perímetro de la cintura y la altura

(Schröder, H. *et al.*, 2014). Si el cociente es mayor o igual a 0,5, se considera que el niño o adolescente tiene obesidad abdominal. En este mismo estudio se observa que el 24,6 % de los niños y adolescentes de España presentan una acumulación de grasa en la zona abdominal, lo que se denominaría obesidad abdominal. Por tanto, al utilizar únicamente el IMC como estimador de la obesidad infantil se puede estar infradiagnosticando la enfermedad y las consecuencias de los factores de riesgo para la salud actual o futura de niños y adolescentes.

Si comparamos los resultados del estudio PASOS 2019 con los del estudio enKid (Serra-Majem, Ll. *et al.*, 2003), que se llevó a cabo entre 1998 y 2000, se observa que, utilizando el IMC, la prevalencia de la obesidad ha aumentado un 1,6 % en la población de 8 a 16 años, mientras que el sobrepeso lo ha hecho en un 0,4 %. Esto significa que, en general, se ha producido un aumento del 2 % del exceso de peso en las dos últimas décadas. El estudio enKid también registró el perímetro de cintura, lo que ha permitido determinar que la obesidad abdominal ha aumentado un 8,3 % en las dos últimas décadas, un incremento mucho mayor que el observado con el IMC (1,6 %). De nuevo, estos resultados refuerzan la recomendación de utilizar el perímetro de la cintura como indicador de la obesidad infantil.

Además, pese a las diferentes comorbilidades que suponen el sobrepeso y la obesidad infantil, el mayor inconveniente radica en su persistencia en la adolescencia y posteriormente en la edad adulta. De hecho, se estima que el 55 % de niños y niñas con obesidad serán adolescentes con obesidad y el 80 % de adolescentes con obesidad serán adultos con obesidad. (Simmonds M. *et al.*, 2016).

4.1.2. Aspectos clínicos

El porcentaje normal de grasa corporal oscila entre el 12 % y 20 % en los hombres y entre el 20 % y 30 % en las mujeres. La obesidad se define por un porcentaje de masa grasa superior al 25 % en hombres y al 33 % en mujeres.

Existen diversas técnicas precisas para determinar la masa grasa. La bioimpedancia eléctrica es una técnica sencilla y no invasiva que estima la masa libre de grasa e indirectamente la grasa corporal total. La densitometría de rayos X de doble fotón es la técnica de referencia para evaluar la grasa corporal total y la distribución de la grasa regional (Kaul, S. *et al.*, 2012). Tanto la tomografía axial computarizada como la resonancia magnética nuclear son técnicas de referencia para estimar el área de grasa visceral y subcutánea a nivel de L4-L5, e intrahepática a nivel de D12-L1.

Tabla 1.
Porcentaje de grasa corporal previsto basado en el índice de masa corporal para personas adultas[a] (Gallagher, D. *et al.*, 2000)

IMC (kg/m²)	Riesgo de salud	20 - 39 a	40 - 59 a	60 - 79 a
HOMBRES				
<18,5	Elevado	<8 %	<11 %	<13 %
18,6 - 24,9	Promedio	8 % - 19 %	11 % - 21 %	13 % - 24 %
25,0 - 29,9	Elevado	20 % - 24 %	22 % - 27 %	25 % - 29 %
>30	Alto	≥25 %	≥28 %	>30 %
MUJERES				
<18,5	Elevado	<21 %	<23 %	<24 %
18,6 - 24,9	Promedio	21 % - 32 %	23 % - 33 %	24 % 35 %
25,0 - 29,9	Elevado	33 % - 38 %	34 % - 39 %	36 % - 41 %
>30	Alto	≥39 %	≥40 %	≥42 %

[a] *El error estándar de estimación es del ± 5 % para predecir el porcentaje de grasa corporal a partir del IMC (basado en una estimación de cuatro compartimentos del porcentaje de grasa corporal).*

Aunque el IMC no es un excelente indicador de adiposidad en individuos musculados, como deportistas, personas de baja estatura, edad avanzada, con retención hidrosalina o gestantes, es el índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado por diferentes sociedades médicas y organizaciones de salud internacionales para el uso clínico, dada su reproducibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población (Jensen, M.D. *et al.*, 2014). Para definir la obesidad, se aceptan como punto de corte valores de IMC ≥30 kg/m², según la ecuación:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso corporal (kg)}}{\text{altura}^2\ (\text{m}^2)}$$

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), en el documento publicado en 1996 (SEEDO, 1996), introdujo algunas modificaciones en la clasificación de la obesidad por IMC propuesta por la OMS: se rebajó el límite inferior del peso normal a 18,5, se subdividió la gama de sobrepeso en dos categorías y se introdujo un grado adicional de obesidad para aquellos pacientes con IMC ≥50 kg/m que son tributarios de indicaciones especiales en la elección del procedimiento de cirugía bariátrica (Tabla 2).

Para la población infantil y juvenil se utilizan como criterios para definir el sobrepeso y la obesidad los valores específicos por edad y sexo del percentil 85 y 97 del IMC, respectivamente, utilizando las tablas de la OMS (De Onís, M. *et al.*, 2007) o de IOTF (Cole, T.J. *et al.*, 2000), lo que permite realizar comparaciones con estudios internacionales (Gómez-Ambrosi, J. *et al.*, 2012). En individuos de más de 60 años, se emplea el IMC siguiendo los mismos criterios que en adultos.

Tabla 2.
Criterios de la SEEDO para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos

Clasificación	IMC (kg/m^2)
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5 - 24,9
Sobrepeso grado I	25,0 - 26,9
Sobrepeso grado II	27,0 - 29,9
Obesidad	≥30,0
Obesidad tipo I o leve	30,0 - 34,9
Obesidad tipo II o moderada	35,0 - 39,9
Obesidad tipo III o grave (mórbida)	40,0 - 49,9
Obesidad tipo VI (extrema)	>50,0

Otra medida utilizada en la práctica clínica es el perímetro de cintura (PC), que permite estimar la obesidad visceral y el riesgo cardiometabólico. Según la OMS, un perímetro de cintura ≥102 cm en hombres y ≥88 cm en mujeres (en bipedestación y sobre la cresta ilíaca) permite diagnosticar la obesidad abdominal. Existe una clara evidencia entre la presencia de factores de riesgo cardiometabólico y la probabilidad de sufrir un episodio cardiovascular respecto al incremento del perímetro de cintura. Hay también una correlación entre el PC y el IMC, aunque el primero ha demostrado ser más eficaz en discriminar el riesgo de diabetes y en estimar el riesgo cardiometabólico en pacientes con IMC cercanos al rango normal y en la población anciana (Lecube, A. *et al.*, 2017) (Huxley, R. *et al.*, 2010).

En la práctica clínica, existen diferentes sistemas de estadiaje para la obesidad, que intentan reflejar que esta enfermedad no es solo cuestión de kilogramos, sino que tiene una importante repercusión en la salud de la persona. Probablemente el más utilizado es el sistema de estadiaje de Edmonton (*Edmonton Obesity Staging System*, EOSS), que incluye la repercusión física, mental y metabólica de la obesidad y permite clasificarla en cinco estadios en función de su gravedad (Tabla 3). También se dispone del sistema "*adiposity-based chronic disease*" (ABCD) de la AACE (American Association of Clinical Endocrinologists) adoptado por la EASO (European Association for the Study of Obesity) (Ballesteros Pomar *et al.*, 2019).

Tabla 3.
Sistema de estadiaje de Edmonton

Etapa	Descripción
0	Sin factores de riesgo aparentemente relacionados con la obesidad (p. ej., presión arterial, lípidos séricos, glucosa en ayunas, etc. dentro del rango normal), sin síntomas físicos, sin psicopatología, sin limitaciones funcionales ni deterioro del bienestar
1	Presencia de factores de riesgo subclínicos relacionados con la obesidad (p. ej., hipertensión en el límite, glucosa en ayunas deteriorada, enzimas hepáticas elevadas, etc.), síntomas físicos leves (p. ej., disnea durante un esfuerzo moderado, dolores ocasionales, fatiga, etc.), psicopatología leve, limitaciones funcionales leves o deterioro leve del bienestar
2	Presencia de enfermedad crónica relacionada con la obesidad (p. ej., hipertensión, DM2, apnea del sueño, osteoartritis, enfermedad de reflujo, síndrome del ovario poliquístico, trastorno de ansiedad, etc.), limitaciones moderadas en actividades de la vida diaria o en el bienestar
3	Daño en los órganos como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, complicaciones de la diabetes, osteoartritis incapacitante, psicopatología significativa, limitaciones funcionales significativas o empeoramiento del bienestar
4	Discapacidades graves (potencialmente terminales) por enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, psicopatología incapacitante grave, limitaciones funcionales graves o deterioro grave del bienestar

DM2: diabetes mellitus *tipo 2*

4.1.3. Aspectos socioeconómicos

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) publicó en 2019 un informe en el que se analizan los costes económicos, sociales y sanitarios del creciente número de personas con problemas de obesidad o sobrepeso en 52 países, incluida la OCDE, la Unión Europea (EU28) y el Grupo de los 20 (G20) (OECD, 2019).

Según este estudio, los niños con sobrepeso tienen un menor rendimiento escolar, obtienen notas más bajas, son más propensos a faltar a la escuela y están fuera del centro educativo durante más tiempo que los niños con un peso saludable. Asimismo, los niños con obesidad tienen un 13 % menos de probabilidades de obtener buenos resultados escolares y, cuando crecen, tienen menos probabilidades de completar la educación superior. Los niños con obesidad muestran una menor satisfacción con la vida y son hasta tres veces más propensos a sufrir acoso, lo cual puede contribuir a disminuir su rendimiento escolar.

En la edad adulta, las personas con una o más enfermedades crónicas asociadas al sobrepeso tienen un 8 % menos de probabilidades de encontrar empleo al año siguiente. Cuando cuentan con un puesto de trabajo, tienen hasta un 3,4 % más de probabilidades de absentismo laboral y de ser, de esta manera, menos productivos. Los adultos que viven con obesidad tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas y menos esperanza de vida.

También existe una estrecha relación entre el nivel socioeconómico de la persona y la obesidad. Tanto es así que en el G20, las mujeres y los hombres pertenecientes al grupo de ingresos más bajos son, respectivamente, un 70 % y un 30 % más propensos a padecer obesidad, en comparación con los individuos pertenecientes a las rentas más altas, consolidándose así la desigualdad.

De acuerdo con el mismo estudio citado anteriormente, entre 2020 y 2050, el exceso de peso y las enfermedades relacionadas reducirán la esperanza de vida en torno a unos tres años en toda la OCDE, EU28 y los países del G20 (OECD, 2019).

El aumento del número de personas con un alto IMC tiene un impacto en los presupuestos de salud, debido al alto coste de las enfermedades crónicas asociadas al sobrepeso y a la obesidad, tales como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Los países de la OCDE gastan aproximadamente un 8,4 % de su presupuesto sanitario en proporcionar tratamiento para las enfermedades relacionadas con el sobrepeso. Las personas con exceso de peso utilizan más los servicios de salud, se someten a más cirugías y reciben más del doble de las recetas en comparación con las personas con un peso saludable. Por término medio, en los países de la OCDE el exceso de peso es responsable del 71 % de todos los costes de tratamiento de la diabetes, del 23 % de los costes de tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y del 9 % de los cánceres.

En las próximas tres décadas, la preobesidad provocará en los países de la OCDE la muerte de hasta 92 millones de personas con obesidad y enfermedades relacionadas, y la esperanza de vida de la población general se reducirá tres años en 2050. Los niños, en particular, serán quienes más sufran las consecuencias.

En España, un estudio evaluó el uso de recursos sanitarios de la población agrupándolos por IMC. A partir de una muestra de 18.682 individuos, se observó que frente a la población con normopeso, los pacientes con IMC ≥35 kg/m^2 (obesidad de clase II y superior) precisan, de forma estadísticamente significativa, una mayor asistencia sanitaria a domicilio, atención primaria, atención psicológica, atención urgente y cuidados de enfermería (Espallardo, O. *et al.*, 2017).

Hernáez y colaboradores estimaron el sobrecoste que la obesidad y la preobesidad podrían suponer para el Sistema Nacional de Salud español en base a los siguientes servicios: visitas de atención primaria, especialista y urgencias; hospitalización; análisis de laboratorio, radiológicos y otros tipos de diagnóstico, y prescripción farmacéutica. El exceso de peso en los adultos en España aumenta desde que existen registros, y en 2016 supuso un sobrecoste directo del 2 % del presupuesto sanitario cifrado en aproximadamente 1.951 millones de euros, respectivamente, 46,06 euros, 121,95 euros y 154,26 euros por paciente, en el caso de los hombres; y de 64,33 euros, 151,41 euros y 180,14 euros, respectivamente, por paciente, en el caso de las

mujeres con sobrepeso o preobesidad, obesidad y obesidad grave. Con esta tendencia, en 2030 se habrá incrementado un 16 % el número de casos y un 58 % su sobrecoste sanitario directo (Hernáez, A. *et al.*, 2019).

La estimación de los costes directos e indirectos de la obesidad en España alcanza los 29.000 millones de dólares en 2020, según un estudio publicado en 2021 por la Federación Mundial de la Obesidad y Research Triangle Institute, que analizó esta situación en ocho países. De seguir manteniendo los niveles de obesidad actuales, este mismo estudio proyecta que dichos costes aumentarán en más de 34.000 millones de dólares en 2030 y en más de 61.000 millones de dólares en 2060 (Okunogbe A. *et al.*, 2021).

4. Situación de la obesidad

4.1. Descripción de la obesidad

4.1.1. Prevalencia

4.1.2. Aspectos clínicos

4.1.3. Aspectos socioeconómicos

4.2. La obesidad en la vida de la persona

4.3. La atención a la persona que vive con obesidad

4.2. La obesidad en la vida de la persona

La calidad de vida es uno de los factores clave a la hora de estandarizar los mecanismos de medición de la Experiencia Reportada por el Paciente (*Patient Reported Experience*, PREM) y de los Resultados Reportados por el Paciente (*Patient-Reported Outcome Measure*, PROM) en la investigación del tratamiento de la obesidad.

La Standardize Quality of Life Measurement in Obesity Treatment es una iniciativa creada para estandarizar la medición de la calidad de vida en el tratamiento de la obesidad. Para desplegarla, se llevó a cabo una primera reunión de consenso multidisciplinar, internacional y presencial que permitiera identificar los PREM y los PROM clave, con la participación de 35 personas que viven con obesidad y de proveedores de servicios sanitarios. Se consideraron importantes los siguientes PROM: autoestima, salud/funcionamiento físico, salud mental/psicológica, salud social, alimentación, estigma, imagen corporal y exceso de piel. La autoestima fue considerada el PROM más importante, en particular por las personas que viven con obesidad, mientras que la salud física se percibió como la más importante entre los profesionales de la salud (De Vries, C.E.E. *et al.*, 2022).

Los profesionales que atienden a personas con obesidad aseguran que en muchas ocasiones tienen sentimientos de culpa, al considerar que la sociedad les ha hecho creer que están enfermos por su voluntad. ¿De qué manera los profesionales de la salud y del ámbito social y educativo pueden ayudar a revertir este discurso? Seguramente hay que empezar a trabajar en ello desde la intervención en etapas infantiles: ayudar, a través de las familias, a escoger mejor los contenidos que se leen o visualizan, rechazar aquellos modelos —en forma de programas, dibujos animados o imágenes en redes sociales— que vinculan los personajes malos, feos y perezosos con las personas con obesidad, así como promover el pensamiento crítico.

Desde la experiencia de la persona que vive con obesidad, la manera de protegerse de su propia enfermedad es, a veces, aislarse del resto, encontrando refugio en su habitación o en su propio espacio y manteniéndose alejado de las miradas inquisitivas de los otros —algunos de ellos también personas con obesidad que no se reconocen como tales—. Estas situaciones son un reflejo de la estigmatización por el peso que sufren las personas que viven con obesidad.

El estigma por esta enfermedad se detecta incluso por parte de las familias de los propios afectados, de profesionales de la salud y de docentes, en este último caso en los centros educativos. La obesidad se asocia, equivocadamente, al concepto de ser perezoso y a la idea de que la persona tiene adicción a la comida y que ha escogido tener esta enfermedad. Además, en la etapa infantil actualmente existe el problema añadido de un uso intensivo de las pantallas, que aleja a los más pequeños de un juego centrado en el ejercicio físico y en la promoción de hábitos más saludables.

La obesidad no está socialmente reconocida como enfermedad y arrastra un gran estigma que afecta a toda la sociedad. En algunos casos, incluso se habla del "barrio de los gordos" para referirse a comunidades de bajo nivel socioeconómico o de determinadas etnias.

"Me habría gustado vivir en la época de Rubens, cuando las mujeres gordas estaban bien consideradas".

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

"La obesidad es una enfermedad y no un vicio. Tienes obesidad igual que tienes diabetes o hipertensión. Tú puedes tener malos hábitos, pero hay muchos factores que inciden en la obesidad".

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

El estigma derivado de la enfermedad puede seguir afectando a la persona con obesidad, incluso después de haberse sometido a cirugía para tratar su situación. En algunos casos, estos pacientes tienen miedo a volver a recuperar el peso perdido, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

La mayoría de los expertos sostienen que los profesionales del ejercicio físico tienen también una responsabilidad a la hora de evitar ciertas actitudes que estigmatizan a las personas con obesidad. En este sentido, también se sugiere que desde los centros deportivos se promueva que, en general, todos los niños más pequeños vayan acompañados por personas adultas en los vestuarios, ya que estos espacios son una fuente de estigmatización durante la infancia.

Así, también proponen reducir el número de espejos en los gimnasios donde el usuario pueda mirarse para que este pueda centrarse más en el movimiento, promover actividades divertidas en lugar de diseñar programas de ejercicios enfocados única y exclusivamente a la pérdida de peso, incluir máquinas adaptadas a las necesidades de todas las tallas, así como disminuir el uso de imágenes que representan cuerpos ideales poco realistas (Thedinga, H. *et al.*, 2021).

Al margen de la propia obesidad, existen otros factores que estigmatizan a la persona, como son la desigualdad de género —la presión social que se ejerce

sobre la mujer es muy superior, aunque todavía se precisan más estudios que vinculen la estigmatización de la obesidad con esta visión—, la desigualdad social, la condición de migrante y las etapas de la infancia y la adolescencia —una etapa especialmente vulnerable—.

Los expertos coinciden en afirmar que la estigmatización también está presente entre los profesionales de la salud. Así, incluso a la hora de referirse a los especialistas que atienden a personas con obesidad, son los propios colegas quienes, en ocasiones, llegan a usar apodos despectivos como “los profesionales de los gordos”. Al final, el paciente tiene vergüenza de ser atendido dentro del sistema de salud, porque conoce de antemano los prejuicios que causa, por parte de ciertos profesionales, el hecho de tener que ser movilizado y recibir atención.

En algunas ocasiones, en la consulta sanitaria, el mensaje por defecto que el profesional de la salud transmite a la persona con obesidad es “debes perder peso”, sin antes haber indagado sobre su situación, sus condiciones y su entorno social e incluso sin haberle preguntado previamente si en aquel momento quiere iniciar un diálogo sobre la enfermedad. Cabe recordar que el objetivo del profesional debe ser el de acompañar y ayudar a esta persona en todo el proceso, no solo realizar el diagnóstico y transmitirle información.

La lucha para erradicar el estigma de las personas que viven con obesidad es una responsabilidad que implica a toda la sociedad, pero que debería empezar por los propios profesionales de la salud y del ámbito social y educativo, quienes deberían estar formados para ello y también para ofrecer herramientas y estrategias a fin de afrontar y evitar la autoexclusión.

Es necesario trabajar en una línea estratégica para la sensibilización y formación de todos los profesionales que intervienen en la atención a las personas con obesidad, centrada fundamentalmente en habilidades de comunicación interpersonal que refuercen la empatía y el respeto a las personas especialmente vulnerables.

“Acudes al médico de atención primaria, te da una fotocopia con un menú a seguir que casi no se ve y te dice que espabiles y si no sigues lo que marca este papel que no hace falta que vuelvas. No hay empatía y entonces la solución es acudir al especialista”.

Testimonio de hombre adulto que vive con obesidad

“La palabra ‘obesa’ es muy violenta para nosotros. Ayer tuve cita con el endocrinólogo y al hablar con la administrativa me trató de obesa mórbida y ello me produjo ansiedad. Nos tratan como auténticos muñecos de feria”.

Testimonio de mujer joven que vive con obesidad

4. Situación de la obesidad

4.1. Descripción de la obesidad

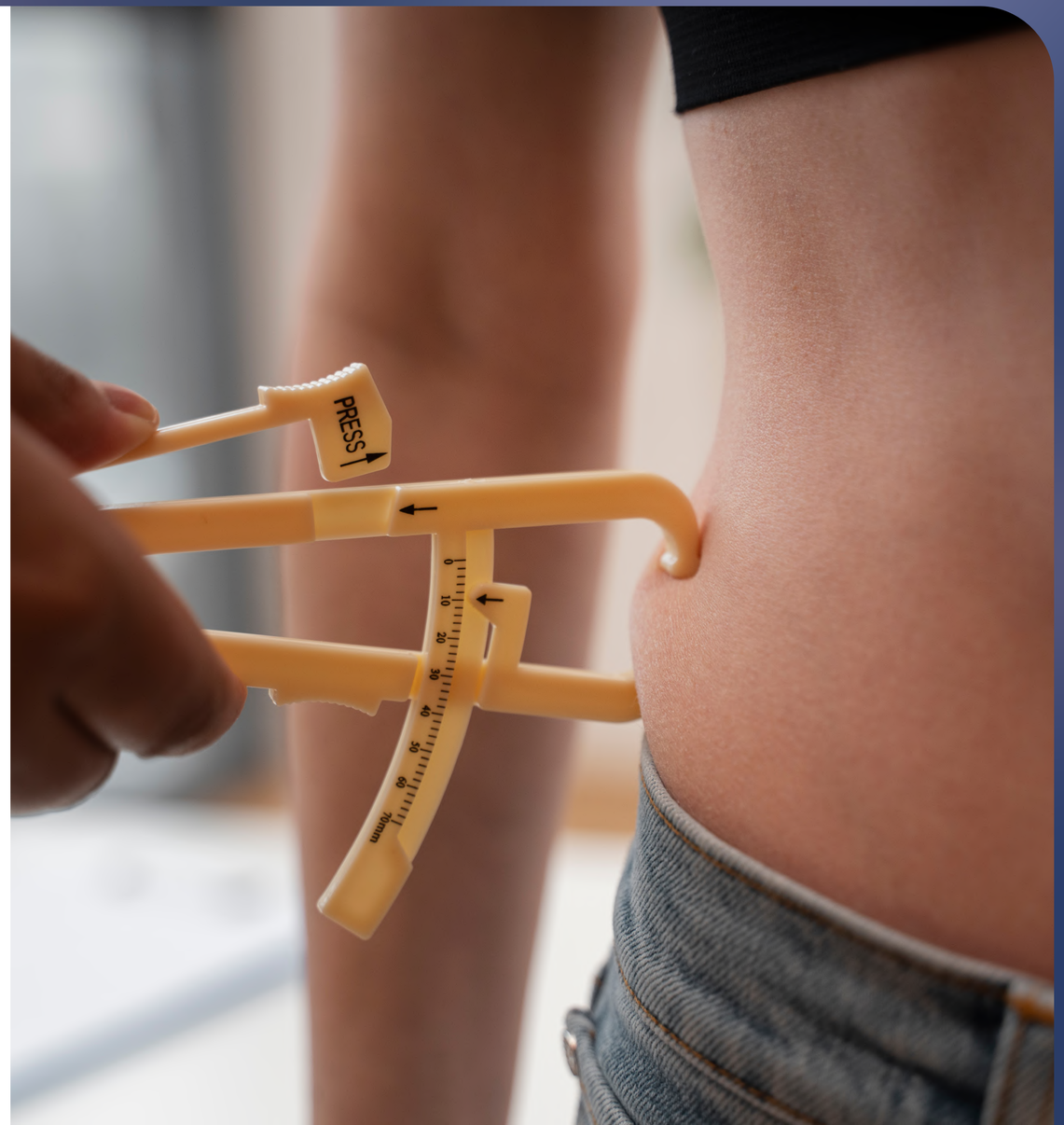
4.1.1. Prevalencia

4.1.2. Aspectos clínicos

4.1.3. Aspectos socioeconómicos

4.2. La obesidad en la vida de la persona

4.3. La atención a la persona que vive con obesidad



4.3. La atención a la persona que vive con obesidad

A la hora de atender a la persona con obesidad, hay que tener en cuenta todas las esferas que implica este abordaje —las denominadas, en inglés, 4M en el manejo de la obesidad— y que son las siguientes: la esfera mental, mecánica, metabólica y socioeconómica.

Los expertos en este campo reconocen la necesidad de que la obesidad sea considerada como una enfermedad por todos los profesionales, al mismo tiempo que se visibiliza a nivel social como tal.

Así, durante la etapa pediátrica, cuando los endocrinólogos informan a los padres de que su hijo cumple con los parámetros que indican que tiene obesidad, la primera reacción de estas familias, en muchas ocasiones, es de sorpresa, pese a que ellos también tienen el mismo problema. Esta realidad demuestra que la mayoría de la población que vive con obesidad no tiene conciencia de que sufre una enfermedad, por lo que, en caso de que los hijos desarrollen el mismo problema, tampoco tienen herramientas que les ayuden a detectarlo a tiempo.

Como en cualquier otra enfermedad crónica, la conciencia por parte de la persona que la sufre es fundamental, pero también lo es que el propio profesional de la salud conozca cómo abordarla de manera holística. En este sentido, es clave escoger el momento para acompañar a la persona afectada y a sus familiares a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, valorando y analizando también el entorno y el contexto social en los que vive el paciente.

La obesidad presenta una alta comorbilidad, lo que, en ocasiones, no ayuda al profesional a centrarse en abordar esta patología, pues prioriza tratar antes las otras enfermedades que pueden acompañarla, como por ejemplo la diabetes o hipertensión.

Los profesionales de la atención primaria de salud advierten de que la mayoría de las personas adultas con obesidad que acuden a la consulta desconocen que sufren una enfermedad. Ante esta situación, el mayor desafío del personal médico y de enfermería es ayudar al paciente a tomar conciencia de ello, motivarlo para afrontar esta situación y acompañarlo durante todo el proceso.

La enfermeras, responsables de fomentar acciones de promoción y educación para la salud, aseguran que la mayoría de los pacientes que llegan a sus consultas con obesidad carecen de habilidades culinarias o de formación básica sobre la pirámide alimentaria para seguir una alimentación saludable. Esta falta de educación alimentaria, también presente en mucha parte de la población que no sufre obesidad, supone con frecuencia una barrera más en su correcto abordaje. Para hacer frente a esta situación, apuestan por formar en hábitos de

alimentación saludable a toda la sociedad, a través de campañas dirigidas a todas las edades. Por ejemplo, existen en la actualidad herramientas de ayuda como la Red de Escuelas de Salud para la ciudadanía en las que se incluyen materiales actualizados y fiables que aportan información sobre alimentación saludable y actividad física. Además, aportan información para localizar e identificar recursos sanitarios y sociales a la ciudadanía. Estas profesionales también alertan de que algunos menús escolares siguen teniendo deficiencias y no están diseñados para promover una alimentación equilibrada. Igualmente, advierten de que algunos pacientes adultos utilizan Internet para informarse de las denominadas "dietas milagro" con el fin de intentar adelgazar.

En la farmacia comunitaria se detectan pacientes con obesidad o sobrepeso, tanto en el momento que van a retirar medicación crónica como en consultas de salud relacionadas con el peso o la alimentación, y también dentro de las consultas de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales de nutrición. Se identifica una importante necesidad en este tipo de pacientes, tanto en la concienciación de su enfermedad como en el acompañamiento, asesoramiento y apoyo para conseguir el objetivo de peso y salud óptimo.

Igualmente, los trabajadores sociales sanitarios refieren que algunas personas que viven con obesidad expresan que tienen dificultades económicas para acceder a una alimentación variada y saludable y a recursos deportivos.

“En la sanidad pública no tenemos nutricionistas ni nadie que nos diga el plan de comidas del mes, pero sí profesionales que nos juzgan. Yo empecé con una dieta de 1.200 calorías y pensé que causaría un efecto rebote y decidí seguir perfiles de redes sociales que te ayudan a cocinar para toda la semana. Soy autodidacta en este sentido”.

Testimonio de hombre joven que vive con obesidad

La obesidad conlleva comorbilidades y, en muchas ocasiones, quienes la padecen no acuden a la consulta médica hasta que llegan a situaciones extremas, es decir, cuando ya tienen una obesidad grave o porque han sufrido otra enfermedad como consecuencia de la primera patología.

A la hora de abordar la obesidad hay que separar claramente la atención en etapa pediátrica y en la etapa adulta. Mientras que en la primera etapa el abordaje se centra más en la promoción de hábitos favorables , en la segunda ya existe mucha más comorbilidad, por lo que la obesidad se acaba abordando en fases ya muy avanzadas.

“En el cambio de la infancia a la adolescencia no me sentí apoyada socialmente. Al final es un problema de autoimagen y de ropa. Con 42 años de edad jamás me he puesto una minifalda o unos pantalones cortos”.

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

“A los 15 años de edad le sacaba una cabeza al resto de compañeros del colegio, pero no estaba gorda. Ahora se empiezan a prescribir dietas a niños que tienen 6 años de edad y yo sigo hasta el día de hoy con un peso de tres cifras. Simplemente, no encajamos en la sociedad”.

Testimonio de mujer joven que vive con obesidad

“A mi prima el médico le dijo que le ponía a dieta por perder un kilo. ¿De verdad? Hay que relajarse un poco a ciertas edades. Al final provocan que caigamos en trastornos de la conducta alimentaria, como en mi caso. Hay que promover que los niños tengan una relación sana con la comida”.

Testimonio de mujer joven que vive con obesidad

Para concienciar de que la obesidad es una enfermedad es clave contar con los profesionales de la salud, pero ello no siempre es fácil ya que este concepto no se ha transmitido hasta hace pocos años en las universidades. En este sentido, también resulta fundamental que los propios profesionales de los departamentos de salud laboral de los centros de trabajo sean conscientes de ello, pues las empresas son las primeras interesadas en que sus empleados tengan un buen estado de salud.

Así, aparte del estigma social, existe un sesgo por parte de los propios profesionales: en ocasiones la obesidad no se trata si no existe otro problema de salud asociado. Desde la vertiente de los profesionales que promueven el ejercicio físico, los expertos abogan por potenciar la formación desde una visión experiencial, asegurando aptitudes de empatía hacia las personas con obesidad. En ocasiones, hay personas con exceso de peso que gozan de una buena condición física y esto es algo que también deben conocer los profesionales que trabajan en este ámbito.

“Aunque vayas por otros motivos de salud, todos los médicos te acaban diciendo siempre lo mismo: debes perder peso. Muchas veces no vamos al médico porque no queremos escuchar lo de siempre. Si la salud es transversal, ¿por qué no preguntan por otras cosas? Por ejemplo, ¿cómo te sientes? ¿Cómo estás? El centro del discurso no puede ser siempre el peso y más si tú no lo pides. Al final, solo deseamos que nos traten con educación”.

Testimonio de mujer joven que vive con obesidad

“La última vez que fui a mi médico de cabecera por un tema que no tenía nada que ver con la obesidad, me mandó a hacer analíticas, medir y pesar. A mí no me parece que me traten con respeto”.

Testimonio de mujer joven que vive con obesidad

Respecto a la adecuación de espacios, además de la falta de entornos públicos para practicar actividad física, la mayoría de los expertos coinciden en afirmar que existen pocos gimnasios en España preparados para hacer un abordaje integral de la persona con obesidad e incluso hay entrenadores poco habituados a tratar con ello. En este sentido, es importante preguntar previamente a la persona que se acerca a un profesional de la salud o a un entrenador si desea hablar de su peso, antes de proceder a registrarlo de manera automática.

Tampoco todos los centros de salud ni los hospitales están diseñados ni adaptados para las personas con obesidad grave. Así, por ejemplo, las dimensiones de las puertas de las consultas o de las habitaciones dificultan la movilidad de quienes tienen esta enfermedad. Lo mismo ocurre con otras estructuras de uso común como las sillas, las camillas de urgencias o las sillas de ruedas, lo que, a veces, dificulta la derivación de un nivel asistencial a otro —por ejemplo, del hospital a la atención intermedia en un mismo complejo sanitario—.

Aún existen áreas de mejora en relación con la ropa durante el ingreso en un centro sanitario y en los espacios e infraestructuras aunque se han visto importantes avances en este sentido. Es fundamental garantizar el derecho a la intimidad de los pacientes y más aún en las personas con obesidad ofreciéndoles batas al ingreso de un tamaño adecuado que cubra correctamente todo el cuerpo.

Los expertos apuestan por la necesidad de reconocer la enfermedad siempre que se aborde de manera holística, algo que ya ocurre en el caso del abordaje de la salud mental. La clave para que este reconocimiento no contribuya todavía más al estigma y que especialmente la mujer quede libre de culpa —culturalmente ella siempre ha sido responsable de la alimentación durante la infancia— es que el abordaje de la obesidad no se lleve a cabo únicamente desde el sistema sanitario y se trabaje el antes, el durante y el después.

“La gente piensa que estás así porque comes mucho, pero en el trabajo todo son mujeres jóvenes: ellas comen carne y macarrones y yo, siempre verdura y ensalada. Son muchos los factores que inciden en el sobrepeso y la obesidad y la genética también juega en ello”.

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

Así, el reconocimiento de esta enfermedad también permitiría ahondar en estudios económicos para cuantificar su coste —actualmente no existen demasiados análisis de este tipo—, lo que resultaría fundamental a la hora de influir para realizar cambios en el abordaje, atención y seguimiento.

La obesidad debería figurar en el diagnóstico clínico y registrarse como enfermedad en la historia clínica (fomentando su codificación en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, con el código E66) en todos los niveles asistenciales, lo que, entre otros aspectos, daría lugar a investigaciones, guías, protocolos y la aplicación de medidas estratégicas. Para avanzar en esta dirección, la clave es que los expertos que manejan la obesidad estén convencidos de ello, ya que si no existe un amplio acuerdo será más complicado que un gestor sanitario habilite suficientes habitaciones para

personas con obesidad en el hospital o un responsable político impulse medidas estratégicas.

Muchos especialistas consideran la obesidad como una enfermedad psicosocial, por lo que su abordaje requiere de varias miradas. Según un estudio que se ha llevado a cabo entre 15.000 personas —entre niños con obesidad, pediatras y médicos de familia—, la inmensa mayoría de afectados de obesidad en la etapa infantil y también durante la adolescencia se autoinculpan por sufrir esta enfermedad (Halford, JCG. *et al.*, 2022).

El abordaje educacional es clave en los niños. Internet y las redes sociales tienen un gran impacto a lo largo de todas las fases de la vida, pero especialmente en la etapa infantil y en la adolescencia, donde cada vez se consumen más informaciones engañosas y no contrastadas, que permanecen fuera del control de las autoridades sanitarias.

“Lo que falta en la consulta médica me lo ha dado Internet. También es un espacio de conocimiento. Todo está muy controlado para las personas con anorexia y la bulimia y en el sistema sanitario hay unidades de hospitalización. ¿Por qué el tema de la obesidad no se trata de la misma manera?”.

Testimonio de mujer joven que vive con obesidad

La adolescencia es un momento crítico y se trata de una etapa muy vulnerable, especialmente para las mujeres, que sufren la presión de tener que cumplir con las expectativas sociales referentes a su cuerpo, motivadas por el entorno mediático y muy especialmente por las imágenes que se proyectan a través de las redes sociales.

Este ámbito es precisamente donde es necesario actuar, ya que en las redes sociales se debería reivindicar la existencia de cuerpos distintos e identificar también aquellas personas que viven sanas con un cuerpo que se sitúa fuera de los patrones estéticos que impone la publicidad o la presión social, terreno en el que los profesionales deberían entrar para apoyar y aclarar ciertos conceptos sobre la obesidad en la persona.

“Desde que tenía 14 años de edad que mi madre ya me llevaba al endocrinólogo. Pese a mi sobrepeso, siempre he sido feliz. Adelgazo 20 o 15 kilos y después los vuelvo a ganar. Me cuesta mucho mantenerme y peor ha sido con la llegada de la menopausia”.

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

Durante la adolescencia, incluso antes, al margen de la educación para la salud, debe trabajarse el desarrollo del pensamiento crítico. Ello también afecta a los propios profesionales, especialmente los que se dedican a la promoción del ejercicio físico, donde existen prejuicios dentro del propio colectivo, ya que difícilmente un entrenador o monitor de educación física enseñará una foto donde se le vea con unos kilos de más.

A veces se habla de la obesidad como la "enfermedad no transmisible", pero hay muchos estudios que demuestran que los estilos de vida se transmiten en los entornos familiares y comunitarios. Lejos de estigmatizar a las madres y a la mujer, la promoción y educación para la salud, desde un modelo saludogénico, y la detección precoz son fundamentales para manejar esta situación.

Desde el punto de vista de los endocrinólogos, el abordaje de la obesidad requiere de la implicación de todos los profesionales y también de los pacientes, así como de las asociaciones.

Desde los servicios de bienestar social todavía no se ha contemplado abordar —de forma comunitaria y con los servicios de salud— la obesidad como una enfermedad muy condicionada por los determinantes sociales de salud.

A diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades, en España no hay grupos de apoyo adecuados para las personas con obesidad. Probablemente, hay circunstancias que explican esta situación: la obesidad tiene comorbilidades y no es una entidad única, por lo que, con frecuencia, queda relacionada con enfermedades cardiovasculares y otras patologías. En este sentido, los expertos que han participado en los comités que han desarrollado este informe apuestan por incentivar la creación de asociaciones de pacientes vinculadas al problema del sobrepeso o la obesidad.

En el abordaje de la obesidad, la coordinación entre los servicios de endocrinología y nutrición, medicina interna, cardiología, atención primaria, enfermeria, rehabilitación, psicología y psiquiatría, es también esencial. Incorporar en la asistencia sanitaria la ruta asistencial para las personas con obesidad evitaría desplazamientos innecesarios, duplicidades diagnósticas y terapéuticas, mejoraría la eficiencia del proceso y aumentaría la seguridad y satisfacción del paciente y su familia. Es clave también que haya una interacción social que ahonde en el ámbito comunitario y contar, por ejemplo, con espacios de relación social para optimizar y sumar recursos. Para ello es importante que los profesionales de la salud se acerquen más a la sociedad y se impliquen en el entorno comunitario.

"Tuve gran apoyo en el momento que entré para el programa de cirugía bariátrica. Estoy muy contento con los endocrinólogos y la psicóloga clínica y, por suerte, he ido perdiendo peso. Aún así, necesitamos más apoyo mental y emocional".

Testimonio de hombre adulto que vive con obesidad

En el caso de la obesidad, los determinantes sociales de la salud son esenciales, por lo que algunos expertos defienden la necesidad de abordarla de abajo arriba: partiendo de la unidad familiar, la comunidad y después la sociedad en su conjunto. Así, proponen manejar esta patología de manera biopsicosocial y no de manera global. Los principales factores que dificultan el abordaje de la obesidad son el nivel económico, educativo o la desestructuración de la propia familia de la persona.

Respecto a la equidad y el acceso a las opciones terapéuticas, los expertos constatan que actualmente la persona con más medios económicos tiene mayor posibilidad de elección, por lo que tendrá más probabilidades de éxito. Actualmente ya se está detectando turismo para someterse a intervenciones de cirugía bariátrica para tratar la obesidad en Turquía, con el fin de evitar las largas listas de espera, que en España llegan a los 4 años, y sortear también las condiciones que los afectados deben cumplir para someterse a estas operaciones.

“Mis hijos me dicen que adelgace, pero no es fácil. Es complicado resistirse a la comida. Hay incomprensión por parte de la familia y, de hecho, ellos tampoco logran adelgazar”.

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

“Un kilo cuesta mucho de perder, pero ganar no cuesta nada”.

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

La pandemia por COVID-19 también ha afectado al ritmo de este tipo de intervenciones, por lo que hay personas que se han preparado siguiendo todos los requisitos previos para someterse a la cirugía, con el coste emocional y económico que ello comporta, y que siguen en espera, con el riesgo que conlleva para su salud.

En definitiva, el abordaje de la obesidad debe llevarse a cabo desde todas las vertientes posibles, ya que se trata de una enfermedad crónica, muy compleja en su origen, con múltiples factores que predisponen a su desarrollo.

“Socializamos todos alrededor de la comida. Quedar con los amigos equivale a ir a tomar algo, a cenar o comer, pero no sueles quedar para hacer otras actividades que impliquen no comer. La gente critica, pero no te ayuda”.

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

“Cuando estoy mentalizada no me miro ni la bollería, pero cuando la enfermedad vuelve a llamar a la puerta es un desmadre”.

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

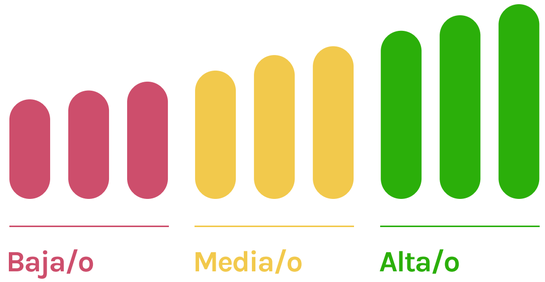
“Me he sentido culpable por comer y por existir, incluso cuando estaba delgada también. Mi entorno, en contra de su voluntad, me ha hecho sentir mal por mi cuerpo. A mí me han insultado por la calle, y no una y dos veces. A la sociedad no les gustamos. Necesitaríamos apoyo psicológico y no se nos ofrece, lo único que recibimos es la dieta de la fotocopia de 1987”.

Testimonio de mujer adulta que vive con obesidad

5. Mapa de propuestas e iniciativas de mejora

A continuación, se resumen las necesidades más relevantes para la humanización de la atención a la persona que vive con obesidad derivadas de las aportaciones de los expertos y especialistas de los comités técnicos profesionales y también de los grupos focales de pacientes, en edad adulta e infantojuvenil. Las necesidades han sido estructuradas por dimensiones de humanización y según el público objetivo, ordenadas de micro a macro (pacientes, profesionales, decisores sanitarios y sociedad).

Junto a cada necesidad se incluyen las propuestas de acción sugeridas por todos los participantes. Finalmente se pondera cada una de las propuestas con el grado de factibilidad a la hora de aplicar dicha propuesta (alta, media o baja), así como el impacto que puede generar en la calidad asistencial de las personas que viven con obesidad (alto, medio o bajo).



Índice de necesidades y propuestas

5.1. Difusión de información y formación sobre obesidad

5.2. Trabajar contra el estigma de la persona con obesidad

5.3. Soporte y acompañamiento personalizado para personas que viven con obesidad

5.4. Atención a la persona que vive con obesidad y su entorno

5.5. Coordinación asistencial interdisciplinar

5.6. Reconocimiento de la obesidad como enfermedad

5.7. Impulso y apoyo de asociaciones de pacientes

5.8. Políticas para la prevención y el abordaje de la obesidad

5.9. Promover la investigación e innovación sobre obesidad

5.1. Difusión de información y formación sobre obesidad

Necesidades destacadas:

1. Promoción y educación de la persona y su entorno
2. Alfabetización en salud de la persona y su familia
3. Sensibilización y formación a profesionales
4. Promoción de actividad física
5. Información sobre obesidad y enfermedades asociadas

01 02 03 04 05

Concepto ampliado:

Promoción de la salud y educación en hábitos saludables a personas que viven con obesidad y a su entorno.

Ver propuestas

5.1.1. Promoción de la salud y educación en hábitos saludables a personas que viven con obesidad y a su entorno.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Promover la alfabetización con sesiones formativas híbridas o telemáticas sobre entornos saludables favorables para la prevención y promoción de la salud en personas que viven con sobrepeso u obesidad en los centros de atención primaria y en las unidades especializadas en obesidad y cirugía bariátrica. En este terreno es necesario un abordaje interdisciplinar con la participación acreditada de profesionales de la salud que aporten miradas complementarias: médicos de familia, endocrinólogos, enfermeras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, nutricionistas, farmacéuticos comunitarios, preparadores físicos y medicina interna.	Media	Medio
Formación específica sobre hábitos saludables para la prevención de la obesidad en el ámbito educativo en formato presencial, virtual, a través de redes sociales y folletos informativos. Especialmente a los padres de adolescentes que viven con obesidad, dado que deben ser el ejemplo a seguir y proyectar un estilo de vida saludable. En este sentido, hay que incidir en la obesidad como enfermedad crónica y actualmente sin cura y en la que la alimentación y la falta de actividad física contribuyen a su desarrollo, pero no son los causantes —se gesta en la incapacidad de un organismo en asimilar correctamente el aporte energético—. Esto es básico para desculpabilizar al paciente y buscar objetivos realistas.	Alta	Medio
Proponer un programa educativo sobre prevención de la obesidad que cubra las necesidades detectadas en cada caso con material de apoyo escrito y píldoras educativas breves en formato *online* liderado por un grupo de trabajo multidisciplinar formado por pediatras, médicos de atención primaria, educadores, psicólogos, enfermeras, dietistas-nutricionistas, profesionales del deporte y trabajadores sociales vinculados a la atención primaria. El programa debería analizar primero las expectativas de conocimiento y, posteriormente, el aprendizaje final del alumno o usuario.	Media	Medio

5.1. Difusión de información y formación sobre obesidad

Necesidades destacadas:

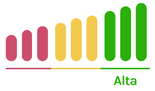
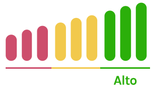
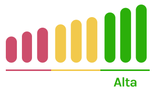
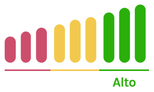
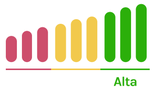
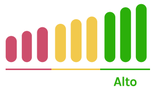
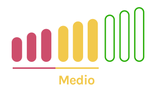
1. Promoción y educación de la persona y su entorno
2. **Alfabetización en salud de la persona y su familia**
3. Sensibilización y formación a profesionales
4. Promoción de actividad física
5. Información sobre obesidad y enfermedades asociadas

Concepto ampliado:

Formación a las personas que viven con obesidad y sus familias para adquirir hábitos alimentarios saludables, difundir conceptos básicos de nutrición adaptados a sus necesidades y promover el programa de paciente experto.

Ver propuestas

5.1.2. Formación a las personas que viven con obesidad y sus familias para adquirir hábitos alimentarios saludables, difundir conceptos básicos de nutrición adaptados a sus necesidades y promover el programa de paciente experto.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Cursos de formación específicos sobre comer bien, selección y compra de alimentos, promoción de la dieta mediterránea y cómo evitar las denominadas dietas milagro o dietas de moda que no promueven la adherencia y que contribuyen al fracaso a corto o medio plazo facilitado por los centros de salud, farmacias comunitarias, centros cívicos y alianzas en el colectivo de la restauración.		
Promover vídeos desde las asociaciones de pacientes y sociedades científicas sobre referentes y fuentes seguras de información para fomentar estilos alimentarios adecuados, ejercicio físico y conceptos básicos de nutrición en televisión, espacios publicitarios diversos en zonas concurridas y redes sociales, con la participación de *influencers* sensibilizados, enfocados en salud y no en estética, especialmente orientados a adolescentes y jóvenes.		
Informar, mediante soportes audiovisuales (vídeos y redes sociales), de los riesgos asociados al seguimiento de ciertas dietas en lo que se refiere al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.		
Creación de *apps* fiables —avaladas por expertos, pacientes y sociedades científicas— con consejos e información clave para seguir una alimentación adecuada, dormir bien, promover el ejercicio físico y el bienestar emocional y/o psicológico, así como evitar consumo de tóxicos.		

5.1. Difusión de información y formación sobre obesidad

Necesidades destacadas:

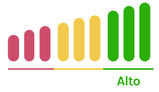
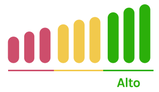
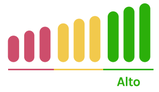
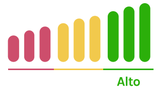
1. Promoción y educación de la persona y su entorno
2. Alfabetización en salud de la persona y su familia
3. **Sensibilización y formación a profesionales**
4. Promoción de actividad física
5. Información sobre obesidad y enfermedades asociadas

Concepto ampliado:

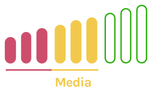
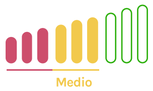
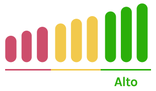
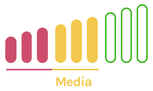
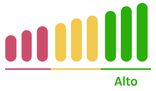
Sensibilización y formación a los profesionales de la salud sobre obesidad.

Ver propuestas

5.1.3. Sensibilización y formación a los profesionales de la salud sobre obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre personas con obesidad insistiendo en los conceptos de la obesidad como enfermedad y la importancia del estigma asociado, con el fin de desarrollar habilidades específicas para el manejo de personas con obesidad.		
Organizar cursos de formación para profesionales de la atención primaria y especialistas interesados en el abordaje de la obesidad. Estos cursos serían impartidos por expertos de distintos ámbitos de la salud y desde una perspectiva holística e interdisciplinar., y se podrían facilitar y difundir a través de sociedades científicas y colegios profesionales.		
Formación universitaria mínima obligatoria sobre obesidad en los grados universitarios de Medicina y Ciencias de la Salud para los médicos internos residentes (MIR), psicólogos internos residentes (PIR), las enfermeras internas residentes (EIR), y formación continuada entre los profesionales de atención primaria y hospitalaria a través de colegios profesionales, sociedades científicas y comisiones de formación de los distintos sistemas de salud.		
Formación periódica sobre entrevista y técnicas motivacionales durante el proceso asistencial de la persona que vive con obesidad.		
Formación sobre el uso de nuevas tecnologías y opciones terapéuticas disponibles para adaptarse al manejo y seguimiento de personas que viven con obesidad mediante plataformas o formato *online*.		

5.1.3. Sensibilización y formación a los profesionales de la salud sobre obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Incluir una asignatura sobre obesidad en el grado de Medicina y de todos los estudios vinculados con ciencias de la salud.		
Promover competencias avanzadas en Enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en obesidad en los centros de atención primaria.		
Facilitar herramientas al profesional de la salud para ayudar a manejar el estrés y la frustración que puede generar en la persona con obesidad el hecho de no lograr los objetivos de pérdida de peso acordados.		

5.1. Difusión de información y formación sobre obesidad

Necesidades destacadas:

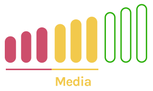
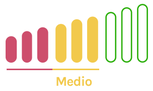
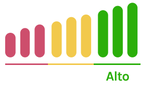
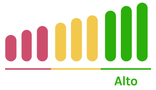
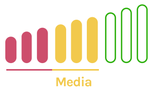
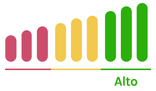
1. Promoción y educación de la persona y su entorno
2. Alfabetización en salud de la persona y su familia
3. Sensibilización y formación a profesionales
4. **Promoción de actividad física**
5. Información sobre obesidad y enfermedades asociadas

Concepto ampliado:

Promoción de actividad física para personas que viven con obesidad.

Ver propuestas

5.1.4. Promoción de actividad física para personas que viven con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Promover rutas y paseos saludables desde los centros de atención primaria, hospitales, centros cívicos y escuelas de forma periódica y en formato grupal.		
Formación en ejercicio físico desde las unidades de obesidad de los hospitales a través de vídeos con entrenamientos sencillos que se pueden subir a un canal de YouTube.		
Desde los dispositivos sanitarios y mediante la interconsulta con el equipo de trabajo social sanitario ofrecer a las personas que viven con obesidad los recursos comunitarios disponibles para realizar deporte y ejercicio físico, así como su coste económico. En caso de dificultades económicas, promover becas para financiar el acceso a estas actividades. En el caso de que la persona que vive con obesidad sea mayor y tenga a cargo hijos o esté cuidando a un anciano, promover desde el ayuntamiento una red de voluntarios para cubrir estas horas a cambio de seguir el compromiso de hacer ejercicio físico.		
Promover la creación de un sello de calidad, impulsado por sociedades científicas y pacientes, para centros deportivos que tengan sensibilidad y capacidades para trabajar con personas que viven con obesidad.		

5.1. Difusión de información y formación sobre obesidad

Necesidades destacadas:

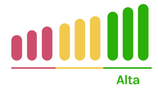
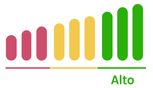
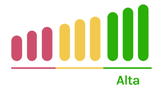
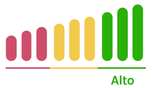
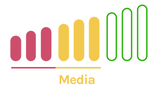
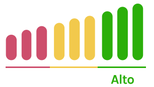
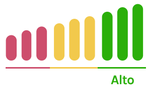
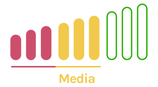
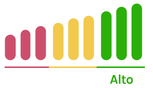
1. Promoción y educación de la persona y su entorno
2. Alfabetización en salud de la persona y su familia
3. Sensibilización y formación a profesionales
4. Promoción de actividad física
5. **Información sobre obesidad y enfermedades asociadas**

Concepto ampliado:

Información sobre la obesidad y las enfermedades asociadas —diabetes, hipertensión, apnea del sueño o cáncer—, así como las opciones existentes para abordarla, dirigida a la población general.

Ver propuestas

5.1.5. Información sobre la obesidad y las enfermedades asociadas —diabetes, hipertensión, apnea del sueño o cáncer—, así como las opciones existentes para abordarla, dirigida a la población general.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Formación, especialmente entre los jóvenes, sobre la detección de bulos sobre información en salud y especialmente obesidad en las redes sociales para saber identificar referentes y fuentes seguras y contrastadas en conceptos básicos sobre peso saludable, riesgo y enfermedades asociadas y profesionales sanitarios a los que acudir si desean abordar su sobrepeso/obesidad.		
Campaña informativa con la creación de trípticos, vídeos, pódcast o difusión de testimonios presenciales para mostrar a la sociedad en general las limitaciones que conlleva la obesidad en las actividades de la vida diaria: vestirse, atarse los zapatos, ducharse, limpiarse después de realizar las necesidades en un baño estrecho o acudir a una consulta médica cuando las sillas son pequeñas.		
Cursos de cocina saludable, dirigidos a personas con obesidad y su entorno, en espacios comunes (centros de salud, centros de trabajo, centros cívicos, colegios, centros sociales y supermercados), con la participación del comercio local y complementados con actividades extraescolares y deportivas, en los que se elaboren platos saludables, teniendo en cuenta la composición nutricional, diversidad de ingredientes, compra (producto de cercanía, de temporada, valoración de precios) y conservación.		
Creación de una guía específica para entregar en consulta de matronas y ginecólogos durante el embarazo de la mujer para consultar dudas y ofrecer información sobre la obesidad.		
Desarrollo, por parte de médicos, nutricionistas y expertos en actividad física, de pautas óptimas y estructuradas de actividad y dieta como primera opción para iniciar el tratamiento de la obesidad, así como protocolos de actuación cuanto la intervención conductual fracasa.		

5.2. Trabajar contra el estigma de la persona con obesidad

Necesidades destacadas:

1. Impulsar acciones desestigmatizadoras

2. Uso del lenguaje inclusivo estandarizado para pacientes

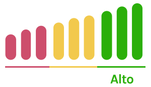
01 02

Concepto ampliado:

Impulsar acciones para desestigmatizar a la persona que vive con obesidad en todos los entornos de la sociedad, también en el entorno sanitario.

Ver propuestas

5.2.1. Impulsar acciones para desestigmatizar a la persona que vive con obesidad en todos los entornos de la sociedad, también en el entorno sanitario.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Favorecer el abordaje de la obesidad desde las escuelas para el uso crítico de las nuevas tecnologías, la información, el trabajo y la promoción de la autoestima corporal, rompiendo así con los cánones de belleza, especialmente entre las chicas y en la adolescencia. Promover, desde la educación, el pensamiento crítico.		
Crear protocolos, en los que se involucre al equipo gerencial y al personal de infraestructuras, que indiquen cómo deben ser los espacios sanitarios y las infraestructuras adaptadas a las personas con obesidad.		
Crear un decálogo de acciones en los hospitales que garanticen la intimidad de las personas con obesidad. Por ejemplo, garantizar todas las tallas de batas para las personas que ingresan en un centro sanitario, que en la mayoría de los casos dejan la parte de detrás al descubierto y vulneran el derecho a la intimidad del propio paciente, ya que no presentan el tamaño necesario para la persona.		
Impulsar estudios para profundizar en el impacto del estigma que provoca el sobrepeso y la obesidad, así como sus raíces.		
Identificar *influencers*/deportistas que hayan vivido con obesidad y que, de forma altruista, deseen involucrarse en la humanización de la atención a las personas que viven con obesidad.		
Crear premios para reconocer la labor de profesionales y medios de comunicación en la concienciación de la obesidad como una enfermedad. Por ejemplo, en alianza con la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS).		

5.2. Trabajar contra el estigma de la persona con obesidad

Necesidades destacadas:

1. Impulsar acciones desestigmatizadoras

2. Uso del lenguaje inclusivo estandarizado para pacientes

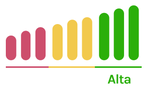
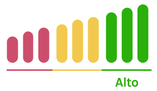
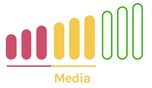
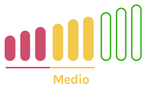
01 02

Concepto ampliado:

Utilizar un lenguaje inclusivo estandarizado para pacientes por parte de los profesionales de la salud.

Ver propuestas

5.2.2. Utilizar un lenguaje inclusivo estandarizado para pacientes por parte de los profesionales de la salud.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Crear una guía para el uso del lenguaje inclusivo dirigido a los profesionales de la salud y a los periodistas que trabajan en medios de comunicación. El objetivo es hacer uso de un lenguaje centrado en la persona para dirigirse con respeto y dignidad, evitando etiquetarlas por su condición y haciendo uso de expresiones adecuadas. Así, por ejemplo, hablar de “persona que vive con obesidad”, en lugar de expresiones estigmatizantes como “persona obesa” u “obesa”.		
Trabajar con compañías informáticas de procesadores de texto para hospitales, para que, por defecto, en el diccionario salga como incorrecto “paciente obeso”, y aparezcan de forma automatizada las opciones correctas y no estigmatizadoras.		
Promoción de un lenguaje/vocabulario no estigmatizante para el paciente que vive con obesidad liderada por endocrinólogos, nutricionistas, educadores, pedagogos, sociólogos, psicólogos, medicina interna y atención primaria. Esta guía de vocabulario se confeccionará a partir de un trabajo multicéntrico, con metodología de grupos focales con pacientes que viven con obesidad, para que sean ellos mismos quienes decidan la terminología inclusiva y no discriminatoria de su condición.		

5.3. Soporte y acompañamiento personalizado para personas que viven con obesidad

Necesidades destacadas:

1. Promover el acceso a programas de acompañamiento y promoción de hábitos saludables
2. Prevención de trastornos de conducta alimentaria
3. Acompañamiento psicológico especializado

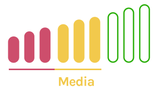
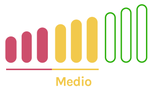
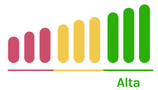
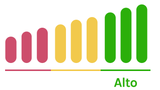
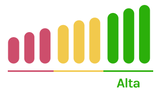
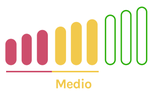
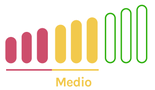
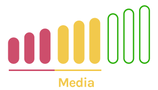
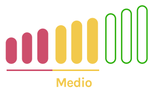
01 02 03

Concepto ampliado:

Promover programas de ayuda entre iguales para el acompañamiento y promoción de hábitos saludables para personas que viven con obesidad.

Ver propuestas

5.3.1. Promover programas de ayuda entre iguales para el acompañamiento y promoción de hábitos saludables para personas que viven con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Crear grupos de apoyo y sesiones grupales en centros de salud para promover hábitos saludables a personas que viven con obesidad y a sus familiares, así como en el pre y el posoperatorio de personas que se someten a cirugía bariátrica.		
Promoción del programa Paciente Experto en obesidad con pacientes en la misma situación con los que compartir experiencias y desplegar estrategias para afrontar el proceso.		
Informar de manera adecuada sobre los pasos, riesgos y posible lista de espera del proceso asistencial en el abordaje de la obesidad.		
Programas accesibles para entrenamiento de manejo del estrés y mejora de las estrategias de regulación emocional en centros de salud.		
Ofrecer espacios para la ventilación emocional, las dificultades para el manejo de determinados problemas (en los distintos ámbitos de la persona), la confrontación con experiencias relacionadas con el estigma, tanto en formato individual como de grupo.		

5.3. Soporte y acompañamiento personalizado para personas que viven con obesidad

Necesidades destacadas:

1. Promover el acceso a programas de acompañamiento y promoción de hábitos saludables
2. **Prevención de trastornos de conducta alimentaria**
3. Acompañamiento psicológico especializado

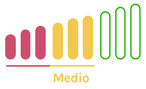
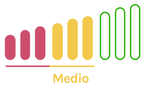
01 02 03

Concepto ampliado:

Prevención de los trastornos de conducta alimentaria derivados de la obesidad.

Ver propuestas

5.3.2. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria derivados de la obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Incluir a las personas que viven con obesidad —en la infancia como en la vida adulta— como grupos de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y así poderles hacer un seguimiento para su prevención.		
Detección de factores emocionales y conducta alimentaria excesiva, mantenedores de su situación, a través de acompañamiento psicológico.		

5.3. Soporte y acompañamiento personalizado para personas que viven con obesidad

Necesidades destacadas:

1. Promover el acceso a programas de acompañamiento y promoción de hábitos saludables
2. Prevención de trastornos de conducta alimentaria
3. **Acompañamiento psicológico especializado**

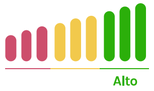
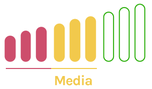
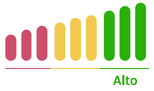
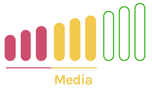
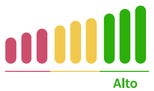
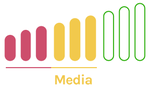
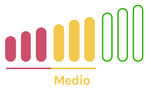
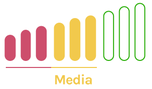
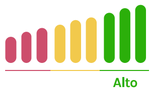
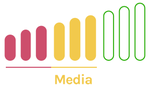
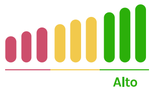
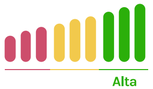
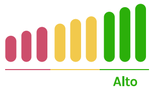
01 02 03

Concepto ampliado:

Acompañamiento psicológico para personas que viven con obesidad que se focalice en comprender la cronicidad de la enfermedad, plantear objetivos realistas y ayudar a reducir la culpabilidad y el estigma.

Ver propuestas

5.3.3. Acompañamiento psicológico para personas que viven con obesidad que se focalice en comprender la cronicidad de la enfermedad, plantear objetivos realistas y ayudar a reducir la culpabilidad y el estigma.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Incluir psicólogos clínicos/generales sanitarios en las unidades de obesidad y en los centros de atención primaria.		
Llevar a cabo una valoración psicológica de las personas que viven con obesidad en la revisión de salud laboral que se lleva a cabo en los centros de trabajo y desarrollar un programa de intervención, tras la evaluación, en los casos que lo precisen.		
Crear programas específicos para detectar acoso escolar debido a la obesidad y a los trastornos de conducta alimentaria.		
Promover el acceso a tratamiento psicológico familiar, en caso de que se detecten varios miembros de una misma familia con obesidad, o individual en el caso de personas que viven con obesidad que no cuentan con el apoyo de su entorno.		
Crear un programa de acompañamiento psicológico *online* para las personas que viven con obesidad para aumentar el acceso a estos profesionales, reduciendo costes indirectos como, por ejemplo, de desplazamiento.		
Establecer unidades de atención a la obesidad en cada área sanitaria que sean de referencia y ofrezcan al paciente un abordaje interdisciplinar.		
Creación de un programa de apoyo psicológico específico para las personas que se han sometido a una cirugía bariátrica, con una evaluación psicológica al inicio, mediante cuestionarios.		

5.4. Atención a la persona que vive con obesidad y su entorno

Necesidades destacadas:

1. Tener en cuenta la perspectiva de género, los determinantes sociales, el nivel educativo y la etapa del ciclo vital
2. Integrar a la familia, amigos y cuidadores en el proceso asistencial
3. Incluir nuevas herramientas de comunicación de profesionales con pacientes
4. Promoción de protocolos y guías clínicas específicas sobre obesidad

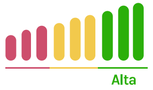
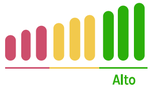
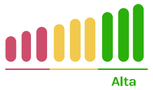
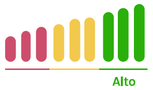
01 02 03 04

Concepto ampliado:

Tener en cuenta la perspectiva de género, los determinantes sociales, el nivel educativo y la etapa del ciclo vital en la atención de la persona que vive con obesidad.

Ver propuestas

5.4.1. Tener en cuenta la perspectiva de género, los determinantes sociales, el nivel educativo y la etapa del ciclo vital en la atención de la persona que vive con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Desplegar la atención domiciliaria y añadir protocolos de derivación en casos de personas que viven con obesidad grave con dificultades de movilidad.		
Adaptar, dentro de lo posible, la evaluación y el programa de intervención a la perspectiva de género.		

5.4. Atención a la persona que vive con obesidad y su entorno

Necesidades destacadas:

1. Tener en cuenta la perspectiva de género, los determinantes sociales, el nivel educativo y la etapa del ciclo vital
2. **Integrar a la familia, amigos y cuidadores en el proceso asistencial**
3. Incluir nuevas herramientas de comunicación de profesionales con pacientes
4. Promoción de protocolos y guías clínicas específicas sobre obesidad

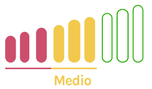
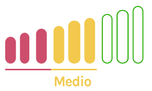
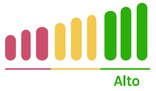
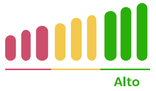
01 02 03 04

Concepto ampliado:

Integrar a la familia, amigos y cuidadores en el proceso asistencial de la persona con obesidad.

Ver propuestas

5.4.2. Integrar a la familia, amigos y cuidadores en el proceso asistencial de la persona con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Establecer mecanismos para escuchar la voz del paciente y la familia. Por ejemplo, buzones de sugerencias, encuestas, canales web, *apps* y chatbots.		
Potenciar la atención personalizada, explorando las necesidades particulares de cada paciente y su entorno, a la hora de implementar cambios de conducta.		
Incluir a personas con obesidad en las comisiones ya existentes, como son la comisión de humanización y comisión de calidad percibida, que permitan escuchar la voz del paciente en todos los ámbitos asistenciales, estructurales y estratégicos.		
Crear comisiones internas de los hospitales sobre la humanización de los pacientes, y especialmente del paciente que vive con obesidad, en las que se involucren equipos interdisciplinares, para lograr un trato más holístico e integrador. Por ejemplo, desarrollar Living Labs o Espacios de Intercambio de Experiencia de Pacientes siguiendo modelos ya operativos.		
Promover e Incorporar la figura de trabajo social sanitario en los equipos interdisciplinares en la valoración global de las personas que viven con obesidad.		

5.4. Atención a la persona que vive con obesidad y su entorno

Necesidades destacadas:

1. Tener en cuenta la perspectiva de género, los determinantes sociales, el nivel educativo y la etapa del ciclo vital
2. Integrar a la familia, amigos y cuidadores en el proceso asistencial
3. **Incluir nuevas herramientas de comunicación de profesionales con pacientes**
4. Promoción de protocolos y guías clínicas específicas sobre obesidad

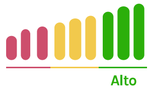
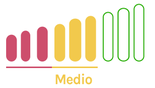
01 02 03 04

Concepto ampliado:

Incluir nuevas herramientas de comunicación de los profesionales con los pacientes que viven con obesidad.

Ver propuestas

5.4.3. Incluir nuevas herramientas de comunicación de los profesionales con los pacientes que viven con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Promover el uso humanizado de la telemedicina mediante la atención y el seguimiento remoto de los pacientes con obesidad utilizando plataformas seguras que permitan el envío, revisión y ajustes del plan dietético y de ejercicio propuesto así como el seguimiento y cumplimiento de los mismos.		
Realizar seminarios prácticos informativos para profesionales sobre el manejo útil de nuevas tecnologías y redes sociales, como canal de diseminación y comunicación.		
Establecer un plan de comunicación con el paciente que vive con obesidad y que frecuenta la farmacia de forma habitual.		

5.4. Atención a la persona que vive con obesidad y su entorno

Necesidades destacadas:

1. Tener en cuenta la perspectiva de género, los determinantes sociales, el nivel educativo y la etapa del ciclo vital
2. Integrar a la familia, amigos y cuidadores en el proceso asistencial
3. Incluir nuevas herramientas de comunicación de profesionales con pacientes
4. **Promoción de protocolos y guías clínicas específicas sobre obesidad**

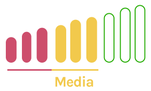
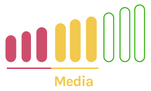
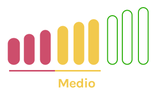
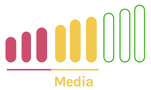
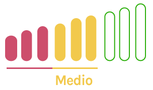
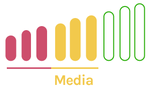
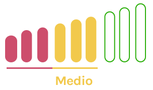
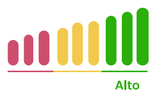
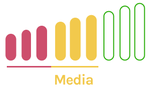
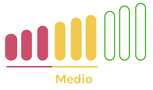
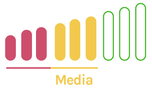
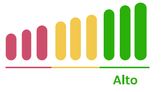
01 02 03 04

Concepto ampliado:

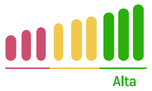
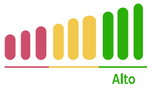
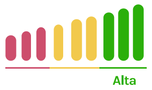
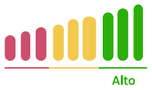
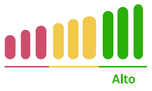
Promoción de protocolos y guías clínicas específicas sobre obesidad, elaborados y con una visión integrada de atención primaria y hospitalaria.

Ver propuestas

5.4.4. Promoción de protocolos y guías clínicas específicas sobre obesidad, elaborados y con una visión integrada de atención primaria y hospitalaria.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Revisión y actualización de los actuales protocolos para el abordaje de la obesidad. Tener en cuenta en la elaboración el consenso en la atención primaria, hospitalaria y pacientes, incorporando el enfoque integral y multidisciplinar para la prevención, diagnóstico y abordaje.		
Seguimiento de casuística de pacientes que viven con obesidad que llegan a primeras visitas a atención primaria y que finalmente acuden a la atención especializada u hospitalaria, que permita estudiar el flujo e identificar deficiencias en el mismo.		
Registro estandarizado de la obesidad en la historia clínica del paciente, con inclusión del grado. Unificación de protocolos de evaluación e intervención en las historias clínicas de los pacientes que viven con obesidad. Integración de entrevistas semiestructuradas y otros instrumentos de *screening* del análisis funcional de la conducta. Realizar mapas de experiencia de pacientes.		
Actualizar o sustituir los índices de IMC y ajustarlos a la visión de género y etnia.		
Valorar la obesidad basándose en el porcentaje, distribución y actividad de grasa corporal que diferencie a los pacientes con sus distintos fenotipos.		
Fomentar el abordaje de la obesidad mediante una reducción y mantenimiento del peso corporal a partir de una modificación conductual y opciones terapéuticas.		
Introducir metodologías de experiencia del paciente para transformar el contexto sanitario de manera conjunta y alcanzar resultados en salud. Diseño de PROM y PREM específicos para personas con obesidad.		

5.4.4. Promoción de protocolos y guías clínicas específicas sobre obesidad, elaborados y con una visión integrada de atención primaria y hospitalaria.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Registrar los fallecimientos por comorbilidades asociadas a la obesidad, impulsándose a través de la Sociedad Española de Documentación Médica.		
Incluir la historia familiar de obesidad en la historia clínica del paciente.		
Incluir el análisis de composición corporal como medida obligatoria en el estudio de la persona con obesidad.		
Instaurar un tallímetro y un metro en cada consulta médica o de enfermería. El peso y la talla no deben ser opcionales en la historia electrónica, sino un criterio de calidad y seguridad.		
Establecer unos protocolos básicos en el tratamiento de la obesidad que incluyan a los diferentes agentes sanitarios en su conocimiento y aplicación.		

5.5. Coordinación asistencial interdisciplinar

Necesidades destacadas:

1. Garantizar la coordinación entre los diversos niveles asistenciales
2. Optimizar y crear rutas asistenciales y flujos adaptados al paciente

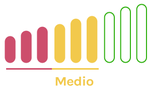
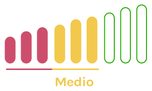
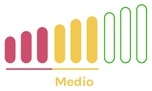
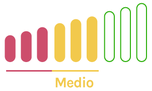
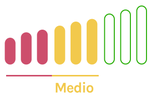
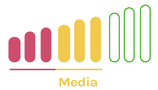
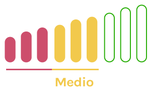
01 02

Concepto ampliado:

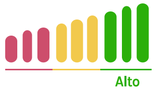
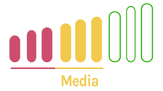
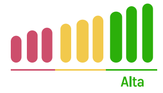
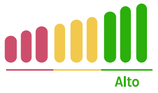
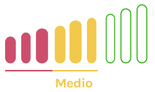
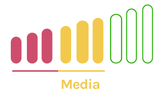
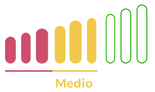
Garantizar la coordinación entre los diversos niveles asistenciales del ámbito de la salud y del entorno social y educativo para mejorar el abordaje de la persona que vive con obesidad.

Ver propuestas

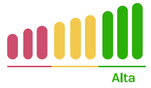
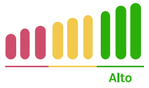
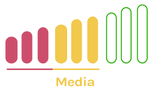
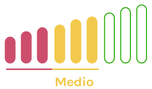
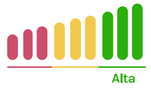
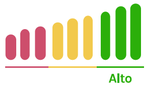
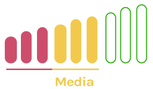
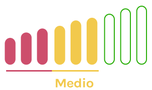
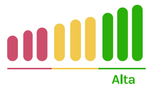
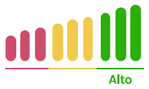
5.5.1. Garantizar la coordinación entre los diversos niveles asistenciales del ámbito de la salud y del entorno social y educativo para mejorar el abordaje de la persona que vive con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Valorar en los equipos sanitarios la figura del trabajador social sanitario para acompañar y evaluar las áreas sociales del paciente y su entorno.	Media	 Medio
Promover la presencia de la enfermería en la escuela.	Media	 Medio
Establecer planes estratégicos de intervención y seguimiento del paciente que vive con obesidad, con el apoyo también de las farmacias comunitarias.	Media	 Medio
Impulsar las intervenciones de las enfermeras de atención primaria en el entorno comunitario: asociaciones, centros cívicos, mercados, colegios e institutos.	Media	 Medio
Incorporar la figura de un endocrinólogo de referencia en las áreas básicas de atención primaria. Fomentar la comunicación entre especialistas de hospital y atención primaria, por ejemplo, con consultas electrónicas y videoconsultas multidisciplinares.	Baja	 Medio
Integrar agentes sociales y comunitarios en la atención sanitaria.	 Media	 Medio
Incluir dietistas-nutricionistas y especialistas en actividad física y deporte en los equipos asistenciales, especialmente en la atención primaria.	Media	Alto

5.5.1. Garantizar la coordinación entre los diversos niveles asistenciales del ámbito de la salud y del entorno social y educativo para mejorar el abordaje de la persona que vive con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Creación de grupos de trabajo de obesidad que faciliten la coordinación sanitaria. Actualmente, ya existen grupos de trabajo en distintas sociedades científicas, pero habría que trabajar de manera coordinada para aunar esfuerzos y evitar duplicidades de materiales. También existen grupos de trabajo coordinados denominados Procesos de Continuidad Asistencial compuestos por atención hospitalaria y atención primaria.		
Fomentar cursos y jornadas sobre obesidad a las que puedan acudir profesionales de todos los niveles asistenciales y pacientes		
Creación de unidades sociosanitarias de larga estancia para el tratamiento de pacientes con obesidad grave.		
Creación de unidades de obesidad en todos los hospitales de tercer nivel.		
Implantar iniciativas de gestión de calidad en las unidades de obesidad.		
Aumentar la oferta de hospitales de día para el tratamiento de personas con obesidad grave.		

5.5.1. Garantizar la coordinación entre los diversos niveles asistenciales del ámbito de la salud y del entorno social y educativo para mejorar el abordaje de la persona que vive con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Crear unidades multidisciplinares, que incluyan pacientes y asociaciones, para el abordaje de la obesidad; siendo referentes para cada área sanitaria y estando avaladas por las direcciones médicas y gerencias de hospital.		
Promover la figura de enfermera experta en obesidad.		
Ampliar las plazas de dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud.		
Impulsar las intervenciones de los farmacéuticos en el área de atención primaria y comunitaria, así como a través de las asociaciones públicas y privadas, colegios, centros públicos y gimnasios, etc.		
Promover una colaboración estrecha entre sociedades científicas para el abordaje de la obesidad, y concienciar de que se trata de una enfermedad transversal multifactorial que requiere de un abordaje multidisciplinar.		

5.5. Coordinación asistencial interdisciplinar

Necesidades destacadas:

1. Garantizar la coordinación entre los diversos niveles asistenciales

2. Optimizar y crear rutas asistenciales y flujos adaptados al paciente

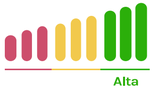
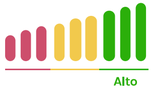
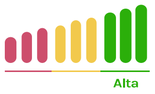
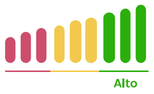
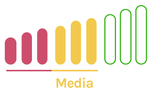
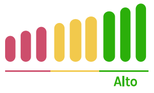
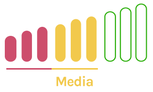
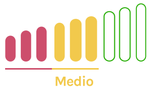
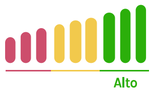
01 02

Concepto ampliado:

Optimizar y crear rutas asistenciales y flujos adaptados al paciente que vive con obesidad.

Ver propuestas

5.5.2. Optimizar y crear rutas asistenciales y flujos adaptados al paciente que vive con obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Diseño de planes asistenciales integrados, que combinen asistencia presencial y remota coordinada con participación del paciente, con objetivos establecidos y conocidos por parte del paciente.		
Elaboración de protocolos asistenciales, con criterios mínimos para una atención de calidad, tanto presencial como telemática.		
Promover un programa estructurado de intervención en el estilo de vida, que incluya un plan de alimentación saludable, actividad física programada e intervenciones conductuales dirigida a todos los pacientes que deseen abordar su sobrepeso u obesidad.		
Optimizar los recursos a nivel local o comarcal para promover talleres comunitarios de *health literacy*, por grupos y áreas sanitarias específicas de población y dinamizados desde un centro de salud.		
Plantear la posibilidad de disponer de un gestor de casos a nivel hospitalario, como mínimo. Se trata de pacientes en situación de complejidad y cronicidad, controlados, generalmente, por múltiples especialistas.		

5.6. Reconocimiento de la obesidad como enfermedad

Necesidades destacadas:

1. Reconocer la obesidad como patología

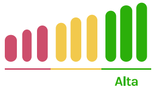
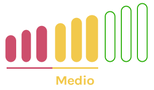
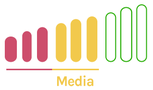
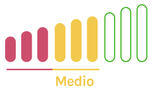
01

Concepto ampliado:

Reconocer la obesidad como patología y el sobrepeso como una antesala de esta enfermedad desde la perspectiva del paciente ciudadano y su entorno.

Ver propuestas

5.6.1. Reconocer la obesidad como patología y el sobrepeso como una antesala de esta enfermedad desde la perspectiva del paciente ciudadano y su entorno.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Valorar la prevalencia de la obesidad en profesionales de la salud y promover planes dietéticos y de ejercicio específicos desde los departamentos de Salud Laboral. Ya hay proyectos de salud laboral relacionados con la implementación de hábitos de vida saludables; por ejemplo, en el Servicio Navarro de Salud se organiza el proyecto Renuévate.		
Realizar campañas informativas a políticos y fomentar acuerdos consensuados con todos los partidos para penalizar determinada publicidad en horario protegido.		

5.7. Impulso y apoyo de asociaciones de pacientes

Necesidades destacadas:

1. Potenciar la creación de asociaciones de pacientes y sus actividades

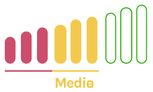
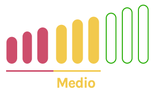
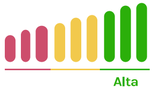
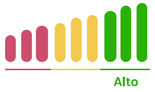
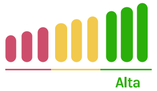
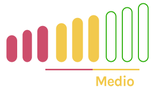
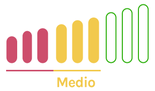
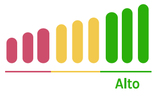
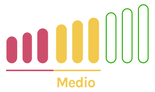
01

Concepto ampliado:

Potenciar la creación de asociaciones de pacientes que viven con obesidad y apoyar las actividades y las líneas de trabajo que se lleven a cabo.

Ver propuestas

5.7.1. Potenciar la creación de asociaciones de pacientes que viven con obesidad y apoyar las actividades y las líneas de trabajo que se lleven a cabo.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Incentivar la creación y difusión de las asociaciones de pacientes a través de la red social, de salud y comunitaria.		
Integrar el ejercicio físico y la promoción de hábitos saludables en las asociaciones de pacientes que viven con obesidad y otras enfermedades relacionadas con la obesidad (oncología, diabetes, patología articular, etc.). De igual manera, será imprescindible establecer una relación de colaboración, escucha activa y empoderamiento del plan de acción de las asociaciones con los profesionales sanitarios.		
Creación de portales informativos y formativos validados por profesionales expertos en obesidad entre asociaciones de pacientes y sociedades científicas.		
Contactar con asociaciones de pacientes (Asociación contra el Cáncer, Federación Española de Diabetes, Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa, Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia, etc.) para que puedan aportar referentes y desplegar, a través de otras entidades, secciones específicas vinculadas con la obesidad; por ejemplo, obesidad y cáncer, obesidad y riesgo cardiovascular, obesidad y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), etc.		
Promover la participación de las sociedades científicas con las asociaciones de pacientes para prestarles apoyo y garantizar que sus actividades y acciones están validadas científicamente.		
Establecer alianzas entre hospitales, organizaciones sanitarias, industria farmacéutica y asociaciones de pacientes para participar en seminarios específicos de formación, sobre comunicación y el vocabulario utilizado por los especialistas.		

5.8. Políticas para la prevención y el abordaje de la obesidad

Necesidades destacadas:

1. Promover la implicación de agentes interesados en la prevención y abordaje de la obesidad
2. Garantizar una equidad territorial para el acceso al tratamiento
3. Impulsar una estrategia común entre CC. AA.

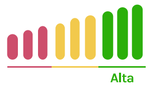
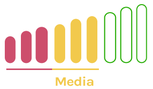
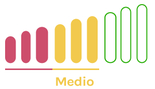
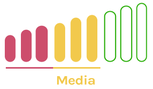
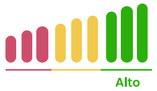
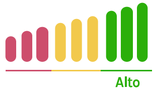
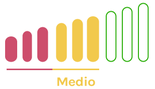
01 02 03

Concepto ampliado:

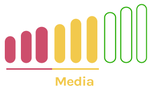
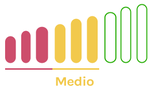
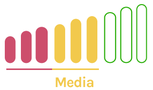
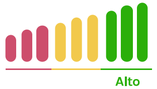
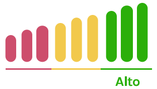
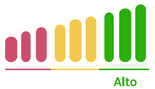
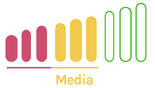
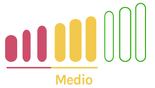
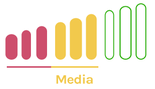
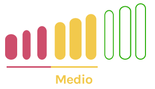
Promover la implicación de administraciones, empresas, organizaciones de trabajo, colegios e institutos y la industria en la prevención y el abordaje de la obesidad, para fomentar hábitos saludables.

Ver propuestas

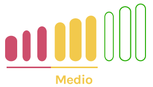
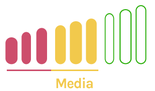
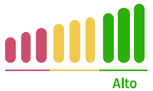
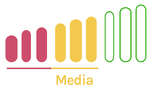
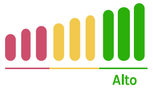
5.8.1. Promover la implicación de administraciones, empresas, organizaciones de trabajo, colegios e institutos y la industria en la prevención y el abordaje de la obesidad, para fomentar hábitos saludables.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Difundir a nivel estatal el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil y la estrategia NAOS (Nutrición y hábitos de vida saludables en el entorno escolar).		
Promover la obesidad como una prioridad sanitaria y social con la implementación del Decálogo de Derechos de las Personas con Obesidad presentado en el Congreso de los Diputados por la filial en España de la red OPEN (Obesity Policy Engagement Network).		
Crear un sello de calidad, una iniciativa que ya se está desarrollando desde la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), para los centros deportivos que incluyen el lenguaje inclusivo y evitan ciertas acciones para eliminar barreras para la práctica de la actividad deportiva. Por ejemplo, centros con menos espejos donde mirarse y centrarse más en el movimiento, máquinas de ejercicio adaptadas a las necesidades de todas las tallas y reducción de las imágenes que representan cuerpos ideales poco realistas, así como el uso de un lenguaje respetuoso por parte de los entrenadores y del personal.		
Potenciar acuerdos con empresas de moda inclusiva para dar acceso a ropa deportiva de calidad para las personas con obesidad que quieran mejorar su condición física.		
Diseñar e implementar, a través de las Consejerías de Salud de las distintas CC. AA., una base de datos que recoja el diagnóstico y abordaje de las personas que viven con obesidad, con el fin de tener una base de datos global y conjunta para todo el país.		

5.8.1. Promover la implicación de administraciones, empresas, organizaciones de trabajo, colegios e institutos y la industria en la prevención y el abordaje de la obesidad, para fomentar hábitos saludables.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Aportar una valoración global nutricional con información del contenido calórico en los menús y las cartas de restaurantes.		
Limitar la disponibilidad a alimentos ultraprocesados en centros educativos y sanitarios.		
Promover los menús saludables en empresas, colegios e institutos.		
Retirar de las máquinas de venta automática, en centros de trabajo, hospitales, institutos y áreas vinculadas al transporte público, los productos no saludables y sustituirlos por otros más saludables, como frutas y hortalizas peladas y listas para comer.		
Incentivar, conjuntamente y con el apoyo de las sociedades científicas, que las empresas creen un departamento de hábitos saludables que no solo integre al médico de la empresa, sino también a otros profesionales de la salud.		
Desplegar programas en los centros de trabajo y en los centros de educación para fomentar hábitos saludables y ofrecer incentivos para su cumplimiento.		

5.8.1. Promover la implicación de administraciones, empresas, organizaciones de trabajo, colegios e institutos y la industria en la prevención y el abordaje de la obesidad, para fomentar hábitos saludables.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Desplegar un pacto nacional con la industria textil para estandarizar las tallas de ropa.		
Conseguir que el reconocimiento de la enfermedad sea un objetivo transversal en todos los dispositivos sanitarios del país (tanto en la atención primaria como en la hospitalaria), con el apoyo del Ministerio de Sanidad, las sociedades científicas (SEEDO, SED, COP, SEMI, etc.), colegios profesionales y centros de investigación de excelencia a nivel de todo el Estado español (CIBERobn del ISCIII, entre otros).		
Incluir en la solicitud de proyectos de investigación competitivos de las distintas agencias estatales y autonómicas la perspectiva de humanización de la persona que vive con obesidad (de forma similar a la consideración de la perspectiva de género), incentivando el uso de un lenguaje no estigmatizante y priorizando los proyectos que consideren esta cuestión.		

5.8. Políticas para la prevención y el abordaje de la obesidad

Necesidades destacadas:

1. Promover la implicación de agentes interesado en la prevención y abordaje de la obesidad
2. Garantizar una equidad territorial para el acceso a opciones terapéuticas
3. Impulsar una estrategia común entre CC. AA.

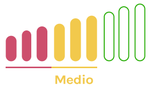
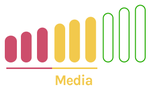
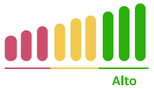
01 02 03

Concepto ampliado:

Garantizar una equidad territorial para el acceso a opciones terapéuticas contra la obesidad.

Ver propuestas

5.8.2. Garantizar una equidad territorial para el acceso a opciones terapéuticas contra la obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Integración en la cartera de servicios de la sanidad de todas aquellas opciones terapéuticas para el abordaje de la obesidad y que actualmente están excluidos.		
Incluir la cirugía bariátrica en la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos.		

5.8. Políticas para la prevención y el abordaje de la obesidad

Necesidades destacadas:

1. Promover la implicación de agentes interesado en la prevención y abordaje de la obesidad
2. Garantizar una equidad territorial para el acceso al tratamiento
3. **Impulsar una estrategia común entre CC. AA.**

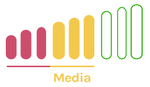
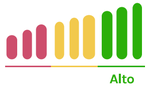
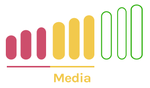
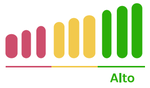
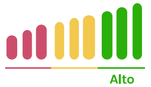
01 02 03

Concepto ampliado:

Impulsar una estrategia común entre comunidades autónomas para afrontar la obesidad.

Ver propuestas

5.8.3. Impulsar una estrategia común entre comunidades autónomas para afrontar la obesidad.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Promover el desarrollo de un plan estratégico para el abordaje de la persona que vive con obesidad en la edad adulta que sea común para todas las CC. AA. con la participación en el diseño de pacientes con obesidad y asociaciones de pacientes.		
Impulsar un plan estratégico para el abordaje de la persona que vive con obesidad, en la línea del Plan Estratégico Nacional (Gobierno de España, 2022) para la reducción de la obesidad infantil presentado por el Gobierno de España y adaptarlo a las realidades de cada comunidad autónoma. Para su elaboración, contar con todos los actores implicados. En dicho plan habría que potenciar medidas políticas y regulatorias que permitan avanzar en la creación de entornos físicos, sociales y comerciales que no sean tan obesogénicos.		
Elaborar guías clínicas para toda España, con la incorporación de una cartera de servicios comunes.		

5.9. Promover la investigación e innovación sobre obesidad

Necesidades destacadas:

1. Promover la investigación clínica

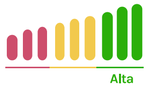
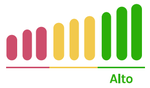
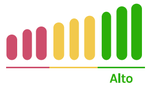
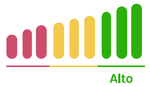
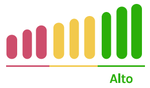
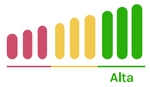
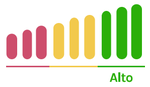
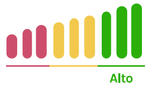
01

Concepto ampliado:

Promover la investigación clínica e innovación tecnológica para el tratamiento de la obesidad que permita mejorar su conocimiento para seguir avanzando en su tratamiento y mejora de la atención ofrecida.

Ver propuestas

5.9.1. Promover la investigación clínica cualitativa e innovación tecnológica para el tratamiento de la obesidad que permita mejorar su conocimiento para seguir avanzando en su tratamiento y mejora de la atención ofrecida.

Propuestas	FACTIBILIDAD	IMPACTO
Crear becas y premios específicos para proyectos de investigación y de innovación vinculados con la prevención y el abordaje de la obesidad, especialmente para jóvenes investigadores (menores de 45 años), donde se requiera una cultura de investigación y en la promoción de tesis doctorales.		
Promover ayudas públicas y apoyar a las sociedades científicas para que sigan investigando sobre esta enfermedad.		
Impulsar campañas de recaudación de fondos para promover la investigación sobre obesidad.		
Presentar premios anuales de investigación sobre la obesidad, a nivel hospitalario o de territorio sanitario, dirigidos a jóvenes investigadores (residentes o profesionales de la salud menores de 40 años).		
Desarrollo de estrategias terapéuticas de manejo del estrés, de fomento de la actividad física, de reducción del consumo de sustancias, etc. a través de las nuevas tecnologías. Uso de la gamificación para mejorar adherencia y motivación de los programas de hábitos saludables (diseño de aplicaciones móviles, *serious games*, etc.).		
Impulsar ensayos para demostrar la eficacia de estas *apps*, más interactivas y motivadoras (especialmente para los niños y adolescentes), trabajando en la línea de conseguir *medical devices* con toda la regulación que se requiera, que sean fácilmente accesibles para los profesionales de la salud que trabajan con la obesidad, así como para los pacientes.		

6. Conclusiones

Este documento es el resumen del trabajo realizado para poner de manifiesto las percepciones y las necesidades profesionales y del colectivo de pacientes en la atención a la persona que vive con obesidad, desde un punto de vista multidisciplinar-multiprofesional, integral y humanizador.

Con este informe, se pretende sensibilizar no solo a la sociedad en general sino, específicamente, a las personas que toman decisiones en las administraciones sanitarias, y también a las propias organizaciones sanitarias, para que implementen de una manera decidida algunas de las acciones propuestas a partir de las necesidades detectadas. Todo ello debe permitir avanzar hacia un diagnóstico, control y abordaje integral de las personas que viven con obesidad, poniendo a disposición de los profesionales y las personas afectadas los recursos necesarios.

El desconocimiento de la sociedad sobre esta enfermedad promueve la proliferación de prejuicios y estigmatiza a las personas que viven con obesidad. La elaboración del presente informe ha permitido poner de manifiesto la necesidad de informar y formar a la sociedad en su conjunto para dar respuesta a uno de los mayores retos de salud pública del presente siglo, así como dar un trato humano y digno a las personas que viven con obesidad.

Las causas de la obesidad no están únicamente relacionadas con la alimentación o la actividad física sino que también intervienen otros factores del estilo de vida, como el sueño o el bienestar psicológico, así como otros aspectos socioeconómicos que condicionan la aparición de esta enfermedad. Y las consecuencias de la obesidad afectan a todo el organismo, siendo el origen de las patologías relacionadas con las principales causas de mortalidad (cardiovasculares, metabólicas y oncológicas).

Ante esta situación, debe avanzarse en la capacitación humanista del conjunto de profesionales para conocer esta enfermedad, fomentar su prevención e impulsar un abordaje integral y biopsicosocial de dicha patología, haciendo especial hincapié en acciones formativas interdisciplinares que promuevan el apoyo psicológico, la desestigmatización y una atención equitativa y humanizada —con independencia del género y del poder adquisitivo de las personas que viven con obesidad— para generar cambios de atención a todos los niveles del sistema de salud y social.

7. Epílogo

“Nos ha tocado el gordo”

Expresión coloquial que escuchamos todos los años el 22 de diciembre, coincidiendo con el sorteo de la lotería en el que más gente participa y con uno de los mayores premios en juego (“el Gordo”). Creo que puede ser interesante revisar algunas de las características de este sorteo y compararlas con las experiencias personales y el entorno que rodea a las personas que viven con obesidad.

- **Anticipación:** los décimos se empiezan a comprar en verano. Pensar en Navidad está asociado a las ideas de familia, amigos, cenas especiales, regalos... Y a algo que nunca falla: esa ilusión que produce la lotería de Navidad.
- **Inversión:** el sorteo extraordinario de Navidad facturó en la edición del año 2022 más de 3.000 millones de euros, una media de 67,11 euros por habitante, lo que representa un 5 % más respecto a 2021.
- **Compartir:** es tradición compartir los décimos con amigos, familiares o compañeros de trabajo.
- **Medios de comunicación:** el sorteo de Navidad cada año está promocionado por un *spot* que cautiva al público e incita a participar en el sorteo y soñar con el “Gordo”.
- **Planificación:** ¿Y si me toca el Gordo? Todos hemos imaginado qué sueños podríamos cumplir si fuésemos los afortunados.

¿Y si nos tocase “el Gordo” a los profesionales que nos dedicamos a la atención y cuidado de personas con obesidad?

- **Anticipación:** los niños con obesidad y con sobrepeso suelen seguir siéndolo en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer, a edades más tempranas, enfermedades no transmisibles como diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- **Inversión (costes):** los costes relacionados con la obesidad y el sobrepeso en España ascienden a más de 25.000 millones de euros y crecerán un 211 % hasta el año 2060, cuando equivaldrán al 2,4 % del PIB español. Los resultados apuntan a que los costes indirectos representan el 65 % del impacto económico total. Teniendo en cuenta que la obesidad es causa de múltiples complicaciones metabólicas, como la diabetes, la hipertensión arterial, la dislipemia, los eventos cardiovasculares y otras patologías como la apnea del sueño, la osteoartritis, infertilidad e incluso el cáncer, cabe destacar que el abordaje de la obesidad presenta una buena relación coste-beneficio.
- **Compartir (entorno):** las estrategias de obesidad existentes a menudo se centran únicamente en la persona y no abordan las causas sociales, biológicas y del entorno que son responsables del aumento de los niveles de

obesidad, como la genética, la falta de acceso a una alimentación saludable o la falta de equidad en el acceso de opciones terapéuticas.

- **Medios de comunicación:** en los últimos años se están planteando campañas para acabar con la gordofobia y los estigmas asociados a la obesidad. Se reclama que se incluyan tallas y perfiles no normativos de mujeres y hombres en campañas publicitarias, páginas web y actividades oficiales.
- **Planificación:** en este documento hemos querido recoger los aspectos más importantes de la obesidad como enfermedad y como base fundamental de las principales causas de mortalidad, así como los aspectos relacionados con la humanización en la atención.

Podríamos decir que la obesidad es una enfermedad extraordinaria, llena de historias extraordinarias. Y que, para los profesionales sanitarios y para las personas con obesidad, el mejor premio es poder disponer de los mejores medios, profesionales y técnicos, para poder dar una mejor atención y cuidado a las personas que viven con obesidad.

Mucha suerte y espero que nos toque “el Gordo”.

Ana Zugasti Murillo
Miembro del comité coordinador

Personas con obesidad y estigma

La obesidad es una condición médica que se caracteriza por un exceso de grasa corporal y que puede conllevar problemas de salud graves como diabetes, enfermedades cardíacas y cáncer, entre otros. Sin embargo, a menudo se asocia con un estigma social negativo que puede llevar a la discriminación y al maltrato de las personas que la padecen, con la consiguiente afectación a la estima y el bienestar de la persona que la padece.

Este estigma se deriva de la creencia errónea de que la obesidad es un resultado de la falta de voluntad o disciplina, y que las personas que la padecen son perezosas o glotonas. Esto lleva a la discriminación en el lugar de trabajo, en las interacciones sociales y en la atención médica. Además, se ha demostrado que el estigma puede tener un impacto negativo en la salud física y mental de las personas obesas, lo que puede llevar a un mayor aumento de peso y una mayor dificultad para perder peso.

Es importante comprender que la obesidad es una condición compleja que puede estar influenciada por factores genéticos, ambientales y sociales, y que la culpa y la vergüenza no son soluciones eficaces para su tratamiento. La humanización es un enfoque que reconoce la importancia de tratar a las personas que padecen obesidad con respeto, dignidad y compasión, y que

promueve la comprensión de las causas y los desafíos que enfrentan estas personas.

La humanización de la obesidad también implica abogar por políticas y prácticas que promuevan la equidad y la justicia en la atención médica, la educación y el empleo. Esto puede incluir la promoción de opciones de estilo de vida saludable, la educación sobre la diversidad corporal y la promoción de la actividad física en un entorno amigable y accesible para todas las personas, independientemente de su tamaño o forma corporal.

En resumen, la obesidad es una condición médica y las personas que la padecen no deberían ser estigmatizadas ni tratadas con desprecio. La humanización de la obesidad es un enfoque que reconoce la complejidad de esta condición y promueve el trato respetuoso y compasivo de todas las personas que la padecen. Esto puede conducir a una mayor equidad y justicia en la atención médica y la sociedad en general, y a mejores resultados de salud para todas las personas.

Fernando Fernández Aranda
Miembro del comité coordinador

8. Bibliografía

1. Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr.* 2019;33(2):72-89.

2. Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Alberdi Aresti G, et al. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 Años) 2014-2015: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69(6):579-87.

3. Bacaro V, Ballesio A, Cerolini S, et al. Sleep duration and obesity in adulthoohadulthood: An updated systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract.* 2020;14(4):301-9.

4. Ballesteros Pomar MD, Vilarrasa García N, Rubio Herrera MA, et al. Abordaje clínico integral SEEN de la obesidad en la edad adulta: resumen ejecutivo. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2019;66(3):187-94.

5. Bereket A, Kiess W, Lustig RH, et al. Hypothalamic obesity in children. *Obes* Rev. 2015;13(9):780-98.

6. Brown JC, Carson TL, Thompson HJ, et al. The triple health threat of diabetes, obesity, and cancer-epidemiology, disparities, mechanisms, and interventions. Obesity (Silver Spring). 2021;29(6):954-59.

7. Cafasso, J. (2020). “How does obesity affect the body?”, Healthline Media. Disponible en: https://www.healthline.com/health/obesity/how-obesity-affects-body#articleHistory-wp-2092829 [Consultado el: 4 de septiembre de 2023]

8. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ.* 2000;320(7244):1240-3.

9. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007;85(9):660-7.

10. De Vries CEE, Terwee CB, Al Nawas M, et al. Outcomes of the first global multidisciplinary consensus meeting including persons living with obesity to standardize patient-reported outcome measurement in obesity treatment research. *Obes* Rev. 2022;23(8):e13452.

11. Dhurandhar NV. “What is obesity? Obesity musings.”. *Int J Obes* (Lond). 2022;46(6):1081-2.

12. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, et al. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for metabolic and bariatric surgery. Surg *Obes Relat Dis.* 2022;18(12):1345-56.

13. Espallardo O, Busutil R, Torres A, et al. The impact of severe obesity on healthcare resource utilisation in Spain. *Obes Surg.* 2017;27(8):2058-66.

14. Ferguson C, David S, Divine L, et al. Obesity Drug Outcome Measures: A Consensus Report of Considerations on Pharmacologic Interventions. *George Washington University School of Public Health and Health Services.* 2013, Washington DC. Disponible en: https://www.documentcloud.org/documents/1875602-obesity-drug-outcome-measures-report-from-george. [Último acceso: 07 09 2023].

15. Gallagher D, Heymsfield SB, Heo M, et al. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(3):694-701.

16. Garaulet M, Gómez-Abellán P. Chronobiology and obesity. *Nutr Hosp.* 2013;28(Suppl 5):114-20.

17. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. ", *Endocr Pract.* 2016;22(Suppl 3):1-203.

18. Gil JM, Takourabt S. Socio-economics, food habits and the prevalence of childhood obesity in Spain. *Child Care Health Dev.* 2017;43(2):250-8.

19. Gobierno de España. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030). Resumen ejecutivo. 2022. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2022/100622-plan-estrategico-nacional-reduccion-obesidad-infantil_en-plan-bien.pdf. [Último acceso: 07 09 2023].

20. Goisser S, Kemmler W, Porzel S, et al. Sarcopenic obesity and complex interventions with nutrition and exercise in community-dwelling older persons-a narrative review. *Clin Interv Aging.* 2015;10;1267-82.

21. Gómez SF, Homs, C, Wärnberg J, et al. Study protocol of a population-based cohort investigating physical activity, sedentarism, lifestyles and obesity in Spanish youth: the PASOS study. *BMJ Open.* 2020;10(9):e036210.

22. Gómez SF, Lorenzo L, Ribes C, et al. Main results of the PASOS 2019 study on physical activity, lifestyle and obesity of the Spanish population aged 8 to 16. *Gasol Foundation.* 2019, Barcelona. Disponible en: https://gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2021/06/PASOS STUDY-2019.pdf. [Último acceso: 07 09 2023].

23. Gómez-Ambrosi, J, Silva C, Galofré JC, et al. Body mass index classification misses subjects with increased cardiometabolic risk factors related to elevated adiposity. *Int J Obes (Lond).* 2012;36(2):286-94.

24. Gómez-Ambrosi, J, Silva C, Catalán V, et al. Clinical usefulness of a new equation for estimating body fat. *Diabetes Care.* 2012;35(2):383-8.

25. Halford JCG, Bereket A, Bin-Abbas B, et al. Misalignment among adolescents living with obesity, caregivers, and healthcare professionals: ACTION Teens global survey study. *Pediatr Obes.* 2022;17(11):e12957.

26. Hernáez A, Zomeño MD, Dégano IR, et al. Excess weight in Spain: Current situation, projections for 2030, and estimated direct extra cost for the Spanish Health System. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2019;72(11):916-24.

27. Hruby A, Hu FB. The epidemiology of obesity: A big picture.". *Pharmacoeconomics.* 2015;33(7):673-89.

28. Huxley R, Mendis S, Zheleznyakov E, et al. Body mass index, waist circumference and waist: hip ratio as predictors of cardiovascular risk--a review of the literature. *Eur J Clin Nutr.* 2010;64(1):16-22.

29. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2020. Nota de prensa abril 2021. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf. [Último acceso: 07 09 2023].

30. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, et al. Obesity as a disease: The Obesity Society 2018 position statement. *Obesity (Silver Spring).* 2019;27(1):7-9.

31. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63(25 Pt B):2985-3023.

32. Kaul S, Rothney MP, Peters DM, et al. Dual-energy X-ray absorptiometry for quantification of visceral fat. *Obesity.* 2012;20(6):1313-8.

33. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding obesity as a disease: Evolving policies and their implications. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2016;45(3):511-20.

34. Lecube A, Monereo S, Rubio MA, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2017;64(Suppl 1):15-22.

35. Lecube A, Freitas P, Monereo S, et al. Consenso ibérico sobre el tratamiento farmacológico de la obesidad en el paciente adulto: Posicionamiento de las Sociedades Española y Portuguesa para el Estudio de la Obesidad (SEEDO-SPEO) 2018. *Bariatr Metab Iberoam.* 2018;8:2325-43.

36. Mackenbach JD, Rutter H, Compernolle S, et al. Obesogenic environments: A systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project. ", *BMC Public Health.* 2014;14:233.

37. Miller MA, Kruisbrink M, Wallace J, et al. Sleep duration and incidence of obesity in infants, children, and adolescents: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep.* 2018;41(4):1-19.

38. Moran CP, Shanahan F. Gut microbiota and obesity: Role in aetiology and potential therapeutic target. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2014;28(4):585-97.

39. OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. *OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.* Octubre 2019, Paris. Disponible en: https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm. [Último acceso: 07 09 2023].

40. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, et al. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Glob Health.* 2021;6(10):e006351.

41. Ozanne SE. Epigenetic signatures of obesity. *N Engl J Med.* 2015;372(10):973-4.

42. Pigeyre M, Yazdi FT, Kaur Y, et al. Recent progress in genetics, epigenetics and metagenomics unveils the pathophysiology of human obesity. *Clin Sci (Lond).* 2016;130(12):943-86.

43. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes.* 2007;128(5):7-48.

44. Rubio Herrera MA. Nuevas aproximaciones farmacológicas al tratamiento de la obesidad. *Nutr Clin Med.* 2022;XVI(3):179-94.

45. Schröder H, Ribas L, Koebnick C, et al. Prevalence of abdominal obesity in Spanish children and adolescents. Do we need waist circumference measurements in pediatric practice?. *PLoS One.* 2014;9(1), e87549.

46. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, et al. Childhood and adolescent obesity in Spain. Results of the enKid study (1998-2000). *Med Clin (Barc).* 2003;121(19):725-32.

47. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, et al. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17(2):95-107.

48. Singh M. Mood, food and obesity. Front *Psychol.* 2014;5:925.

49. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Med Clin (Barc).* 1996;107:782-7.

50. Thedinga HK, Zehl R, Thiel A. Weight stigma experiences and self-exclusion from sport and exercise settings among people with obesity. *BMC Public Health.* 2021;21(1):565.

51. Volkan Y, Frühbeck G, Oppert JM, et al. An EASO position statement on multidisciplinary obesity management in adults. *Obes Facts.* 2014;7(2):96-101.

52. Wardle J, Chida Y, Gibson EL, et al. Stress and adiposity: a meta-analysis of longitudinal studies. *Obesity (Silver Spring).* 2011;19(4):771-8.

53. World Health Organization. Obesity and overweight. 2021. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. [Último acceso 07 09 2023].

54. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2023. Disponible en: https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023. [Último acceso 07 09 2023].

55. Yáñez-Ortega JL, Arrieta-Cerdán E, Lozano-Alonso JE. Prevalence of overweight and obesity in child population. A study of a cohort in Castile and Leon, Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed).* 2019;66(3):173-80.

Informe HASPO

Humanización de la atención sociosanitaria a la persona que vive con **obesidad**

Con la colaboración de:

FUNDACIÓN HUMANS

novo nordisk®

Título original
Informe HASPO. Humanización de la atención sociosanitaria a la persona que vive con obesidad

© 2023. Fundación HUMANS

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o por cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa del propietario del copyright.

edryx Healthcare

Sant Pau Recinto Modernista, Pabellón de Operaciones
C/ Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona
hello@edryx.net
www.edryx.net

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.