

# Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España



**Edita:** Alianza por la Obesidad

**1ª Edición:** Noviembre, 2023

**Maquetación:** Albert García

**Informe realizado por:**  
Nephila Health Partnership, SL

La Alianza por la Obesidad es una iniciativa impulsada por organizaciones de pacientes, sociedades científicas y Novo Nordisk con el propósito fundamental de promover la visibilidad y la defensa de los derechos de las personas que enfrentan la obesidad en España.

*Novo Nordisk, estando de acuerdo con los objetivos perseguidos por el proyecto, ha establecido una colaboración con ABHispalis proporcionando la financiación necesaria para ejecutar el proyecto por parte de Nephila Health Partnership cuyos resultados se recogen en el siguiente informe "Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España", incluida la producción del mismo. Novo Nordisk no ha tenido influencia sobre el contenido de este informe y se mantiene fuera de su control editorial.*

# Índice

<b>01</b>	<b>Introducción</b>	3
<b>02</b>	<b>Objetivos</b>	7
<b>03</b>	<b>Metodología</b>	8
<b>3.1</b>	Enfoque cuantitativo	9
<b>3.2</b>	Enfoque cualitativo	11
<b>3.3</b>	Análisis integrado de datos	12
<b>04</b>	<b>Resultados del cuestionario</b>	13
<b>4.1</b>	Perfil sociodemográfico de los participantes	13
<b>4.2</b>	Perfil clínico y percepción de la obesidad de los participantes	15
<b>4.3</b>	Diagnóstico de la obesidad	17
<b>4.4</b>	Circuito asistencial	19
<b>4.5</b>	Tratamientos	22
<b>4.6</b>	Información sobre la obesidad y sus implicaciones	24
<b>05</b>	<b>Situación de las personas con obesidad en España: conclusiones del análisis</b>	32
<b>06</b>	<b>Propuestas de mejora</b>	50
<b>07</b>	<b>Bibliografía</b>	54

# 01

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal<sup>1</sup>, resultante de un desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético<sup>2</sup>. La etiología de la obesidad es multifactorial e involucra factores genéticos y epigenéticos, fisiológicos y metabólicos, conductuales y psicológicos, socioeconómicos y culturales, y ambientales<sup>3-4</sup>. Entre los principales determinantes se encuentran la predisposición genética, el sedentarismo y la ingesta excesiva de alimentos altos en calorías.

Además de su compleja etiología, la obesidad se asocia con un mayor riesgo de desarrollar diversas patologías que afectan a múltiples sistemas del organismo humano<sup>5</sup>. Entre estas comorbilidades, se incluyen enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria; trastornos respiratorios, como la apnea del sueño y el síndrome de hipoventilación por obesidad; alteraciones endocrinológicas, como la resistencia a la insulina y la diabetes mellitus tipo 2, afectaciones neurológicas, como la migraña<sup>6</sup> y la demencia<sup>7</sup>; problemas musculoesqueléticos, como la osteoartritis; trastornos gastrointestinales, como la enfermedad pro reflujo gastroesofágico y la esteatosis hepática no alcohólica; disfunciones en el sistema reproductor, que pueden llevar a irregularidades

menstruales e infertilidad en mujeres y disfunción eréctil en hombres; y complicaciones en el tracto urinario, como la incontinencia urinaria. Por otro lado, la obesidad se ha vinculado de manera concluyente con un aumento significativo en el riesgo de cáncer en varios órganos<sup>8</sup>, tales como el colon, la mama y el útero, contribuyendo de forma directa al desarrollo de 11 tipos distintos de cáncer<sup>9,10</sup>, entre los que se incluyen el cáncer de endometrio, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar y riñones.

La obesidad no solo tiene un impacto significativo a nivel fisiológico, sino que también afecta la salud mental y la calidad de vida de quienes la padecen. Entre las condiciones psicológicas más comúnmente asociadas a la obesidad se encuentran la ansiedad y la depresión, agravadas por la

estigmatización social, la discriminación y los desafíos emocionales relacionados con el peso. Además de estas condiciones psicológicas, se ha observado una mayor propensión a trastornos del comportamiento alimentario y un aumento en el riesgo de adicciones<sup>11</sup>. La obesidad también puede limitar la movilidad, reducir la participación en actividades sociales y afectar la calidad de las relaciones personales. Todo ello conlleva una afectación tanto del bienestar emocional como del funcionamiento diario de los individuos, contribuyendo así a una disminución general de la calidad de vida en quienes padecen esta condición de salud<sup>12,13</sup>.

La obesidad representa un desafío de salud en constante crecimiento a nivel global, habiendo experimentado un aumento de casi tres veces su prevalencia desde 1975. En la actualidad, se estima que más de 988 millones de adultos padecen obesidad<sup>14</sup>, y se prevé que esta cifra pueda duplicarse para el año 2030<sup>15</sup>. En consonancia, el Informe Regional de la Obesidad de 2022 emitido por la OMS<sup>16</sup>, concluye que aproximadamente el 60% de los adultos y uno de cada tres niños en la región europea se ven afectados por la obesidad o están en riesgo inminente de desarrollarla debido a su situación de pre-obesidad o sobrepeso. Esto sitúa la obesidad, junto con el sobrepeso, como el cuarto factor de riesgo más prevalente para las enfermedades no transmisibles, siendo superado únicamente por la hipertensión arterial, los riesgos dietéticos y el consumo de tabaco. Este panorama de elevada prevalencia y tendencia al alza, así como la conversión de la obesidad como un factor significativo en la mortalidad

prematura<sup>17</sup>, ha conllevado a que la obesidad sea considerada como una de las grandes epidemias que enfrenta la población mundial<sup>18-20</sup>.

En el caso de España, la prevalencia de la obesidad también presenta cifras significativas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), se observa una prevalencia del 10,3% de la obesidad en la población de 2 a 17 años y del 16% en la población adulta de 18 años o más. Paralelamente, se estima que el 18,26% de los menores de 17 años y el 37,6% de los adultos se encuentran en situación de pre-obesidad, lo que los coloca en una categoría de riesgo significativo de desarrollar obesidad en el futuro. En conjunto, estas cifras indican que más del 60% de la población española padece obesidad o se encuentra en riesgo de padecerla<sup>21,22</sup>. Este panorama sitúa a España como el noveno país de Europa con una de las mayores prevalencias en exceso de peso<sup>16</sup>. Estas tasas continúan en constante aumento y, de acuerdo con las proyecciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se estima que para el año 2030, aproximadamente el 21% de la población será afectada por la obesidad. Esto equivale a que uno de cada cinco individuos presentará obesidad, lo que resalta la magnitud de la epidemia de la obesidad que afecta al país<sup>23</sup>.

La obesidad no solo representa un problema en términos de prevalencia, sino que también ejerce un impacto significativo tanto en el sistema sanitario como en la economía de España. Las personas con obesidad tienen una mayor probabilidad de utilizar recursos sanitarios tales como

**60%**

de la población española padece obesidad o se encuentra en riesgo de padecerla



**La obesidad representa**

**43%**  
del costo total asociado a la diabetes mellitus tipo 2

**32%**  
de los gastos vinculados a enfermedades articulares

**30%**  
de las afecciones cardíacas

consultas médicas con médicos de atención primaria (17%), servicios de urgencias (26%), consumo de medicamentos (36%), hospitalizaciones (49%), consultas con enfermería y especialistas (61%) y consultas con psicología (83%)<sup>24</sup>. Este aumento en la demanda de servicios médicos resulta en una presión adicional sobre el sistema sanitario. Además, el impacto de la obesidad se extiende más allá de la esfera de la salud, ya que también tiene ramificaciones económicas considerables en España. Se ha estimado que los costes relacionados con la obesidad, incluyendo los gastos médicos y la pérdida de productividad laboral, imponen una carga sustancial tanto al sistema sanitario como a la economía en su conjunto. Por ejemplo, en el contexto español, la obesidad representa el 43% del costo total asociado a la diabetes mellitus tipo 2, el 32% de los gastos vinculados a las enfermedades articulares y más del 30% de las afecciones cardíacas. En términos más amplios, la obesidad conlleva un 9,7% del gasto total en

atención sanitaria y reduce la productividad laboral en el equivalente a 479.000 jornadas laborales anuales, lo que se traduce en una reducción del Producto Interno Bruto (PIB) del 2,9%. Para cubrir estos costos, se estima que cada individuo en España aporta en promedio 265 euros al año en impuestos. La tendencia actual de aumento en la prevalencia de la obesidad plantea desafíos adicionales ya que se proyecta que para el año 2030, el número de casos de obesidad habrá aumentado hasta tal punto que generará un incremento del 58% en los costos sanitarios directos. Si esta tendencia persiste, para el año 2060 se estima que el impacto económico aumentará en un 211%<sup>25-27</sup>.

Frente a la sólida evidencia que respalda la alta prevalencia de la obesidad, su preocupante tendencia al aumento, su significativo impacto tanto en el sistema sanitario como en la economía, su amplia gama de comorbilidades asociadas y su repercusión negativa en la calidad

de vida, la obesidad se erige como un desafío apremiante en la salud pública española. A nivel internacional, varias organizaciones como la OMS<sup>28</sup> y la Asociación Médica Americana (AMA)<sup>29</sup>, han reconocido la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, lo que ha llevado a un mayor enfoque en la prevención y el tratamiento de esta afección. En España, si bien se disponen de planes y estrategias para combatir la obesidad, como el Plan de Prevención de la Obesidad Infantil<sup>30</sup> y la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)<sup>31</sup>, aún no se ha reconocido oficialmente como una enfermedad crónica.

Por tanto, en el presente informe se describe la situación de las personas afectadas por la obesidad con el fin de resaltar la imperante necesidad de su reconocimiento como enfermedad crónica en España, lo que no solo mejoraría la prevención y atención, sino que también impulsaría la investigación y la inversión en políticas de salud pública para abordar este creciente problema.

## 02

# Objetivos

Ante el creciente impacto de la obesidad en la salud pública y en la población de España, se ha conformado una alianza estratégica compuesta por organizaciones de pacientes y sociedades científicas con el propósito fundamental de promover la visibilidad y la defensa de los derechos de las personas que enfrentan la obesidad en España. Este objetivo central busca establecer la obesidad como una enfermedad crónica que exige un enfoque integral y multidisciplinario, así como mejorar la atención sanitaria proporcionada a quienes la padecen.

Para alcanzar este objetivo, se han delineado las siguientes acciones específicas:

Generar evidencia sobre el impacto que ocasiona la obesidad en las personas que la padecen.

Poner a disposición de las administraciones públicas propuestas de mejora en el abordaje de la obesidad.

Incidir ante las autoridades sanitarias sobre la importancia de que la obesidad sea reconocida como una enfermedad crónica.



# 03

## Metodología

El presente estudio se enmarca en una metodología cuali-cuantitativa, un enfoque que integra tanto elementos cualitativos como cuantitativos para abordar exhaustivamente la situación de las personas con obesidad en España. Con el fin de asegurar la rigurosidad y amplitud de la investigación, se ha contado con un Comité Asesor conformado por representantes de la alianza (Tabla 1), quienes han desempeñado un papel esencial al proporcionar orientación y asesoramiento a lo largo de todo el estudio. Esta metodología se ha seleccionado deliberadamente con el objetivo de adquirir una comprensión integral y multidimensional de la cuestión en estudio, permitiendo un análisis profundo desde diversas perspectivas y dimensiones.

TABLA 1 **Miembros del Comité Asesor**

Asociaciones de Pacientes	
Nombre	Cargo y entidad representada
Victoria Buiza	Presidenta de la Asociación Bariátrica Híspalis Nacional (ABHíspalis)
Tomás Fajardo	Presidente de Cardioalianza
José Manuel García	Vocal primero de la Federación Española de Diabetes (FEDE)
Juan Carlos Hernández	Presidente de la Asociación de Enfermos de Esófago de Barrett (ASENBAR)
Federico Luis Moya	Director ejecutivo de la Asociación Bariátrica Híspalis Nacional (ABHíspalis)
Nina Martínez	Responsable de I+D de la Osteoarthritis Foundation International(OAFI)
Eva Pérez	Presidenta de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH)
Arantxa Sáez	Presidenta de la Asociación Española de Cáncer de Tiroides (AECAT)

TABLA 1 Miembros del Comité Asesor

Sociedades Científicas	
Nombre	Cargo y entidad representada
Dra. Guadalupe Blay	Coordinadora del grupo Endocrino, Metabolismo y Nutrición de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
Dra. Irene Bretón	Presidenta de la Fundación de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)
Dra. Juana Carretero	Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Dr. Amador García	Vicepresidente de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO)
Dr. Andrés Sánchez	Presidente de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO)
Dr. Albert Lecube	Vicepresidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)
Dr. José Reyes	Vocal de relaciones de pacientes de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG)

## 3.1 Enfoque cuantitativo

La metodología cuantitativa de este estudio se basó en la recopilación de datos a través del diseño de un cuestionario virtual creado utilizando la plataforma SurveyMonkey. Este cuestionario fue distribuido a través de los canales de comunicación de las organizaciones de pacientes y sociedades científicas de la alianza. El cuestionario se llevó a cabo durante un período específico, desde el 4 de mayo de 2023 hasta el 29 de junio de 2023, y constó de un total de 39 preguntas. Estas preguntas abordaron aspectos clave relacionados con la obesidad en el contexto nacional. Entre los temas explorados se incluyeron aspectos sobre el diagnóstico, el circuito asistencial, el tratamiento, la información recibida sobre la patología y sus implicaciones, así como el impacto de la obesidad en la vida cotidiana. Además de los aspectos mencionados, el cuestionario también

incluyó preguntas relacionadas con el perfil clínico de los participantes, características sociodemográficas y otros factores relevantes.

En total, se obtuvo una participación de 228 personas en el cuestionario. Sin embargo, se aplicaron criterios de selección preestablecidos para garantizar la calidad de los datos. Los criterios de exclusión incluyeron cuestionarios incompletos (n=75), residencia fuera de España (n=15) y participantes que no presentaban obesidad (n=18). Para determinar si cumplían con el criterio de obesidad, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) utilizando la fórmula estándar<sup>32</sup>,

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

y se clasificaron de acuerdo con la clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>33</sup>, donde un IMC mayor o igual a 30 se considera indicativo de obesidad (Tabla 2). Cabe destacar que se incluyeron en el estudio a aquellos participantes que, aunque actualmente no padecían obesidad, habían sido

sometidos previamente a cirugía bariátrica y respondieron a la encuesta en función de su experiencia anterior como personas con obesidad. Como resultado de este proceso de selección, se identificaron un total de 120 cuestionarios válidos que se utilizaron en el análisis de datos.

TABLA 2 **Clasificación del Índice de Masa Corporal según la Organización Mundial de la Salud<sup>33</sup>**

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Clasificación
< 18,5	Bajo peso
18,5 – 24,9	Normopeso
25,0 – 29,9	Sobrepeso o Pre-obesidad
30,0 – 34,9	Obesidad de clase I
35,0 – 39,9	Obesidad de clase II
≥ 40,0	Obesidad de clase III

El enfoque cuantitativo utilizado en este estudio presenta diversas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, la muestra utilizada fue de tamaño limitado, compuesta por un total de 120 participantes, lo que podría restringir la capacidad de generalizar los hallazgos a toda la población de personas con obesidad en España. En segundo lugar, la encuesta se llevó a cabo de manera virtual, lo que podría haber introducido sesgos en los resultados. La naturaleza virtual de la encuesta podría haber excluido a personas que carecen de acceso a Internet o que tienen limitaciones en su alfabetización digital. Esto podría

haber excluido a ciertos segmentos de la población y, por lo tanto, limitar la representatividad de la muestra<sup>34</sup>. Además, existe la posibilidad de un sesgo en la composición de la muestra debido a la estrategia de distribución del cuestionario. La encuesta se distribuyó principalmente a través de canales de comunicación de organizaciones de pacientes y sociedades científicas, lo cual podría haber atraído a individuos con un mayor nivel de conocimiento sobre la obesidad y, por lo tanto, no reflejar completamente la diversidad de la población de personas con obesidad en términos de educación, conocimiento y experiencia<sup>35</sup>.

## 3.2 Enfoque cualitativo

Para abordar la vertiente cualitativa de este estudio, se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica mediante la revisión de literatura científica derivada de bases de datos como PubMed, Dialnet, IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, MEDES (Medicina en Español) y SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Durante esta fase, se utilizaron palabras clave como “obesidad”, “estigma obesidad”, “diagnóstico obesidad”, “tratamientos obesidad”, “calidad de vida” y otras relacionadas para identificar investigaciones previas y revisiones relacionadas con la obesidad y temáticas afines. Además, se consultaron Estrategias y/o Planes del Sistema Nacional de Salud (SNS) relacionados con la obesidad.

Adicionalmente, se realizó un Focus Group en formato virtual a través de la plataforma Microsoft Teams con un total de 7 pacientes derivados de las organizaciones de pacientes y sociedades científicas pertenecientes a la alianza conformada para este estudio. Los participantes en el Focus Group presentaron diversos perfiles, incluyendo aquellos con diagnóstico en obesidad y aquellos sin diagnóstico previo en esta patología (Tabla 3). Durante la sesión, se abordaron temáticas clave relacionadas con la obesidad, tales como el proceso de diagnóstico, la atención médica, el tratamiento, la información y capacitación proporcionada, el impacto en la salud y la calidad de vida, así como propuestas de mejora para el manejo de la obesidad y el apoyo brindado en el proceso.

**TABLA 3** Perfiles de los participantes en el Focus Group

Paciente	Sexo	Edad	Diagnóstico en obesidad	Tratamiento actual	Comorbilidades
1	Mujer	36	Sí	Post-cirugía bariátrica	-----
2	Hombre	67	No	Cambios estilo de vida	Enfermedad gastroesofágica y enfermedad cardiovascular
3	Hombre	59	Sí	Cambios estilo de vida	Enfermedad gastroesofágica
4	Hombre	68	No	Cambios estilo de vida	Enfermedad cardiovascular
5	Hombre	50	No	Cambios estilo de vida	Enfermedad metabólica
6	Hombre	49	Sí	Post-cirugía bariátrica y a la espera de una segunda intervención	-----
7	Hombre	58	Sí	Pre-cirugía bariátrica	Enfermedad cardiovascular

Esta metodología permitió obtener percepciones y experiencias directas de personas afectadas por la obesidad, identificando barreras que obstaculizan el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad, así como las necesidades ni satisfechas en la atención de esta patología y su impacto en la vida cotidiana.

### 3.3

## Análisis integrado de datos

El análisis de datos se llevó a cabo de manera integral, combinando los resultados cuantitativos y cualitativos para superar las limitaciones inherentes de cada enfoque. Esta integración de datos permite una visión generalizada de la situación de las personas con obesidad en España, incorporando tanto la dimensión numérica como las experiencias y percepciones de los pacientes.

## 04

# Resultados del cuestionario

### 4.1

## Perfil sociodemográfico de los participantes

En el estudio se incluyen 120 participantes, con un 88% de mujeres y un 12% de hombres con una edad promedio de 48 años. En cuanto a la convivencia, el 7% vive en soledad, el 92% vive acompañado, y el 1% reside en una institución. En relación con su escolaridad, no ha habido participantes sin estudios, el 5% dispone de estudios primarios, el 16% estudios secundarios, el 26% formación profesional, el 33% estudios universitarios, el 18% estudios de postgrado o másteres, y el 2% doctorado. Respecto a la ubicación geográfica, se ha obtenido una participación de todas las Comunidades Autónomas de España, a excepción de La Rioja, siendo Andalucía, Cataluña y la Comunidad de Madrid las que han tenido una mayor representación. Los datos completos se presentan en la Tabla 4.

**TABLA 4** Características sociodemográficas de los participantes en el estudio (n=120)

Variable	Total	Variable	Total
<b>Sexo biológico</b>		<b>Nivel de estudios</b>	
Mujer	106 (88,3%)	Sin estudios	0 (0%)
Hombre	14 (11,7%)	Estudios primarios	6 (5%)
<b>Edad (años)</b>		Estudios secundarios	19 (15,8%)
25-34	8 (6,7%)	Formación profesional	31 (25,8%)
35-44	34 (28,3%)	Estudios universitarios	40 (33,3%)
45-54	51 (42,5%)	Estudios de postgrado y/o Másteres	22 (18,3%)
>54	27 (22,5%)	Doctorado	2 (1,7%)
<b>Estado de convivencia</b>		<b>Lugar de residencia</b>	
Solo/a	8 (6,7%)	Andalucía	27 (22,5%)
Acompañado/a	111 (92,5%)	Aragón	1 (0,8%)
Residencia o institución	1 (0,8%)	Principado de Asturias	3 (2,5%)
		Islas Baleares	3 (2,5%)
		Canarias	5 (4,2%)
		Cantabria	2 (1,7%)
		Castilla y León	9 (7,5%)
		Castilla-La Mancha	6 (5%)
		Cataluña	17 (14,2%)
		Comunidad Valenciana	5 (4,2%)
		Extremadura	1 (0,8%)
		Galicia	5 (4,2%)
		Comunidad de Madrid	28 (23,3%)
		Región de Murcia	1 (0,8%)
		Comunidad Foral de Navarra	3 (2,5%)
		País Vasco	4 (3,3%)
		La Rioja	0 (0%)

## 4.2

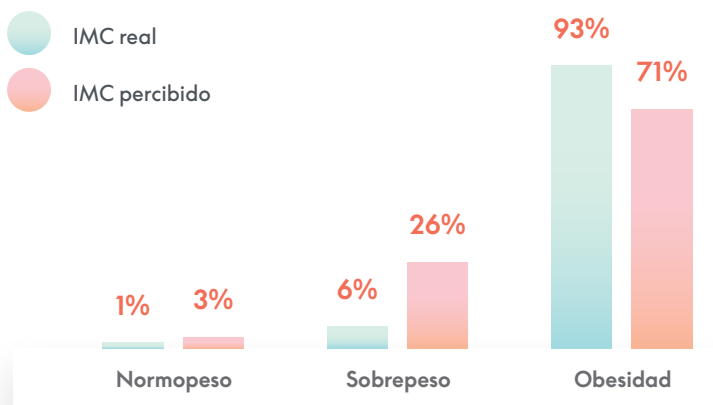
# Perfil clínico y percepción de la obesidad de los participantes

Según las mediciones antropométricas de altura y peso registradas, así como la clasificación del IMC de acuerdo con los criterios de la OMS (Tabla 2), la muestra de participantes en el estudio se compone de un 1% de individuos con normopeso, un 6% con sobrepeso, un 35% con obesidad de clase I, un 32% con obesidad de clase II y un 27% con obesidad de clase III. Esta composición refleja un grupo en su mayoría conformado por pacientes con obesidad (93%), destacando que el 7% de los pacientes sin obesidad corresponden a aquellos que han

sido sometidos previamente a cirugía bariátrica.

En contraste, según la autopercepción de su estado ponderal, se observa que un 3% considera estar en la categoría de normopeso, un 26% se identifica como sobrepeso, mientras que un 71% se reconoce a sí mismo como paciente con obesidad. Estos datos sugieren que el 27% de los pacientes con obesidad pueden carecer de conciencia sobre su condición o subestimar su estado real de peso (Figura 1).

FIGURA 1 Comparativa entre el IMC real e IMC percibido en la muestra de pacientes (n=120)



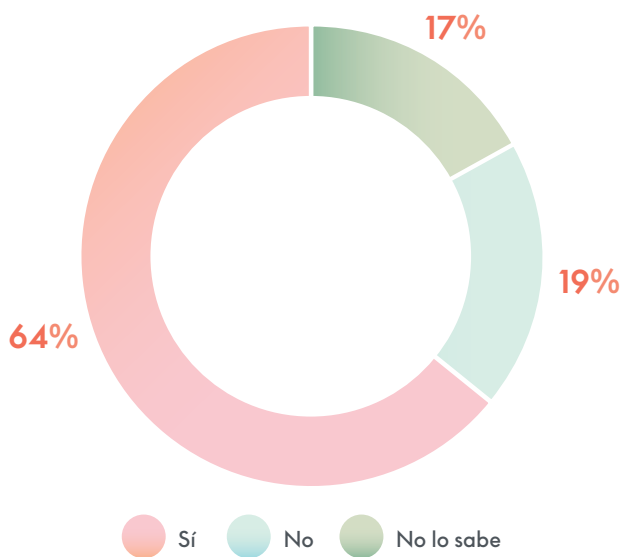


En lo que concierne al perfil clínico de los pacientes de la muestra, se observa que un 16% presenta únicamente obesidad (n=19), mientras que un considerable 84% presenta obesidad junto con otras patologías (n=101). Además, en relación con la percepción de la influencia del peso en sus otras patologías, el 64% de los pacientes señala una correlación positiva,

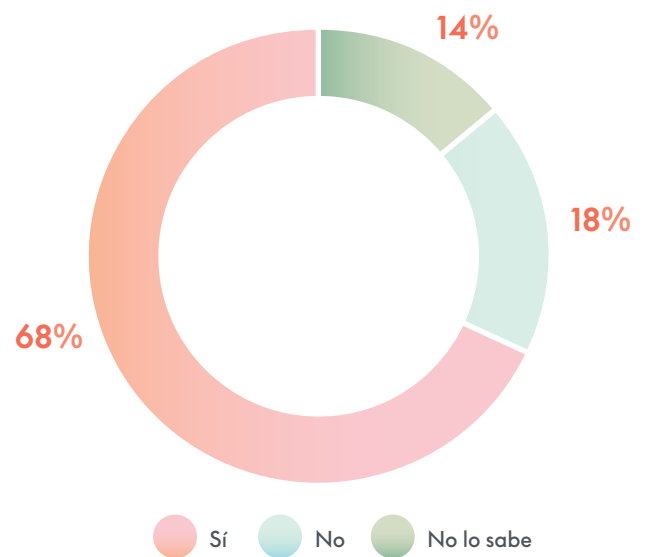
indicando que su peso afecta a sus condiciones médicas. Por otro lado, el 19% no percibe tal correlación, y el 17% restante no tiene certeza al respecto (Figura 2A). De manera complementaria, el 68% de los pacientes informa que sus otras patologías inciden en su peso, mientras que el 18% no observa tal relación y el 14% no está seguro al respecto (Figura 2B).

**FIGURA 2** Percepción de la relación entre el peso y otras patologías (n=101).

(A) Influencia del peso en otras patologías.



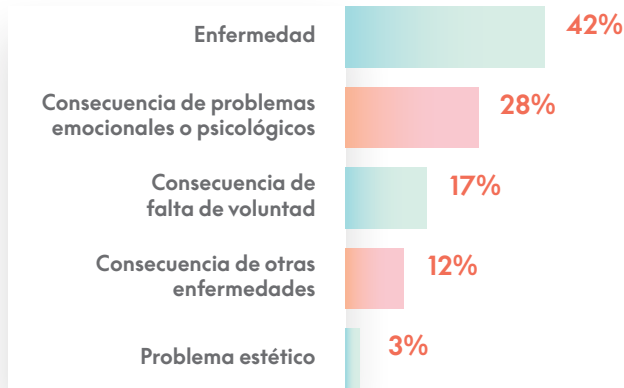
(B) Incidencia de otras patologías en el peso.



En cuanto a la definición de la obesidad desde la perspectiva de los participantes, un 42% de los participantes la considera como una enfermedad, un 28% la asocia con consecuencias de problemas emocionales o psicológicos, un 17% la vincula con una falta de voluntad, un 12% la percibe como una

consecuencia de otras enfermedades y un 3% la cataloga como un problema estético (Figura 3). Estas variadas percepciones reflejan la complejidad en la comprensión de la obesidad por parte de los pacientes y pueden tener implicaciones en como perciben su manejo clínico.

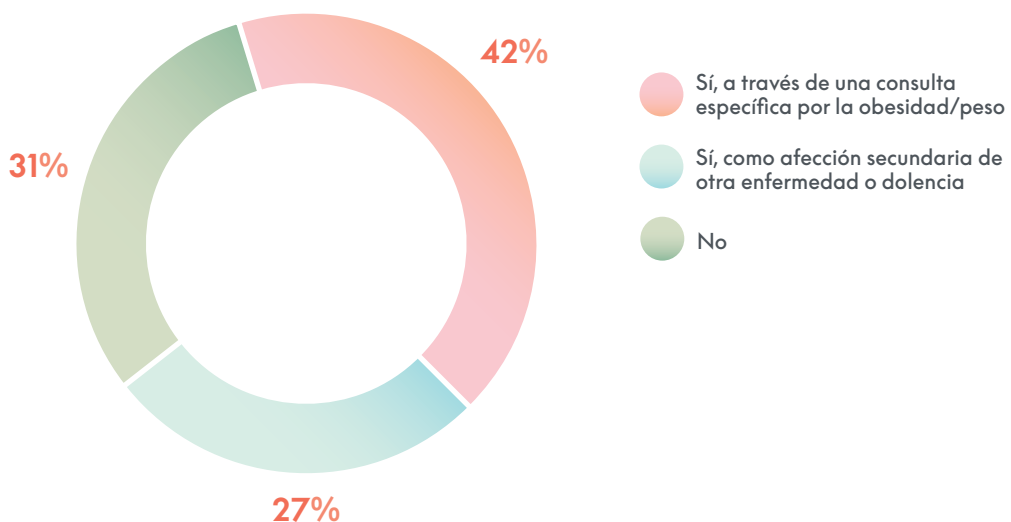
**FIGURA 3 Definición de la obesidad desde la perspectiva de los participantes (n=120)**



## 4.3 Diagnóstico de la obesidad

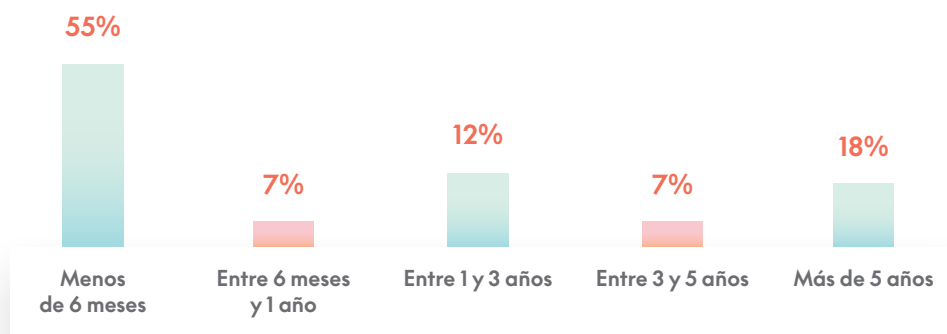
En el conjunto de los 120 participantes evaluados, se ha constatado que el 69% de ellos (n=83) ha recibido un diagnóstico de obesidad, mientras que el 31% (n=37) no ha sido diagnosticado con esta condición. En cuanto a los pacientes que han sido diagnosticados, se ha observado que un 42% de ellos obtuvo dicho diagnóstico a través de consultas médicas específicas relacionadas con su peso, mientras que el 27% restante recibió el diagnóstico de obesidad como una afección secundaria mientras estaban siendo tratados por otra enfermedad o dolencia (Figura 4).

**FIGURA 4 Distribución de diagnósticos de obesidad en la muestra (n=120)**



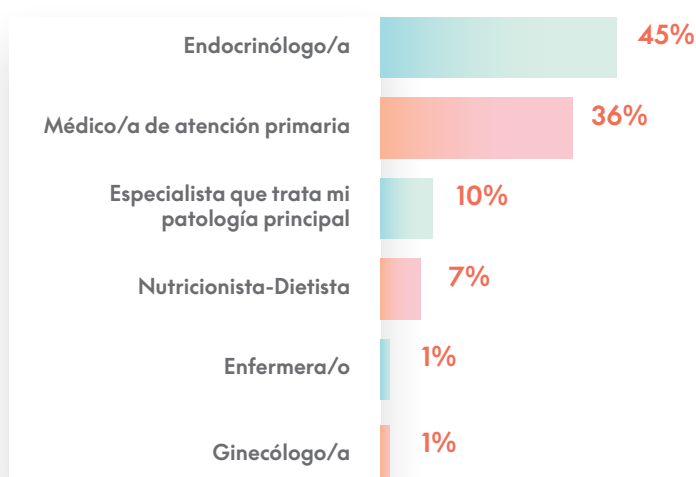
Con respecto al período transcurrido desde la primera consulta con un profesional de la salud en aspectos relacionados con el peso hasta la confirmación del diagnóstico de obesidad, se observan variaciones significativas. De los pacientes diagnosticados con obesidad (n=83), el 55% recibieron el diagnóstico en un lapso inferior a 6 meses desde su consulta inicial, mientras que el 7% en el intervalo de 6 meses a 1 año, el 12% en un período de 1 a 3 años, otro 7% entre 3 y 5 años, y el 18% necesitó más de 5 años desde su primera consulta para obtener un diagnóstico definitivo en obesidad (Figura 5).

**FIGURA 5** Intervalo de tiempo hasta el diagnóstico de obesidad (n=83)



En cuanto a la especialización de los profesionales que emitieron el diagnóstico de obesidad, se observa diversidad en las especialidades médicas involucradas. Un 45% de los pacientes indica que recibió el diagnóstico de un endocrinólogo, mientras que un 36% lo obtuvieron de su médico de atención primaria. El restante 19%, reporta otras fuentes de diagnóstico, que incluyen especialistas de diversas áreas médicas que tratan otras de sus patologías (cardiólogos, gastroenterólogos, entre otros), nutricionistas o dietistas, profesionales de enfermería y ginecólogos (Figura 6).

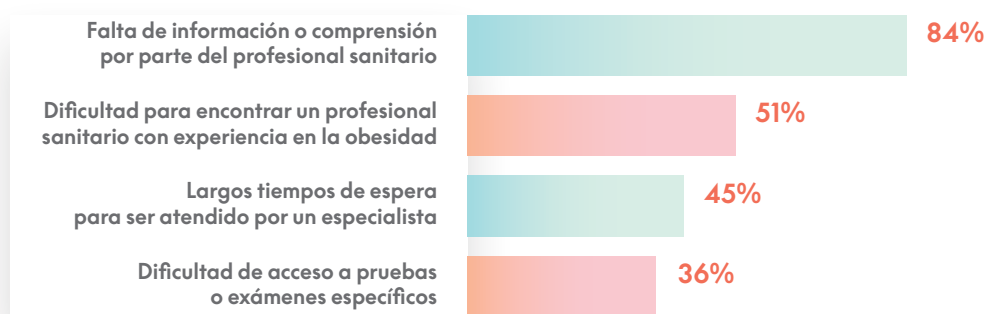
**FIGURA 6** Profesionales que emitieron el diagnóstico de obesidad (n=83)



En el contexto del proceso diagnóstico de la obesidad, es importante destacar las dificultades que algunos pacientes pueden enfrentar. En este sentido, del total de pacientes diagnosticados con obesidad (n=83), el 54% (n=45) indican que han experimentado dificultades en el proceso de diagnóstico, mientras que el 46% (n=38) no han enfrentado tales obstáculos.

Entre las dificultades reportadas, se destaca que el 84% de los pacientes que han enfrentado obstáculos (n=45) mencionan la falta de información o comprensión por parte de los profesionales de la salud como la principal dificultad. Además, el 51% menciona la dificultad para localizar un profesional con experiencia en el manejo de la obesidad, el 49% alude a largos periodo de espera para la atención especializada, y el 36% reporta dificultades relacionadas con el acceso a pruebas o exámenes específicos necesarios para la confirmación diagnóstica (Figura 7).

**FIGURA 7** Dificultades encontradas en el proceso de diagnóstico de obesidad (n=45)



## 4.4 Circuito asistencial

Del total de los participantes, el 67% de ellos (n=80) ha recibido atención sanitaria para la obesidad, mientras que el 33% restante (n=40) no ha experimentado ningún tipo de atención en este contexto.

Entre los pacientes no atendidos médicamente (n=40), el 65% corresponde a individuos que no han recibido un diagnóstico formal de

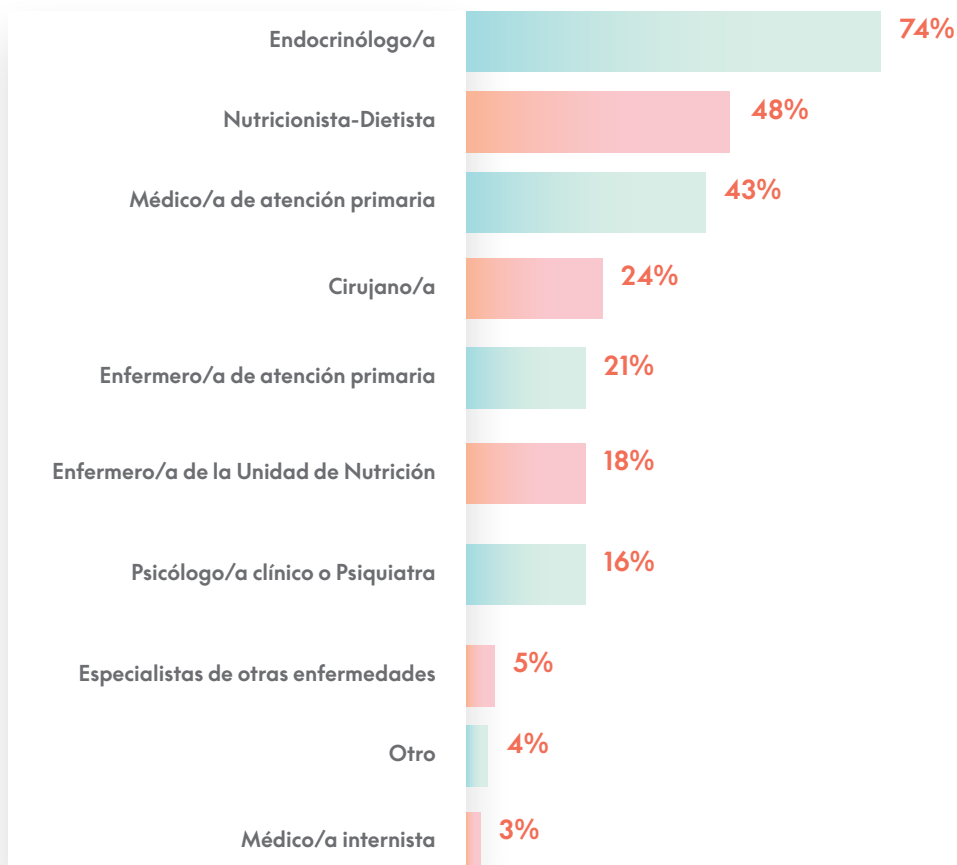
obesidad, mientras que el 35% restante se asocia a pacientes con diagnóstico en obesidad como afección secundaria por lo que posiblemente consideren que aún no han recibido una atención sanitaria específica o adecuada para su obesidad. Por otro lado, dentro del grupo de pacientes atendidos médicamente (n=80), predominan aquellos que, después de haber sido diagnosticados, han recibido

atención sanitaria, representando el 86% de este grupo. El 14% restante de este grupo está compuesto por individuos sin diagnóstico formal pero que posiblemente hayan recibido algún tipo de recomendación o asesoramiento relacionado con su peso por parte de profesionales de la salud, principalmente por profesionales de atención primaria o especialistas que tratan sus otras patologías principales, como endocrinólogos en el caso de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o cardiólogos en el caso de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

En términos generales, dentro del grupo que ha experimentado atención sanitaria para la obesidad

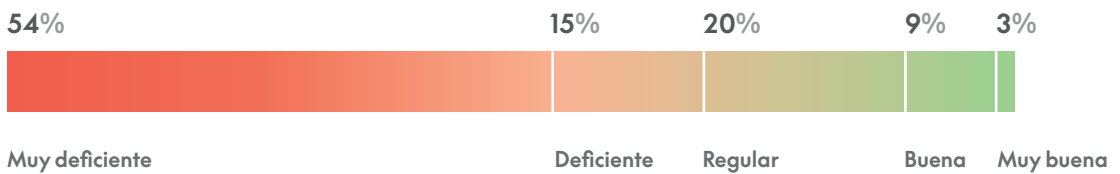
(n=80), se observa que, en promedio, participan en el proceso de atención de 2 a 3 profesionales sanitarios por paciente. Entre los profesionales más frecuentemente involucrados en esta atención sanitaria, destacan los endocrinólogos (74%), seguidos por los nutricionistas o dietistas (48%), médicos de atención primaria (43%), cirujanos (24%), enfermería de atención primaria (21%), enfermería de la unidad de nutrición y endocrinología (18%), psicólogos clínicos o psiquiatras (16%), especialistas de otras enfermedades (5%), otros profesionales de diversas especialidades, como ginecólogos, traumatólogos o médicos de salud laboral (4%) y médicos internistas (3%) (Figura 8).

**FIGURA 8** Profesionales sanitarios involucrados en la atención y manejo de la obesidad (n=80)



Respecto a la percepción de los pacientes sobre la coordinación entre los diferentes profesionales de la salud que han intervenido en el manejo de la obesidad, los resultados indican que la mayoría de los participantes la califican como muy deficiente (54%), deficiente (15%) o regular (20). Por otro lado, solamente un 9% la evalúa como buena y un 3% como muy buena (Figura 9).

**FIGURA 9** Percepción de los pacientes sobre la coordinación entre profesionales de la salud en el manejo de la obesidad (n=80)

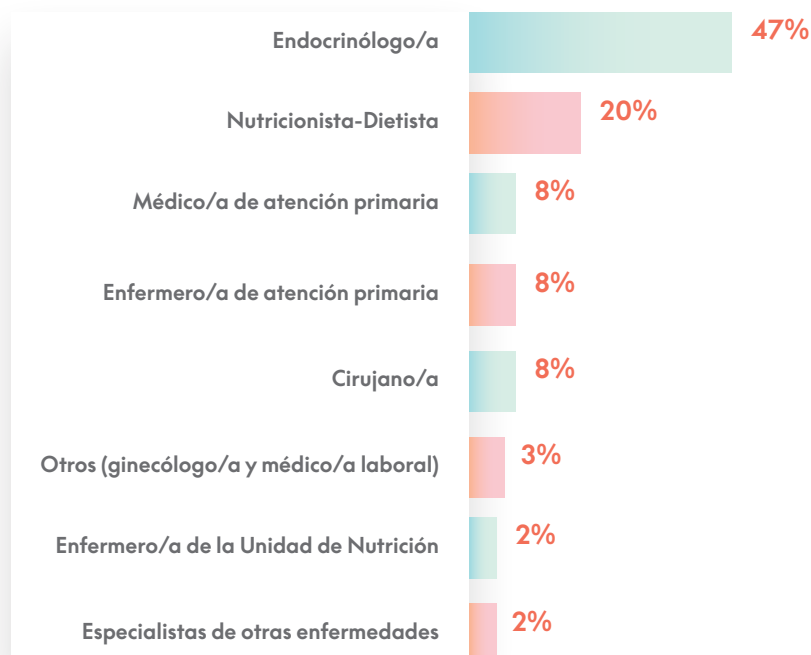


Con respecto al profesional de referencia para el manejo de la obesidad, se observa que del grupo de pacientes atendidos médicamente (n=80), un 74% (n=59) actualmente cuenta con un profesional de referencia, mientras que el 26% (n=21) no dispone de uno. El grupo de pacientes sin un profesional de referencia (n=21), mayoritariamente (86%) está compuesto por individuos con diagnóstico de obesidad considerada como afección secundaria relacionada con otras patologías, lo que sugiere que estos pacientes pueden percibir que no

disponen de un profesional específico para abordar temas relacionados con su obesidad.

Entre los pacientes que actualmente tienen un profesional de referencia (n=59), se observa una distribución variada en cuanto a la especialidad de estos profesionales. Los endocrinólogos representan el grupo más numeroso, con un 47%, seguidos por los nutricionistas o dietistas con un 20%, y cirujanos, médicos y enfermería de atención primaria, todos con un 8% (Figura 10).

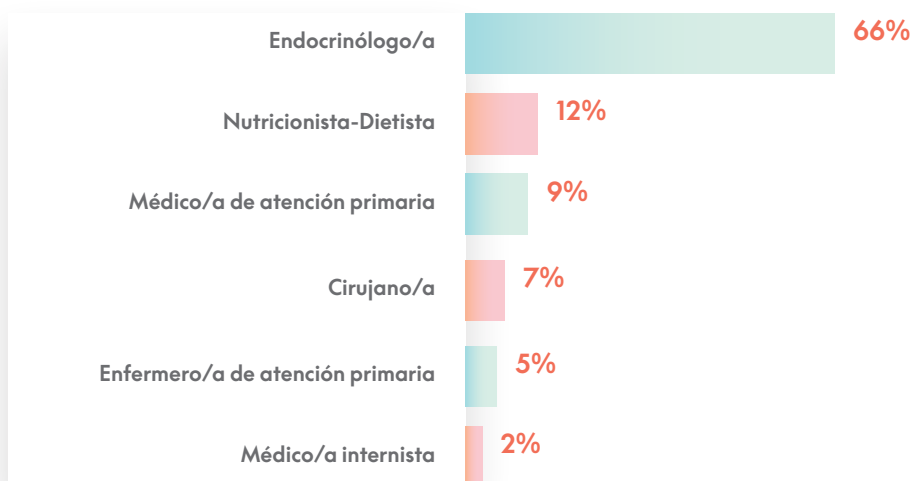
**FIGURA 10** Profesionales de referencia en el manejo de la obesidad (n=59)



## 4.5 Tratamientos

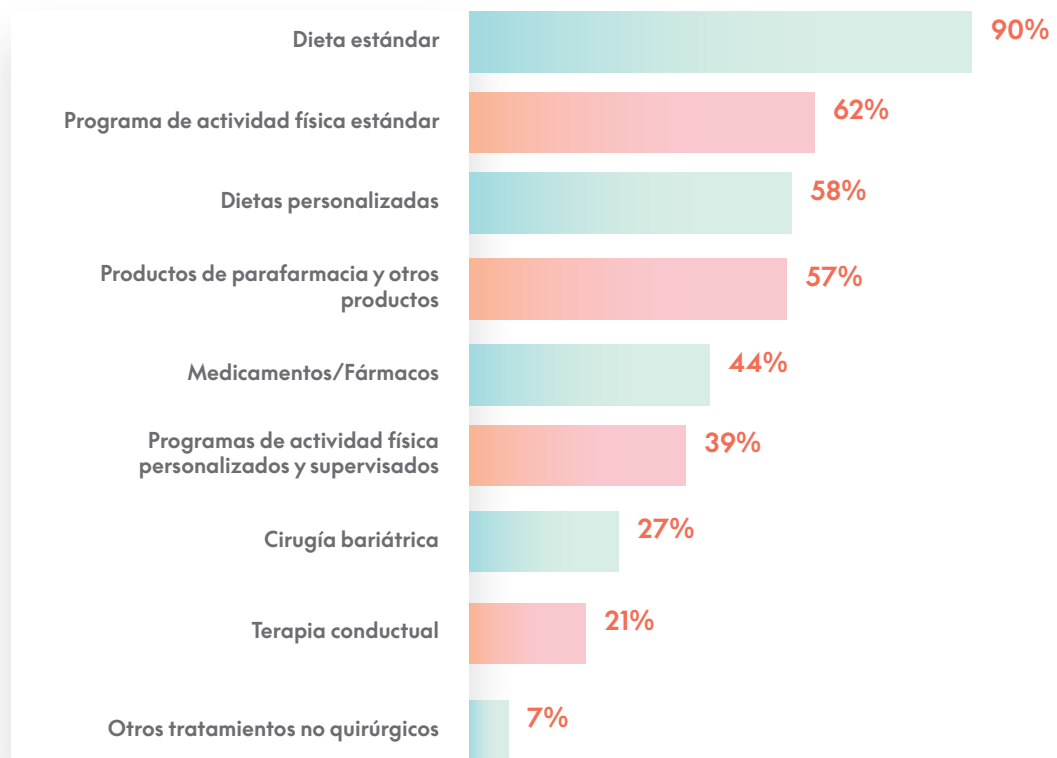
En relación con la información sobre los diferentes tratamientos disponibles para abordar la obesidad, se observa que, del total de participantes, el 52% (n=62) no ha recibido información al respecto, mientras que el 48% (n=58) sí ha sido informado. Entre aquellos que han recibido información (n=58), la mayoría la obtuvo de endocrinólogos (66%), seguido de nutricionistas o dietistas (12%), médicos de atención primaria (9%), cirujanos (7%), enfermeros de atención primaria (5%), y médicos internistas (2%) (Figura 11).

FIGURA 11 Fuente de información sobre tratamientos para la obesidad (n=58)



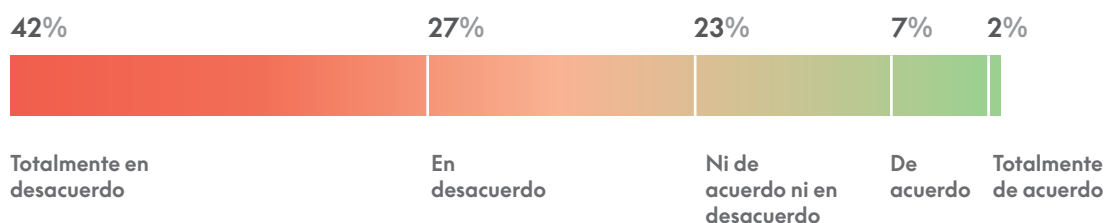
Respecto a los tratamientos para el manejo de la obesidad, todos los participantes (n=120) han seguido alguna modalidad terapéutica, con un promedio de aproximadamente 4 tratamientos por paciente. En términos de frecuencia, las dietas estándar son las más comúnmente prescritas (90%), seguidas por programas de actividad física estándar (62%), dietas personalizadas (58%) y por el uso de productos de parafarmacia (57%). En menor medida, se observa la prescripción de medicamentos o fármacos contra la obesidad (44%), programas de actividad física personalizados y supervisados (39%), cirugía bariátrica (27%), terapia conductual (21%) y otros tratamientos no quirúrgicos, como el balón intragástrico (7%) (Figura 12).

**FIGURA 12** Frecuencia de prescripción o uso de tratamientos para el manejo de la obesidad (n=120)



El ajuste y la adaptación de los tratamientos recibidos a las necesidades individuales de los pacientes, según la percepción de estos, generalmente se perciben de manera negativa. Concretamente, un 42% de los participantes manifiesta estar “totalmente en desacuerdo”, mientras que un 27% se encuentra “en desacuerdo”. Además, un 23% indica sentirse neutral, es decir, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, respecto a la adecuación de los tratamientos a sus necesidades individuales. En contraste, solamente un 9% de los participantes se muestra “de acuerdo” (7%) o “totalmente de acuerdo” (2%) con la adecuación de los tratamientos recibidos (Figura 13).

**FIGURA 13** Percepción de la personalización de los tratamientos recibidos (n=120)



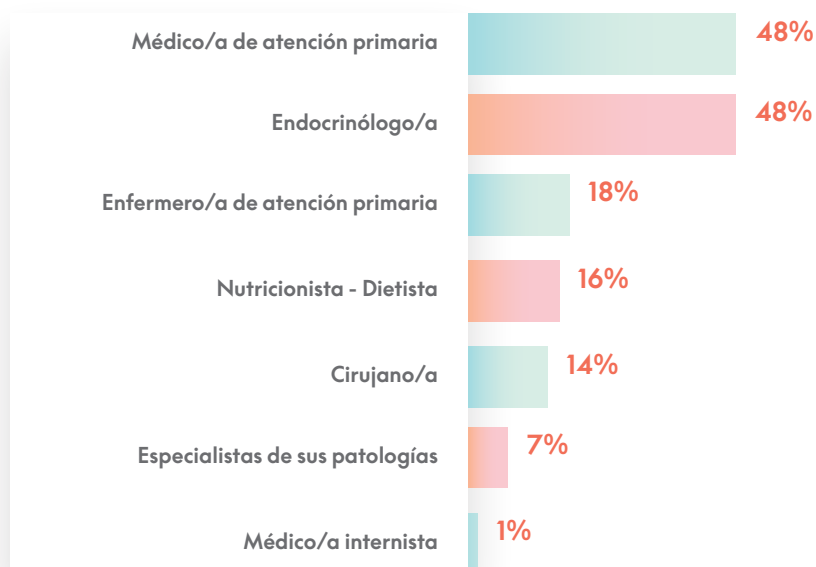


## 4.6 Información sobre la obesidad y sus implicaciones

Referente a la información proporcionada a los participantes concerniente a los riesgos y complicaciones asociados con la obesidad, así como a la importancia del autocontrol en el manejo de esta condición, los resultados revelan que un porcentaje considerable de los participantes (61%, n=73) ha recibido información de profesionales sanitarios sobre estos aspectos. En contraste, un 39% (n=47) manifiesta no haber recibido información alguna por parte de profesionales sanitarios acerca de los riesgos, complicaciones y autocontrol asociados a la obesidad.

Entre los participantes que han recibido información (n=73), el médico de atención primaria y el endocrinólogo se erigen como la fuente de información más recurrentes, ambos representando un mismo porcentaje (48%). En menor proporción, se mencionan profesionales como los enfermeros de atención primaria (18%), nutricionistas o dietistas (16%), cirujanos (14%), especialistas en otras patologías específicas de los pacientes (7%) y médicos internistas (1%) (Figura 14).

**FIGURA 14 Fuentes de información sobre riesgo, complicaciones y autocontrol en la obesidad (n=73)**



En cuanto a la calidad percibida de la información proporcionada, los resultados reflejan una variedad de opiniones. Un 8% de los participantes califica la información como “muy mala”, mientras que un 15% la considera “mala”. La mayoría de los participantes, 41%, la catalogan como “regular”, seguida de un 29% que la describe como “buena” y un 7% que la evalúa como “muy buena” (Figura 15).

**FIGURA 15** Percepción de los participantes de la calidad de la información sobre riesgos, complicaciones y autocontrol en la obesidad proporcionada por profesionales sanitarios (n=73)



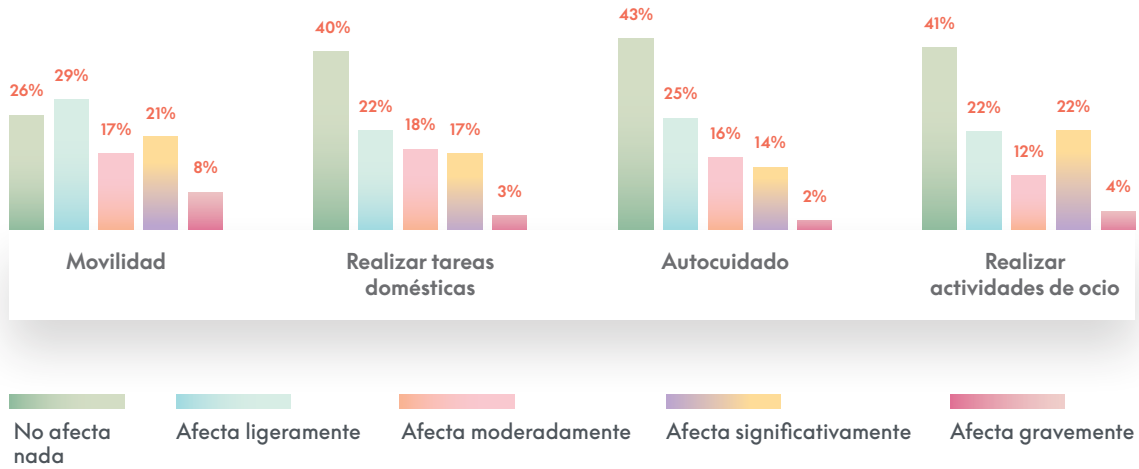
## 4.7 Impacto de la obesidad en el día a día

En este apartado, se exploran los efectos de la obesidad en la vida de los participantes, abordando aspectos relacionados con el día a día, la vida laboral, el bienestar emocional y el estigma.

Respecto a la afectación de la obesidad en la vida diaria de los participantes, se ha evaluado su nivel de afectación en una escala de cinco niveles, que abarca desde “no afecta nada” hasta “afecta gravemente, en áreas como la movilidad (caminar, agacharse, desplazarse en transporte público, etc.), la realización de tareas domésticas (como ir a la compra, limpiar la casa, etc.), el autocuidado (higiene, descanso, etc.) y la realización de actividades de ocio (viajar, ir a restaurantes o al cine, etc.). Es importante destacar que todos los participantes (n=120) han reportado cierto nivel de afectación en al menos una de las actividades mencionadas.

Al analizar aquellos participantes que han experimentado una afectación significativa o grave, es decir que han indicado que la obesidad “afecta significativamente” o “afecta gravemente” su capacidad, se observa que esta condición incide de manera considerable en su movilidad, seguida de la realización de tareas domésticas, actividades de ocio y el autocuidado. Manteniendo esta tendencia, al considerar todos los niveles de afectación, desde leve hasta grave, en términos generales, la movilidad sigue siendo la actividad más afectada, con un 74% de los participantes experimentando algún grado de afectación. Además, un 60% de los participantes se ve afectado en la realización de tareas domésticas, un 59% en las actividades de ocio, y un 57% en el autocuidado (Figura 16).

**FIGURA 16 Nivel de afectación de la obesidad en diversas actividades diarias (n=120)**

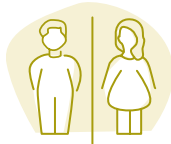


En cuanto a las actividades específicas en las que los participantes experimentan una mayor afectación debido a la obesidad, se observa la siguiente frecuencia (Figura 17):



#### Realizar actividades físicas

El **77%** de los participantes ha informado que la obesidad tiene una afectación directa sobre su capacidad para llevar a cabo actividades físicas, incluyendo ejercicio, deportes e incluso asistir a gimnasios.



#### Acceder a ciertos lugares públicos o privados

El **14%** de los participantes encuentra dificultades para acceder a lugares públicos o privados como baños, cines, restaurantes, y otros, debido a la falta de accesibilidad para personas con obesidad.



#### Vestirse

Un **40%** de los participantes ha reportado dificultades relacionadas con la elección de vestuario, lo que abarca desde encontrar ropa de su talla hasta la incomodidad de vestirse para eventos o actividades como bodas, piscinas o playas.



#### Desplazarse

Un **33%** de los participantes ha indicado que la obesidad afecta a su movilidad en actividades cotidianas como caminar, subir escaleras, utilizar transporte público y acceder a vehículos.



### Realizar actividades sociales

El **24%** de los participantes ha visto impactadas sus actividades sociales debido a la obesidad, lo que incluye la interacción con amigos, la asistencia a eventos culturales como el cine o el teatro, así como la participación en actividades que requieren exponer su cuerpo, como ir a la playa.



### Viajar

Un **12%** de los participantes ha señalado que la obesidad impacta en su capacidad para viajar debido a la estigmatización de otros viajeros, la incomodidad de los asientos o la necesidad de comprar dos asientos, lo que influye en los desplazamientos tanto personales como laborales.



### Salir de casa en general

Un **14%** de los participantes ha destacado que la obesidad afecta en múltiples aspectos, resultando en dificultades para realizar actividades cotidianas y sociales en general, por lo que expresan una preferencia por evitar salir de casa debido a los desafíos y la incomodidad asociados con la obesidad en entornos públicos.



### Sentarse en asientos

Un **28%** de los participantes ha experimentado dificultades al sentarse en asientos, ya sea en el transporte público, cines, restaurantes o salas de espera.



### Realizar tareas del hogar

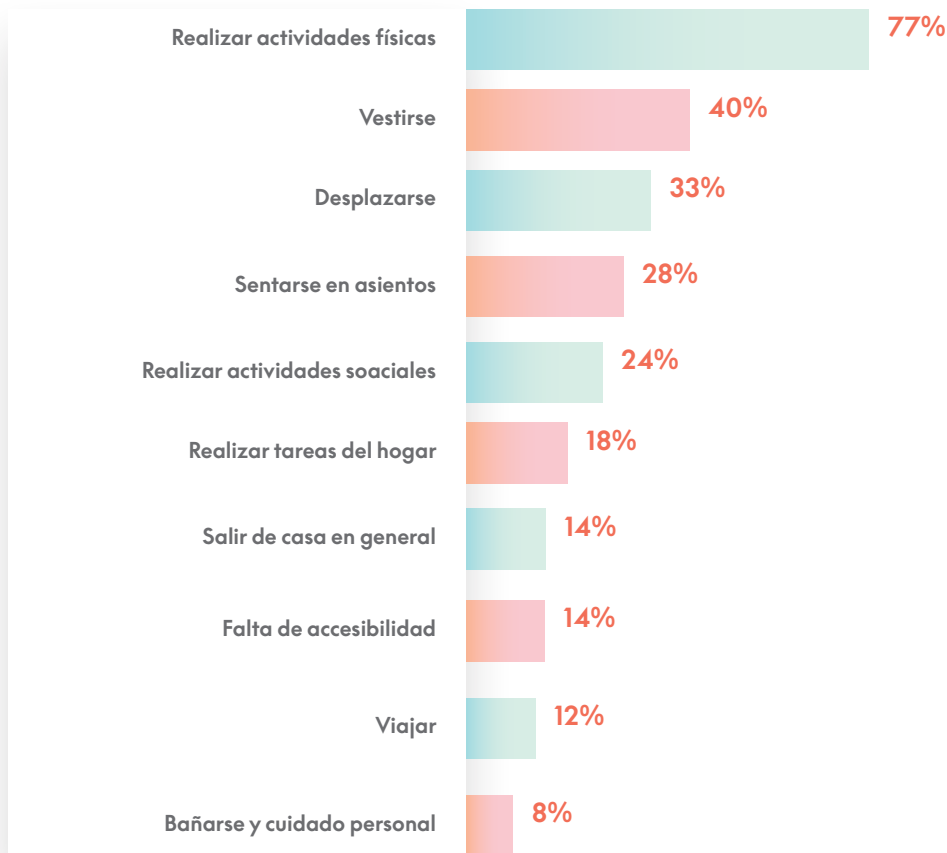
Un **18%** de los participantes ha reportado que la obesidad incide en su capacidad para llevar a cabo tareas domésticas, desde la limpieza hasta la cocina y las compras.



### Bañarse y cuidado personal

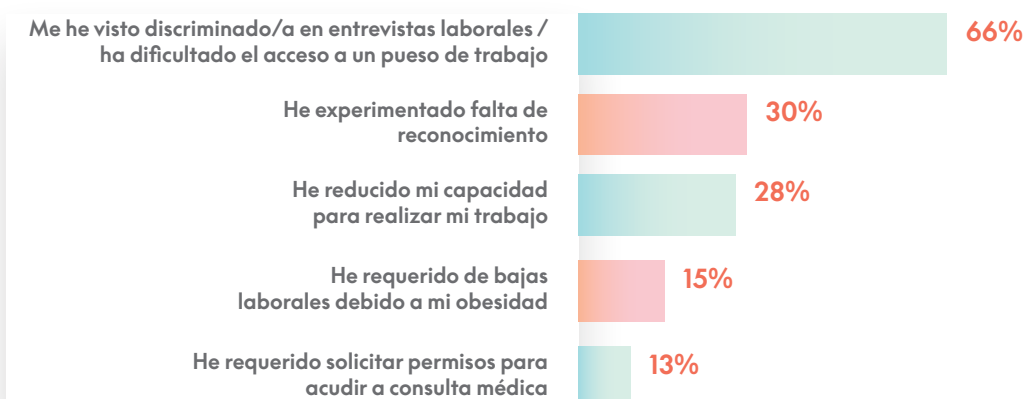
El **8%** de los participantes ha experimentado dificultades en actividades relacionadas con la higiene y el cuidado personal.

**FIGURA 17 Impacto de la obesidad en actividades específicas (n=120)**



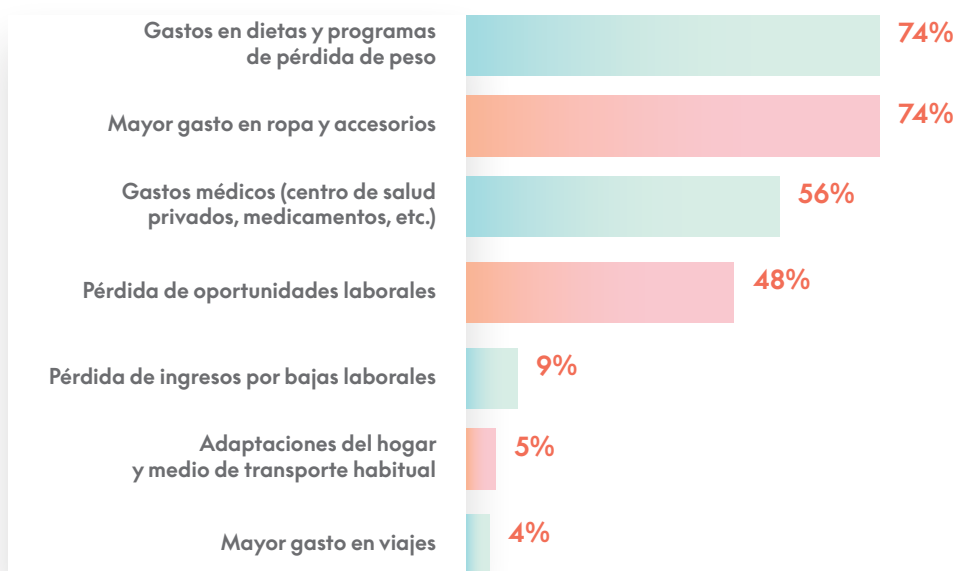
Con respecto al impacto de la obesidad en el entorno laboral, se evidencia que el 44% de los participantes (n=53) ha informado haber experimentado consecuencias vinculadas a su condición de obesidad en el ámbito laboral. Entre las situaciones mencionadas, prevalece la discriminación en entrevistas laborales o las dificultades para acceder a puestos de trabajo, afectando al 66% de los casos. Le siguen la falta de reconocimiento laboral (30%), la disminución de la capacidad para realizar sus tareas laborales (28%), la necesidad de tomar bajas laborales debido a problemas de salud relacionados con la obesidad (15%) y la solicitud de permisos para acudir a consultas médicas por esta condición (13%) (Figura 18).

**FIGURA 18 Impacto de la obesidad en el ámbito laboral (n=53)**



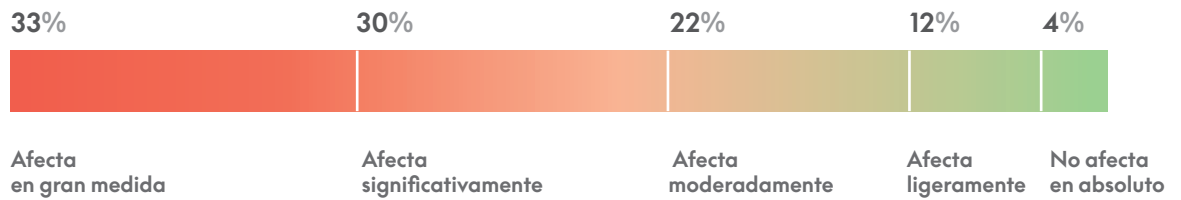
En lo que respecta al impacto económico de la obesidad en los pacientes, se destaca que un 67% de los participantes (n=80) han señalado haber experimentado un perjuicio económico debido a motivos relacionados con su obesidad. Entre las razones específicas que contribuyen a este impacto, se encuentran de manera destacada los gastos en dietas y programas de pérdida de peso, así como un mayor desembolso en ropa y accesorios, afectando al 74% de los casos en ambos aspectos. Asimismo, un 56% ha indicado los gastos médicos, incluyendo visitas a centros de salud privados y la adquisición de medicamentos, así como la pérdida de oportunidades laborales (48%) como causas principales del perjuicio económico relacionado con la obesidad. Por otro lado, la reducción de ingresos debido a bajas laborales relacionadas con la obesidad, la inversión en adaptaciones en el hogar y el medio de transporte habitual, así como el mayor gasto en viajes, impactan en menor medida, afectando al 9%, 5% y 4% de los casos, respectivamente (Figura 19).

**FIGURA 19** Impacto económico de la obesidad (n=80)

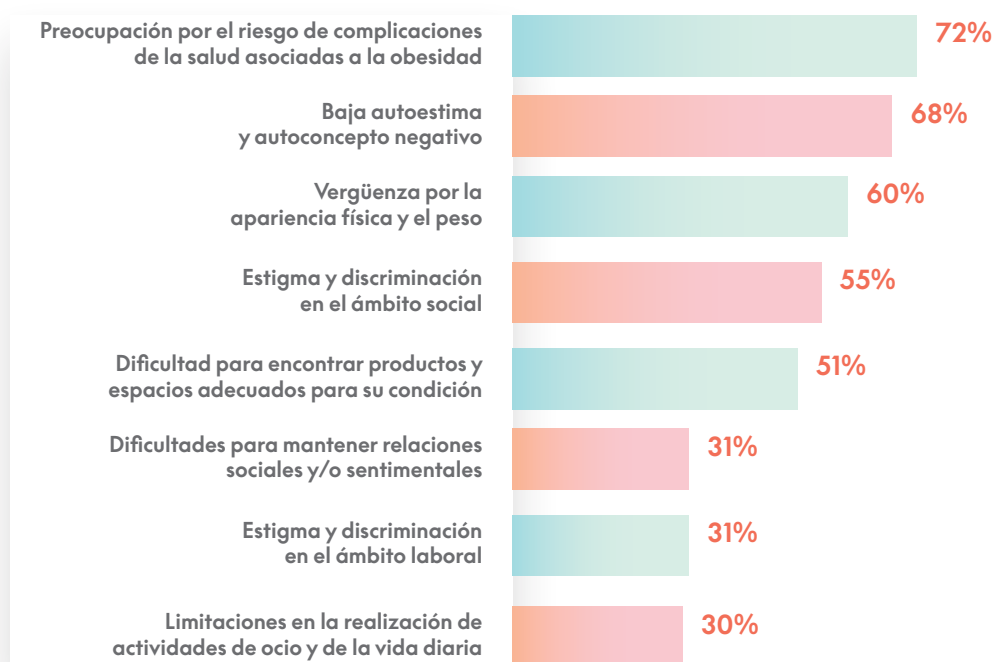


En relación con el impacto emocional de la obesidad en los participantes, resulta notable que el 96% (n=115) ha experimentado una afectación emocional en diversos grados, y dentro de este grupo, un 63% ha experimentado un impacto emocional significativo o incluso grave (Figura 20A). Entre los factores que contribuyen significativamente al impacto emocional de la obesidad, destacan la preocupación por el riesgo de complicaciones de salud asociadas a la obesidad (72%), la baja autoestima y el autoconcepto negativo (68%), la vergüenza por la apariencia física y el peso (60%), el estigma y la discriminación en el ámbito social (55%), así como como la dificultad para encontrar productos y espacios adecuados para su condición, como ropa y asientos (51%). Además, se observan otros factores relevantes, aunque con una menor incidencia, como las dificultades para mantener relaciones sociales y/o sentimentales (31%), el estigma y discriminación en el ámbito laboral (31%), y las limitaciones en la realización de actividades de ocio y de la vida diaria (30%) (Figura 20B).

**FIGURA 20A** Impacto emocional. Grados de afectación emocional experimentados (n=120)

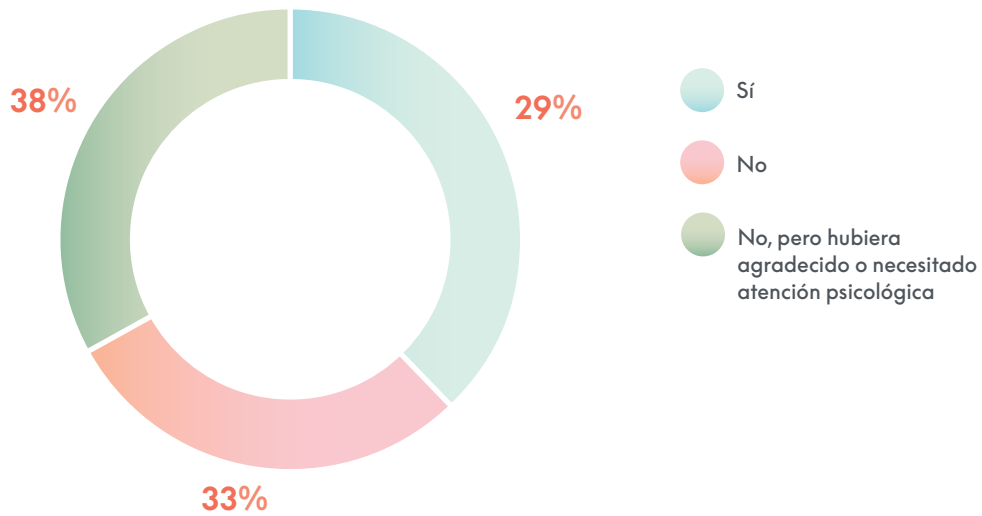


**FIGURA 20B** Impacto emocional. Factores contribuyentes al impacto emocional (n=115)



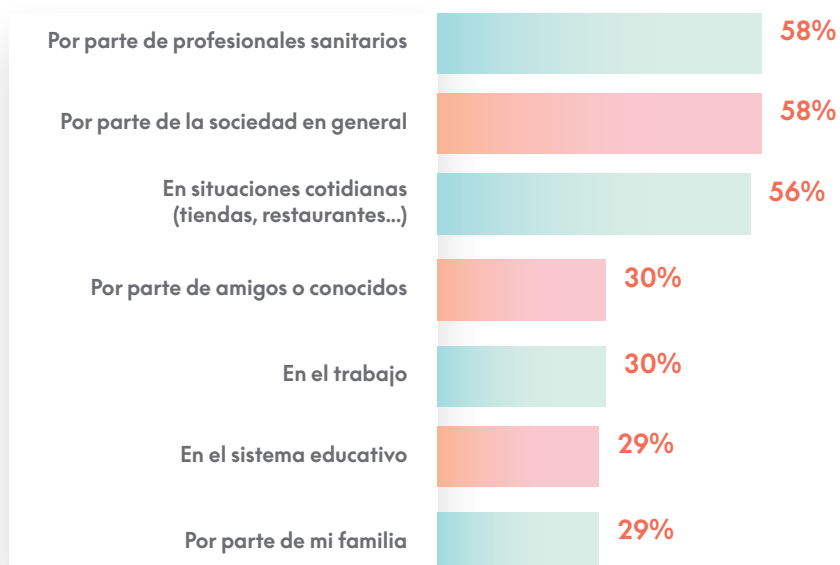
A pesar de la alta carga emocional que conlleva la obesidad, el 71% (n=85) de los participantes no ha recibido atención psicológica especializada para abordar estas cuestiones, mientras que solo el 29% (n=35) ha tenido acceso a dicho tratamiento. Es relevante destacar que dentro del grupo que no ha recibido atención psicológica (n=85), un 56% considera que habría sido beneficiosa. En términos generales (n=120), los resultados indican que el 29% de los participantes ha recibido atención psicológica, el 33% no ha tenido acceso a ella, y el 38% no la ha recibido, aunque hubiera valorado positivamente contar con este tipo de apoyo (Figura 21).

**FIGURA 21 Acceso a la atención psicológica especializada (n=120)**



En cuanto a la experiencia de aislamiento social o estigma relacionado con la obesidad, un 66% de los participantes (n=79) ha indicado haberlo experimentado en algún momento. Entre aquellos que han vivido esta situación, las fuentes principales son los profesionales sanitarios y la sociedad en general, ambas reportadas por el 58% de los participantes. Asimismo, las situaciones cotidianas, como las que tienen lugar en tiendas o restaurantes, también ejercen un impacto considerable, afectando al 56%. En menor medida, el aislamiento social y el estigma también son experimentados por parte de amigos o conocidos (30%) y en el ámbito laboral y educativo (29%) (Figura 22).

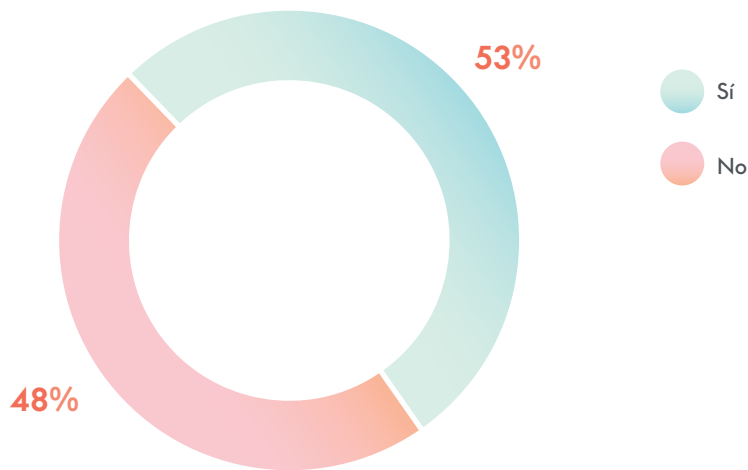
**FIGURA 22 Fuentes del aislamiento social o estigma relacionado con la obesidad (n=79)**





Finalmente, en cuanto a la percepción de la obesidad como una condición a largo plazo en la vida de los participantes, un 53% de ellos considera que deberá convivir con obesidad durante toda su vida, mientras que un 48% sostiene la creencia contraria, no anticipando que la obesidad sea una condición permanente en su trayectoria vital (Figura 23). Esta variabilidad en las perspectivas refleja la diversidad de percepciones individuales, que pueden estar influenciadas por la gravedad de la patología, la información previa adquirida sobre la obesidad y las experiencias personales en el manejo y tratamiento de esta condición médica.

**FIGURA 23** Percepción de la obesidad como condición crónica a largo plazo en la vida de los participantes (n=120)



05

## Situación de las personas con obesidad en España: conclusiones del análisis

En este apartado, se analizarán los resultados del estudio, combinando los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos, para examinar y poner en el foco la situación de los pacientes con obesidad en España.

### La subvaloración de la obesidad como enfermedad conduce a un infradiagnóstico

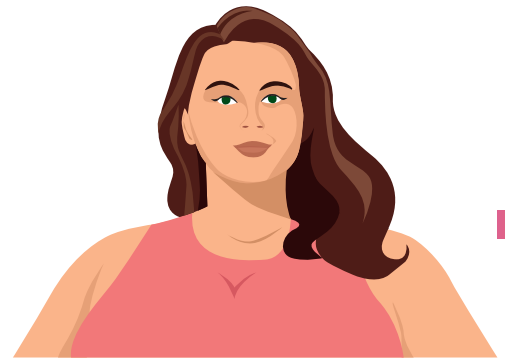
Esta enfermedad, en el contexto español, se enfrenta a una subvaloración tanto en la percepción por parte de la sociedad como en el ámbito sanitario, a pesar de ser reconocida internacionalmente como una enfermedad crónica de gran relevancia para la salud pública. Según los resultados obtenidos en el presente estudio, únicamente un 42% de las personas con obesidad define esta afección como una enfermedad crónica y el 53% la reconocen como tal. Estos hallazgos coinciden con los datos de España recopilados en el estudio ACTION-IO (Concienciación, Cuidado y Tratamiento en el Manejo de la Obesidad, una Observación Internacional), donde se resalta

que el 59% de la población con obesidad asocia esta condición con una enfermedad crónica<sup>36</sup>. Además, a pesar de la evidencia científica que respalda la obesidad como una enfermedad crónica, las personas con obesidad tienden a subestimar su condición real de peso<sup>37</sup>. En consonancia, se ha determinado que un 27% de los pacientes del estudio perciben erróneamente su situación de peso. Esta percepción conlleva a una subestimación de la gravedad y de su condición de obesidad, lo que, a su vez, provoca un retraso significativo en la búsqueda de atención médica.

A pesar de que la subestimación de la obesidad por parte de los pacientes contribuye al retraso en su detección y manejo, el proceso de diagnóstico en sí mismo presenta notables desafíos. Según los resultados obtenidos en el presente estudio, solo el 69% de los pacientes con obesidad recibe un diagnóstico de obesidad. Sin embargo, considerando que en el 37% de los casos, el diagnóstico se obtiene de manera incidental, como una afección secundaria mientras se trata otra enfermedad o dolencia, se podría considerar que únicamente el 43% de los pacientes recibe un diagnóstico formal de obesidad, lo cual concuerda con investigaciones previas que han reportado porcentajes similares, donde la proporción de pacientes diagnosticados varía entre el 40%<sup>38</sup> y el 44%<sup>39</sup>. Esto subraya la preocupante realidad de que la obesidad es una enfermedad infradiagnosticada en el sistema de salud.



*“Me tomó años darme cuenta de que necesitaba ayuda para abordar mi peso. Pensé que era algo que podría manejar por mí mismo”*



*“El diagnóstico lo obtuve mientras se trataba una enfermedad cardiovascular, pero no se le dio más importancia, solamente se enfocaron en la enfermedad principal”*

Además del evidente escenario de infradiagnóstico en la obesidad, los pacientes que han recibido un diagnóstico en esta condición señalan haber enfrentado diversas barreras en este proceso<sup>40</sup>. Entre estas destacan la percepción generalizada de la falta de información y comprensión por parte de los profesionales de la salud, mencionada por un 84% de los pacientes diagnosticados, así como la dificultad para encontrar un profesional sanitario con experiencia en el manejo de la obesidad, resaltada por el 51% de los pacientes diagnosticados. Esta carencia de sensibilización y capacitación de los profesionales sanitarios en relación con la obesidad conlleva a menudo a que los pacientes deban recurrir a múltiples consultas médicas y, en ocasiones, buscar atención en servicios sanitarios privados. Esta complejidad en la búsqueda de atención especializada se traduce en tiempos de espera prolongados para



*“Estuve varios años acudiendo a varios médicos en relación con mi peso, al final opté por acudir a un médico privado donde conseguí conocer la realidad sobre mi situación”*

ser derivados y acceder a un manejo adecuado de la obesidad. En este contexto, destaca que el 36% de los pacientes también reporta dificultades relacionadas con el acceso a pruebas o exámenes específicos necesarios para la confirmación diagnóstica. Los pacientes expresan sus dudas acerca de la idoneidad de utilizar únicamente el IMC como criterio para determinar la presencia de obesidad y demandan una evaluación más completa, que incluya una anamnesis exhaustiva, exploración física detallada y estudios complementarios para detectar posibles comorbilidades asociadas a la obesidad, así como una evaluación de la distribución de la adiposidad tanto global como regional<sup>41-44</sup>.

## Deficiencias en la coordinación y continuidad asistencial y la ausencia de un enfoque multidisciplinario integral comprometen la calidad de la atención sanitaria

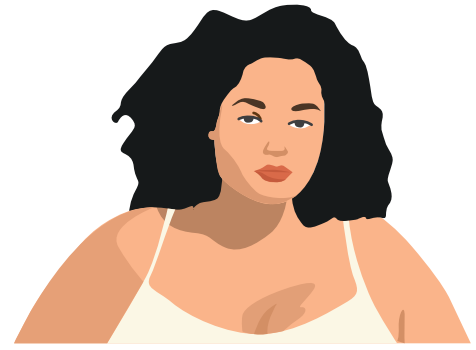
Desde una perspectiva asistencial, la obesidad, como enfermedad multifactorial con impactos significativos en múltiples aspectos de la salud de los pacientes, requiere un enfoque de atención multidisciplinario, integral y continuado<sup>41-45</sup>. Sin embargo, el abordaje actual podría presentar deficiencias en cuanto a la integridad, continuidad y coordinación de la atención.

Según los datos, se observa que solamente el 67% de los pacientes

que sufren esta condición reciben atenciones específicas para su manejo, y en promedio, se involucran de 2 a 3 profesionales de la salud en su atención. En este proceso, los profesionales de especialidades como endocrinología, atención primaria y nutrición son los más comúnmente implicados, mientras que disciplinas igualmente relevantes, como la psicología, tienden a desempeñar un papel secundario en la atención, dejando necesidades críticas de los pacientes sin cubrir<sup>46</sup>. La situación

presentada se agrava para aquellos pacientes que no tienen un diagnóstico formal de obesidad, ya que tienden a recibir únicamente consejos o recomendaciones fragmentadas en lugar de una atención integral. Además, la coordinación entre los profesionales de la salud involucrados en el manejo de la obesidad se percibe como negativa según el 89% de los pacientes. Esta falta de coordinación se traduce en una comunicación ineficaz entre los diferentes profesionales, lo que dificulta el flujo del paciente a través del circuito asistencial. Esta situación también puede dar lugar a la recepción de información contradictoria por parte de los pacientes, lo que contribuye a una atención ineficiente y a la sensación de desorientación en el proceso de tratamiento<sup>47</sup>.

En cuanto a la continuidad de la atención, se observa que el 74% de los pacientes que actualmente están en tratamiento médico cuentan con un profesional de referencia. Sin embargo, se destaca que la frecuencia de las consultas varía según la naturaleza de la afección, el tratamiento recibido y la etapa del proceso terapéutico, pudiendo ser mensuales, trimestrales o más espaciadas. En términos generales, el 51% de los participantes en el estudio no disponen actualmente de profesionales de referencia. Esta falta de seguimiento adecuado puede aumentar el sentimiento de abandono por parte de los pacientes y, en algunos casos, particularmente en pacientes en etapas finales de tratamiento, incrementar el riesgo de recaídas.



*“En ocasiones, las recomendaciones y pautas facilitadas por distintos profesionales sanitarios no van en la misma dirección, eso te lleva a la sensación de no saber a quién seguir o qué plan es mejor para ti”*



*“Tras pasar por una cirugía bariátrica, sientes que de alguna manera te abandonan, las visitas son muy poco frecuentes y a veces no recibes la información que necesitas”*

## Limitaciones en el acceso a tratamientos, falta de personalización y escasa información aumentan el riesgo de fallo terapéutico



En el contexto del tratamiento de la obesidad, y según la perspectiva de los pacientes, se observa una cierta tendencia hacia la desinformación y el infratratamiento, aunque según los datos obtenidos todos los pacientes incluidos en el estudio han manifestado haber tenido algún tipo de tratamiento.

Existen múltiples tratamientos para hacer frente a la obesidad, desde

cambios en el estilo de vida tales como dietas y pautas de ejercicio físico hasta fármacos y procesos quirúrgicos<sup>48</sup>. No obstante, solamente un 48% de los pacientes recibe información por parte de los profesionales de la salud sobre las diversas opciones de tratamiento y sus expectativas. La falta de información limita la capacidad del paciente para participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y



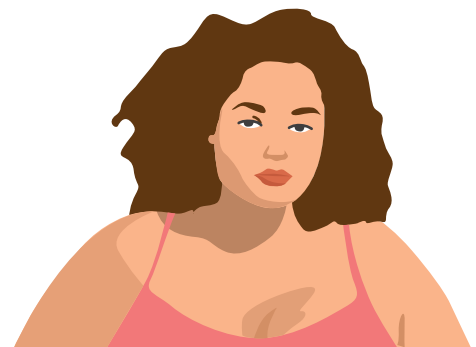
*“Simplemente te dan una fotocopia de una dieta y una fotocopia con ejercicios y ya está, sin tener en cuenta mis necesidades individuales”*

puede llevar a una percepción de falta de eficacia en el tratamiento, lo que a su vez puede resultar en una baja adherencia y, en última instancia, el fracaso del tratamiento<sup>49</sup>.

En promedio, cada paciente con tratamiento para la obesidad recibe aproximadamente cuatro modalidades terapéuticas distintas. Los enfoques más comúnmente prescritos son las dietas estándar (90%) y los programas de actividad física estándar (62%). En contraste, otras opciones terapéuticas, como las dietas personalizadas (58%), fármacos antiobesidad (44%), programas de actividad física personalizada y supervisada (39%), cirugía bariátrica (27%) y otros tratamientos no quirúrgicos tales como el balón intragástrico (7%), se prescriben con menos frecuencia. Este alto grado de recomendación hacia las opciones menos personalizadas, en comparación con enfoques individualizados, lleva a la percepción generalizada entre aproximadamente el 92% de los pacientes de que los tratamientos que han recibido no

se han adaptado a sus necesidades y características individuales, destacando una preocupante falta de personalización en el manejo de la patología.

El tratamiento de la obesidad demanda un enfoque integral y altamente personalizado, en el cual se deben considerar múltiples opciones terapéuticas y las variaciones individuales de los pacientes tanto en el ámbito biológico como socio-comportamental. Por ello, es imperativo llevar a cabo una anamnesis exhaustiva y ajustar la terapia en función de diversas variables, como el peso, la edad, el género, las condiciones médicas concomitantes, el entorno social, las preferencias personales, entre otros aspectos relevantes. Además, es fundamental tener en cuenta el perfil genético y metabólico del paciente en la planificación del tratamiento<sup>41-44</sup>.



*“Llegué a un punto en el que no conseguía bajar más de peso e incluso aumenté de peso. En ese momento, pensé que el tratamiento que me habían recomendado no funcionaba y lo dejé”*

La efectividad de este enfoque integral se sustenta en la sinergia de diversas opciones terapéuticas. No obstante, la adherencia al tratamiento emerge como un factor crítico en términos de éxito. Tomando como ejemplo las dietas, resulta imperativo que estas sean altamente personalizadas, teniendo en consideración el perfil metabólico y las preferencias dietéticas de cada individuo, lo que garantiza una mayor adherencia y probabilidad de éxito en la pérdida de peso<sup>50</sup>. De igual forma, el ejercicio físico debe ser complementario a la mejora de los hábitos alimentarios<sup>51,52</sup>, y su intensidad debe adaptarse en función de la edad y la condición física individual<sup>53</sup>. Es relevante subrayar que el 77% de los pacientes manifiesta dificultades significativas para llevar a cabo actividades físicas, lo cual puede ejercer un impacto considerable en el abandono del tratamiento si estas actividades no se adaptan



*“Nadie me explicó cómo controlar mi peso adecuadamente. Me dijeron que dependía de mí, así que busqué información en línea. Terminé probando muchas dietas que encontré en internet, pero ninguna realmente funcionó”*



*“La mayoría de las veces, los profesionales solo me dicen lo que no debo comer, pero no me dan herramientas reales para controlar mi alimentación ni para lidiar con mis impulsos”*

adecuadamente a la situación y capacidad de cada paciente, lo que destaca la necesidad de supervisión y adaptación constante en este aspecto.

Es importante destacar que además de la falta de personalización en los tratamientos para la obesidad, la adherencia y, en última instancia, la efectividad de dichos tratamientos también se ven significativamente influenciados por las expectativas de los pacientes<sup>54</sup>. Como se ha presentado anteriormente, existe un déficit de información disponible para los pacientes en relación con las diversas opciones terapéuticas, lo que puede llevar a la formación de expectativas inadecuadas por parte de estos. En este contexto, algunas de las estrategias terapéuticas presentan limitaciones inherentes, lo que puede contribuir a la percepción de falta de eficacia. Por ejemplo, en el caso de las estrategias clásicas basadas en cambios en el estilo de vida, estas se caracterizan por una



disminución relativamente rápida del peso corporal durante los primeros períodos tras su implementación. Sin embargo, a medida que transcurre el tiempo, la tasa de pérdida de peso se vuelve más gradual, y finalmente, las reducciones cesan<sup>55</sup>. Esto conlleva a que aproximadamente el 30-35% de los pacientes recupere el peso perdido y más del 50% pueda alcanzar un peso mayor incluso al presentado antes de iniciar el tratamiento<sup>56,57</sup>. En este sentido, es relevante destacar que la adherencia y el compromiso del paciente desempeñan un papel importante en estos resultados, ya que existe evidencia que sugiere que los pacientes comprometidos con los cambios de estilo de vida tienen una probabilidad del 50% de recuperar el peso, mientras que aquellos menos comprometidos presentan un 90% de

posibilidades de recuperar su peso o incluso ganar más<sup>58-60</sup>. Del mismo modo, en el caso de procedimientos endoscópicos y opciones no quirúrgicas, a pesar de que se observan resultados favorables a corto-medio plazo, su durabilidad en el tiempo suele ser un aspecto vulnerable de estos tratamientos<sup>61</sup>. Estos hechos, en conjunto con la desinformación, contribuyen a la percepción de la falta de eficacia por parte de los pacientes, lo que puede conducir a la disminución de la adherencia a las terapias recomendadas y al posterior empeoramiento de su condición.

En contraste, los fármacos antiobesidad y las intervenciones quirúrgicas se presentan como estrategias terapéuticas más efectivas en el control de la obesidad, particularmente en



aquellos casos en los cuales las modalidades terapéuticas clásicas han demostrado su ineficacia o han resultado fallidas<sup>48,62,63</sup>. Sin embargo, el acceso a estas modalidades de tratamiento puede estar limitado o restringido a ciertos perfiles de pacientes que presentan obesidad, lo que impone limitaciones significativas en su disponibilidad. Esto afecta especialmente a aquellos pacientes cuya situación económica constituye un factor restrictivo, ya que podrían



*“Necesitaba más que solo restricciones; necesitaba estrategias prácticas para el autocuidado y las conseguí gracias a una asociación de pacientes”*

verse obligados a asumir el costo total de alternativas farmacológicas o los gastos asociados a la intervención quirúrgica y su postoperatorio<sup>64</sup>. Además, las intervenciones quirúrgicas, como la cirugía bariátrica, establecen criterios específicos de inclusión que restringen su aplicación a pacientes con obesidad severa o de clase III (IMC > 40kg/m<sup>2</sup>) u obesidad moderada

o de clase II (IMC > 35kg/m<sup>2</sup>) con comorbilidades asociadas<sup>65</sup>. Es esencial destacar que, en el contexto de estas intervenciones, las listas de espera tienden a ser prolongadas<sup>66</sup>, lo que contribuye al deterioro de la calidad de vida y las perspectivas de los pacientes que enfrentan obesidad severa. Esta situación es particularmente preocupante, dado que varios estudios han reportado que, en el caso de pacientes con obesidad severa, solo 1 individuo de cada 1.290 hombres y 1 de cada 677 mujeres lograrían alcanzar un peso corporal normal mediante opciones terapéuticas no quirúrgicas<sup>67,68</sup>.

En todas las etapas del tratamiento, es crucial que los pacientes reciban orientación continua para comprender la importancia del autocuidado y los riesgos asociados a la obesidad<sup>41-44</sup>. Sin embargo, como se ha mencionado previamente, existe una preocupante falta de seguimiento continuo y adecuado, lo que puede limitar significativamente el acceso de los pacientes a pautas, recomendaciones y advertencias cruciales para evitar el fracaso en los tratamientos. Nuestros datos subrayan que solo el 61% de los pacientes informan que reciben información y herramientas relacionadas con el autocuidado, así como advertencias sobre las posibles consecuencias de la obesidad y el abandono del tratamiento por parte de los profesionales de la salud. Desde la perspectiva de los pacientes, la calidad de la información recibida es generalmente insatisfactoria, con un 64% calificándola como deficiente. Es particularmente preocupante que, en lo que respecta a las consecuencias de la obesidad, algunos pacientes reportan que existe cierta tendencia

a la banalización de la obesidad por parte de los profesionales sanitarios, llevando a una infravaloración de las complicaciones asociadas al exceso de peso. En relación con la información sobre el autocontrol y las herramientas para el autocuidado, los pacientes resaltan su ineficacia y, en ocasiones, su completa ausencia. Se observa una tendencia a centrarse en las restricciones alimentarias sin proporcionar soluciones prácticas para abordar los desafíos del autocuidado en la obesidad.

La situación general a la que se enfrentan los pacientes con obesidad a menudo los lleva a tener que buscar información y orientación en diversas fuentes. Algunos pacientes optan por fuentes confiables, como organizaciones de pacientes y sociedades científicas, que ofrecen información respaldada por evidencia y expertos en el campo. Sin embargo,

otros pacientes pueden recurrir a fuentes de información menos fiables, especialmente en páginas de internet, revistas no científicas y recomendaciones de personal no cualificado. Esta búsqueda en fuentes de información dudosamente confiables puede llevarlos a considerar alternativas carentes de base científica, como productos de parafarmacia, fórmulas magistrales y la adopción de dietas autorrecetadas y sin supervisión, incluyendo las dietas cetogénicas y las dietas disociadas. Estas prácticas, seguidas por el 57% de los pacientes, no solo suelen resultar ineficaces, sino que también pueden conllevar efectos nocivos para la salud, como la disminución de la masa muscular, el aumento de los niveles de colesterol LDL y la aparición de efectos secundarios graves, tales como síndromes depresivos, insomnio, trastornos del ritmo cardíaco, hipocaliemia, entre otros<sup>69-71</sup>.

## La necesidad de una mayor accesibilidad a atención psicológica especializada y a terapia conductual se destaca como un componente esencial en el abordaje de la obesidad



La obesidad está estrechamente relacionada con alteraciones psicológicas, como la ansiedad y la depresión<sup>72</sup>. Estudios recientes han revelado que los pacientes adultos con obesidad tienen entre un 23% y un 36% más de probabilidades de desarrollar depresión en comparación

con aquellos que no padecen obesidad. Asimismo, se observa una relación similar en el caso de la ansiedad, donde los pacientes presentan entre un 30% y un 40% más de posibilidades de desarrollar trastornos o síntomas de ansiedad<sup>73</sup>. Estudios adicionales han proporcionado evidencia de que las

personas de mediana edad y mayores (mayores de 45 años) que padecen tanto obesidad como depresión tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar discapacidad funcional en comparación con aquellos que presentan solo una de estas condiciones<sup>74</sup>.

En este sentido, los datos recopilados en este estudio revelan que un 96% de los pacientes han experimentado algún nivel de impacto emocional, y un 63% de estos calificando dicho impacto como significativo. Además, un 28% de los pacientes definen la obesidad como una consecuencia de problemas emocionales. A pesar de esta alta carga emocional que conlleva la obesidad, los datos revelan una preocupante brecha en la atención psicológica especializada. Concretamente, el 71% de los participantes en el estudio no ha tenido acceso a este tipo de tratamiento, a pesar de que el 56% de ellos considera que habría sido beneficioso y solo el 29% ha tenido acceso a atención psicológica especializada.



*“Cuando me siento deprimida, a menudo busco consuelo en la comida”*

La vulnerabilidad psicológica es una característica común en las personas con obesidad y puede estar relacionada con diversos factores, como la autoestima, la estigmatización y las dificultades en el control de los impulsos alimentarios<sup>75</sup>. Asimismo, recomendaciones poco realistas en cuanto a la pérdida de peso y la falta de información o información poco confiable sobre pautas terapéuticas pueden llevar a la generación de ansiedad y confusión. Estos factores contribuyen al estrés psicológico, lo que puede dar lugar a comportamientos alimentarios desordenados y, en última instancia, al aumento de peso<sup>54,76</sup>.

En este contexto, la terapia conductual emerge como un componente esencial en el tratamiento de la obesidad, ya que se centra en la modificación de hábitos y comportamientos relacionados con la alimentación y el estilo de vida, y en proporcionar un sólido apoyo a los pacientes, motivarlos a seguir un programa de pérdida de peso y abordar la carga emocional que acompaña a la obesidad<sup>77</sup>. Por tanto, la terapia conductual ofrece estrategias efectivas para lidiar con los desafíos del autocuidado y la gestión del peso, al tiempo que busca reducir el estigma asociado con la obesidad y fomentar una mentalidad positiva hacia el cambio<sup>78</sup>. Sin embargo, únicamente el 21% de los participantes en el estudio ha tenido acceso a esta forma de tratamiento, y en su mayoría, estos pacientes la recibieron como parte del protocolo de la cirugía bariátrica<sup>79</sup>. Estos datos podrían destacar la necesidad de expandir la disponibilidad de la terapia conductual como un componente integral en el abordaje de la obesidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las

## La estigmatización en el ámbito sanitario: un desafío que afecta negativamente la calidad de la atención sanitaria y el bienestar de los pacientes



Uno de los desafíos preeminentes que confrontan las personas que padecen obesidad radica en la presencia de estigmatización, una problemática que ha sido reconocida a nivel global como un desafío de salud global<sup>80</sup>. Según estudios de la OMS<sup>81</sup>, el 54% de los adultos con obesidad han sufrido

estigma por su condición, lo que es consistente con los datos obtenidos en nuestro estudio los cuales reflejan que un 66% de los participantes han sido objeto de estigmatización debido a su peso.

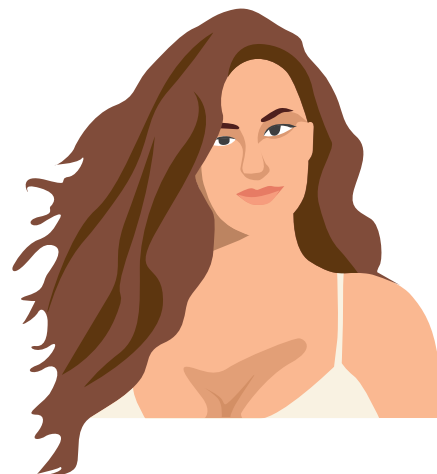
En el contexto sanitario, un 58% de los

pacientes informan sobre experiencias de estigma por parte de los profesionales sanitarios, una cifra que guarda similitud con el 69% reportado en investigaciones previas<sup>81</sup>. Diversas investigaciones han constatado que numerosos profesionales del ámbito sanitario exhiben prejuicios y manifiestan actitudes negativas, incluyendo la creencia de que la obesidad es esencialmente atribuible a la responsabilidad individual<sup>82-84</sup>. Este hecho incide directamente en la calidad de la atención médica, con posibles repercusiones en áreas cruciales como el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la comunicación de información relevante para la salud de los pacientes<sup>83,84</sup>, como se ha ilustrado a lo largo de este estudio. En consecuencia, los pacientes suelen experimentar estrés sanitario, lo que puede traducirse en una disminución en la búsqueda de atención médica, con la consiguiente demora o cancelación de visitas médicas, en una pérdida de confianza en los profesionales sanitarios y en una menor adherencia a los tratamientos recomendados<sup>85,86</sup>.

Asimismo, esta atención médica influenciada por prejuicios y actitudes negativas también puede generar impactos económicos y psicológicos significativos para los pacientes. Por un lado, un 56% de los participantes indica que experimentan un impacto económico debido a la necesidad de recurrir a consultas médicas privadas (también en la adquisición de fármacos), mientras que un 74% informa que el mayor impacto económico se relaciona con la inversión en programas de pérdida de peso. Por otro lado, en cuanto a la esfera psicológica, las preocupaciones relacionadas con el riesgo de



*“He encontrado médicos que, en lugar de brindar apoyo y comprensión, me han culpado por mi obesidad y me han hecho sentir que no merezco atención médica de calidad”*



*“La actitud condescendiente y los comentarios insensibles que experimenté en el hospital me hicieron sentir que vaya donde vaya siempre seré juzgada”*

complicaciones de salud asociadas a la obesidad afectan al 72% de los pacientes. Estas preocupaciones pueden surgir como resultado de la falta de información adecuada y la percepción errónea de la obesidad por parte de los profesionales sanitarios.

## La estigmatización social de la obesidad: un obstáculo en múltiples dimensiones con efectos adversos en la calidad de vida

La estigmatización de la obesidad abarca diversos aspectos que trascienden en distintos ámbitos de la vida de quienes la padecen, incluyendo los ámbitos laborales, educativos, familiares y sociales en general.

En la sociedad en general, el estigma relacionado con el peso es uno de los desafíos más significativos a los que se enfrentan los pacientes con obesidad, siendo reportado por el 58% de los pacientes como una de las principales fuentes de estigmatización. Este estigma surge de la percepción

generalizada de que la obesidad es el resultado de una falta de voluntad y malos hábitos<sup>87</sup>, así como de estereotipos negativos relacionados con la obesidad<sup>88,89</sup>. Varios factores contribuyen a este estigma, y uno de los más influyentes es la representación negativa de las personas con obesidad en los medios de comunicación<sup>90</sup>, donde a menudo se promueve la idea errónea de que la obesidad es principalmente una cuestión de responsabilidad individual y representan a personajes con obesidad como agresivos, impopulares, malvados y poco saludables, lo que los convierte en el blanco de bromas y burlas<sup>91</sup>.

Este estigma se manifiesta de manera palpable en la vida cotidiana de las personas que padecen obesidad, una realidad que ha sido reportada por el 56% de los pacientes en este estudio. Estas personas a menudo se encuentran en situaciones en las que se sienten sometidas a juicios y burlas por parte de otros individuos. Por ejemplo, al realizar compras, experimentan la sensación de ser observadas y juzgadas por sus elecciones de consumo. De igual forma, cuando asisten a restaurantes, enfrentan miradas inquisitivas que analizan detenidamente sus elecciones alimenticias. Incluso al salir a la calle, no son ajenas a las miradas

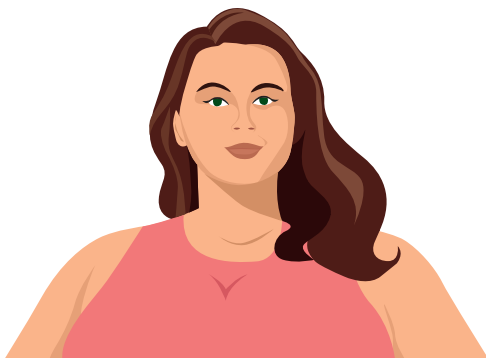


*“En la televisión nos tildan como el tonto bonachón que no se entera de nada o como una persona vaga, sucia y con adicción a la comida basura”*



penetrantes y a los comentarios despectivos por parte de terceros. Además, la discriminación en la industria de la moda, donde la ropa de tallas más grandes tiende a ser más cara y de menor calidad, así como la falta de asientos de tamaño adecuado en lugares públicos, son otros ejemplos de cómo el estigma de la obesidad puede influir en la vida diaria de quienes lo experimentan. Este tipo de comportamiento público general genera insatisfacción corporal<sup>92</sup> y un menor bienestar psicológico en las personas con obesidad, lo que, puede llevar a muchas de ellas a evitar ciertas actividades, como realizar ejercicio físico, viajar o incluso salir a la calle, con el objetivo de evitar estas situaciones de estigmatización<sup>93</sup>.

En el contexto laboral, las personas que enfrentan el sobrepeso y la obesidad se ven confrontadas con actitudes estereotipadas por parte de los empleadores, lo que incluye percepciones negativas como la presunción de que son perezosas,



*“La sociedad tiende a juzgarnos como si nuestra condición fuera simplemente nuestra elección”*



*“Viajar es una experiencia incómoda y estresante, las miradas y resoplidos de las personas que tengo al lado son constantes”*

menos trabajadoras, carecen de motivación, autocontrol y habilidades interpersonales, lo cual se traduce en un trato desigual en el entorno laboral<sup>94</sup>. Esto impacta en las decisiones relacionadas con la contratación, resultando en salarios inferiores y en una menor cantidad de ascensos y oportunidades de promoción, a pesar de poseer habilidades y cualidades similares a las de aquellos empleados que no presentan obesidad. A menudo, las personas con obesidad son percibidas como menos aptas y exitosas, lo que disminuye sus posibilidades de ser consideradas para una entrevista de trabajo o ser contratadas<sup>95</sup>. De acuerdo con el informe de la OMS, el 54% de los adultos con obesidad informan haber sido objeto de estigmatización por parte de sus compañeros de trabajo<sup>81</sup>. Los datos obtenidos en nuestro estudio reflejan que el 44% de los participantes ha experimentado impactos significativos en su entorno laboral, mientras que el 30% ha enfrentado situaciones de estigma laboral.

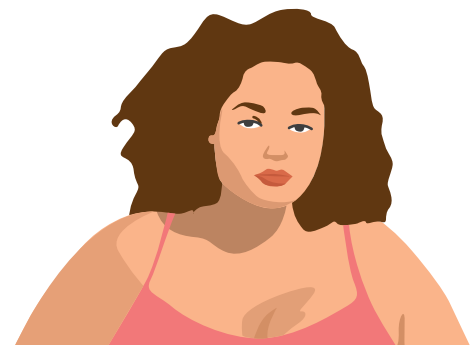


*“En varias entrevistas de trabajo he sido discriminado por mi peso. Me he enfrentado a preguntas y dudas sobre si podré llevar a cabo ciertas tareas o responsabilidades debido a mi apariencia física”*

En el contexto de familiares y amigos, la percepción de la obesidad suele seguir una secuencia temporal en la que se refleja una evolución en la comprensión de esta afección. Inicialmente, prevalece la creencia de que la obesidad es principalmente el resultado de una falta de voluntad y de la incapacidad para mantener hábitos saludables. Esta percepción conduce a prejuicios y actitudes negativas hacia las personas con obesidad, a menudo manifestadas en forma de estigma y culpa, con la suposición errónea de que estas formas de juicio pueden motivar a quienes padecen obesidad a perder peso<sup>96</sup>. Sin embargo, a medida que avanza el tiempo, la obesidad se reconoce cada vez más como una enfermedad, siendo finalmente grandes fuentes de apoyo para hacerle frente<sup>97</sup>.

En el contexto escolar, es importante destacar que, si bien nuestro estudio se ha centrado en adultos y, por lo tanto, refleja en menor medida el estigma relacionado con el peso en el entorno educativo (reportado

por el 29% de los participantes), numerosas investigaciones previas han evidenciado que la victimización y el acoso basados en el peso son fenómenos recurrentes en el ámbito escolar. Estos comportamientos discriminatorios son perpetrados principalmente por los compañeros de los estudiantes, pero también pueden ser observados entre entrenadores deportivos y profesores, tanto en formación como en servicio. A menudo, se establecen expectativas más bajas en términos físicos, sociales y de habilidades académicas con respecto a los estudiantes con sobrepeso, lo que tiene un impacto perjudicial en la salud y el bienestar de estos jóvenes y contribuye a la creación de desigualdades educativas<sup>91,98,99</sup>. De acuerdo con el informe de la OMS, se ha demostrado que los niños en edad escolar con obesidad enfrentan un riesgo un 63% mayor de ser víctimas de acoso en comparación con sus compañeros con peso normal<sup>81</sup>.

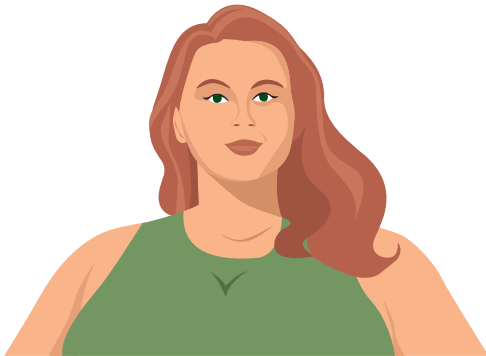


*“Para mí, la familia y el entorno más cercano juegan un papel fundamental en la lucha contra la obesidad. Su apoyo y comprensión son esenciales”*

Es fundamental comprender que el estigma de la obesidad no solo es perjudicial en sí mismo, sino que también puede tener efectos negativos en la salud física y mental de las personas afectadas. La interiorización de estos prejuicios y la estigmatización pueden contribuir a comportamientos alimentarios desordenados, un mayor estrés fisiológico y una reducción de la actividad física<sup>100,101</sup>. Además, se ha asociado con un mayor riesgo de problemas de salud mental, incluyendo síntomas de depresión y ansiedad, así como un mayor riesgo de suicidio y mortalidad<sup>102-104</sup>.



*“La única persona que comprende a alguien con obesidad, es otra persona con obesidad”*



*“Los niños lo tienen mucho más duro, los adultos ya tenemos cierta fortaleza mental, pero los niños son muy vulnerables y pueden tener que soportar comentarios muy crueles y situaciones de acoso continuas”*

## 06

# Propuestas de mejora

La obesidad en España ha emergido como un desafío creciente en el campo de la salud pública, con implicaciones significativas para la calidad de vida y el sistema sanitario. Este estudio ha relevado deficiencias y limitaciones que obstaculizan la atención y el abordaje efectivo de la obesidad. Conscientes de la importancia de afrontar estos desafíos, se proponen a continuación una serie de iniciativas destinadas a mejorar la comprensión, el diagnóstico, la atención y la percepción de la obesidad en la sociedad española en general y en el sistema sanitario en particular. Estas propuestas se enfocan en una atención más efectiva y en la promoción de un enfoque integral, con el propósito de mitigar el impacto en la salud y el bienestar de las personas afectadas, al tiempo que se pretende contribuir a una percepción más precisa y respetuosa de esta compleja afección.

### 01

#### **POTENCIAR EL RECONOCIMIENTO REAL DE LA OBESIDAD COMO UNA ENFERMEDAD CRÓNICA**

Garantizar los derechos de las personas que viven con obesidad, abordándola como una enfermedad crónica e impulsar una mejora sustancial en la atención y prevención de esta condición de salud.

### 02

#### **DESARROLLAR CAMPAÑAS DE CONCIENCIACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA OBESIDAD**

Implementar campañas destinadas a promover la prevención y a reducir el estigma asociado a la obesidad, utilizando testimonios de pacientes y enfoques libres de estereotipos para aumentar la conciencia pública sobre los riesgos de esta enfermedad.

**03**

### **DESARROLLAR PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCUELAS**

Fomentar la prevención y la concienciación sobre la obesidad desde temprana edad, promoviendo hábitos saludables de alimentación y actividad física y generando una mayor comprensión de la obesidad como una enfermedad crónica.

**04**

### **REALIZAR ACCIONES DE FORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS**

Fortalecer la formación y concienciación en obesidad entre los profesionales sanitarios, implementando asignaturas troncales sobre obesidad en la educación universitaria de futuros profesionales de la salud y proporcionando formación continua a los profesionales en ejercicio, con el objetivo de aumentar la comprensión de la obesidad como enfermedad crónica, mejorar sus habilidades para el abordaje efectivo y asegurar una atención de calidad.

**05**

### **IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL EXCESO DE PESO DE MANERA SISTEMÁTICA**

Identificar de manera temprana signos de sobrepeso y obesidad en la población para permitir una intervención oportuna y reducir el riesgo de complicaciones asociadas.

**06**

### **ESTABLECER PROTOCOLOS DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL**

Integrar un enfoque diagnóstico amplio que abarque una anamnesis completa, con el fin de optimizar la detección de la obesidad y proporcionar una base sólida para una atención especializada e individualizada garantizando un abordaje eficiente.

07

### **ESTABLECER PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PERSONALIZADOS E INTEGRALES**

Mejorar el acceso a las diferentes estrategias de tratamientos efectivas y garantizar la adherencia terapéutica, considerando el estado de salud y la obesidad de la persona. La adaptación a las necesidades y capacidades individuales y cambiantes de los pacientes resultará en una atención más equitativa, efectiva y satisfactoria en el manejo de la obesidad.

08

### **INSTAURAR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS ESPECÍFICOS PARA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD**

Facilitar el acceso a una atención integral y especializada para pacientes con obesidad al establecer Unidades de Obesidad integradas por equipos compuestos por médicos de atención primaria, endocrinólogos, psicólogos, nutricionistas y otros profesionales de la salud con el objetivo de abordar eficazmente la obesidad y promover un enfoque holístico en la atención a los pacientes.

09

### **INCORPORAR LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LAS LISTAS DE PRIORIZACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS, AMPLIAR SU OFERTA Y GARANTIZAR UN SEGUIMIENTO ADECUADO TRAS LA CIRUGÍA**

Mejorar la accesibilidad y reducir los tiempos de espera para la cirugía bariátrica, garantizando un tratamiento oportuno y equitativo para los pacientes que requieran de esta intervención, así como un seguimiento postoperatorio efectivo para garantizar resultados óptimos y evitar complicaciones y riesgos de recaída.

10

### **ESTABLECER PROTOCOLOS DE COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES SANITARIOS**

Garantizar la comunicación y coordinación efectiva entre los profesionales sanitarios que atienden al paciente, para que estos reciban la misma información y recomendaciones de forma coherente y consistente, con el objetivo de mejorar el flujo por el circuito asistencial, la adherencia al tratamiento y promover el autocuidado de la salud.

11

### **AMPLIAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA Y LA TERAPIA CONDUCTUAL**

Garantizar que los pacientes con obesidad tengan acceso a atención psicológica especializada y terapia conductual como componentes integrales del tratamiento de la obesidad, abordando los aspectos emocionales y mentales de la condición de manera temprana y continuada, reduciendo la comorbilidad con problemas emocionales, mejorando la adherencia a tratamientos y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

12

### **PROMOVER LA CORRESPONSABILIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIAS**

Promover y garantizar el acceso a una información veraz y avalada científicamente por parte de los pacientes, en colaboración con las organizaciones de pacientes, para contribuir al empoderamiento y la toma de decisiones informadas y reduciendo la búsqueda de información errónea y potencialmente perjudicial.

## Bibliografía

1. World Health Organization. (2020). *Obesity and Overweight*. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
2. Hill, J.O., Wyatt, H.R., and Peters, J.C. (2013). *Energy Balance and Obesity*. *Circulation*, 126(1):126-132.
3. Archer, E., and Lavie, C.J. (2022). *Obesity Subtyping: The Etiology, Prevention, and Management of Acquired versus Inherited Obese Phenotypes*. *Nutrients*, 14(11).
4. Smith, N.R., Zivich, P.N., and Frerichs, L. (2020). *Social Influences on Obesity: Current Knowledge, Emerging Methods, and Directions for Future Research and Practice*. *Current Nutrition Reports*, 9(1):31-41.
5. Lim, Y., and Boster, J. (2023). *Obesity and Comorbid Conditions*. *Statpearls*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574535/>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
6. Flores-Cordero, J.A., Pérez-Pérez, A., Jiménez-Cortegana, C., Alba, G., Flores-Barragán, A., and Sánchez-Margalet, V. (2022). *Obesity as a Risk Factor for Dementia and Alzheimer's Disease: The Role of Leptin*. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(9):5202.
7. Schumacher, L.M., Farris, S.G., Thomas, J.G., Lipton, R.B., Pavlovic, J., Vgontzas, A., and Bond, D.S. (2023). *Interrelationships of Sleep Quality, Obesity Severity, and Clinical Headache Features among Women with Comorbid Migraine and Obesity*. *Journal of Clinical Medicine*, 12(5):1742.
8. Pati, S., Irfan, W., Jameel, A., Ahmed, S., and Shahid, R.K. (2023). *Obesity and Cancer: A Current Overview of Epidemiology, Pathogenesis, Outcomes, and Management*. *Cancers*, 15(2):485.
9. Kyrgiou, M., Kalliala, I., Markozannes, G., Gunter, M.J., Paraskevaidis, E., Gabra, H., Martin-Hirsh, P., and Tsilidis, K.T. (2017). *Adiposity and Cancer at Major Anatomical Sites: Umbrella Review of the Literature*. *The BMJ*, 358:j477.
10. Tzenios, N. (2023). *Obesity as a Risk Factor for Different Types of Cancer*. *EPRA International Journal of Research and Development*, 8(2).
11. Calderone, A., Calabro, P.F., Lippi, C., Jaccheri, R., Vitti, J., and Santini, F. (2017). *Psychopathological Behaviour and Cognition in Morbid Obesity*. *Recent Patents on Endocrine, Metabolic and Immune Drug Discovery*, 10(2):112-118.
12. Antonio, A.L. (2012). *El Sobrepeso y la Obesidad como un Problema de Salud*. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(2):145-153.



13. Redinger, R.N. (2007). *The Pathophysiology of Obesity and Its Clinical Manifestations*. *Gastroenterology and Hepatology*, 3(11):856-863.  
Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p06/&file=01011.px>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
14. World Obesity Federation's (2023). *Obesity Atlas 2023*. Disponible en: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World\\_Obesity\\_Atlas\\_2023\\_Report.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf). Consultado: 29 de noviembre de 2023.
15. World Obesity Federation. (2022). *World Obesity Atlas 2022*. Disponible en: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World\\_Obesity\\_Atlas\\_2022.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf). Consultado: 5 de octubre de 2023.
16. World Health Organization. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
17. Dyleva, Y.A., Belik, E.V., and Gruzdeva, O.V. (2023). *Obesity and Aging: General Aspects*. *Journal of Evolutionary Biochemistry and Physiology*, 59:420-432.
18. López-González, A.A. (2017). *The Modern Epidemic that is Fast Becoming the Biggest Danger to World Death*. *EC Endocrinology and Metabolic Research*, 1:56-57.
19. Taylor, R. (2023). *Hunger and the Obesity Epidemic: Old Insights Reaffirmed by New Medicines?*. *Annals of Internal Medicine*, 176(7):995-996.
20. Phipps, D., and Helton, M.R. (2023). *Obesity and Chronic Disease*. *Chronic Illness Care*, 19-27.
21. Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Índice de Masa Corporal Población Infantil según Sexo y Comunidad Autónoma. Población de 2 a 17 años*. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/ICV/dim3/10/&file=33101.px>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
22. Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Índice de Masa Corporal por CCAA y Periodo. Población de 18 y más años*. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/ICV/dim3/10/&file=33101.px>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
23. Organisation for Economic Cooperation and Development. (2017). *Obesity Update 2017*. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
24. Mora, T., Gil, J., and Sicars-Mainar, A. (2015). *The Influence of Obesity and Overweight on Medical Costs: A Panel Data perspective*. *The European Journal of Health Economic*, 16(2):161-173.
25. Organisation for Economic Cooperation and Development. (2019). *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/67450d67-en/index.html?itemId=/content/publication/67450d67-en>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
26. Hernández, A., Zomeño, A.D., Dégano, I.R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., Civeira, F., Moure, R., and Marrugat, J. (2019). *Exceso de Peso en España: Situación Actual, Proyecciones para 2030 y Sobrecoste Directo Estimado para el Sistema Nacional de Salud*. *Revista Española de Cardiología*, 72(11):916-924.
27. Okunogbe, A., Nugent, R., Spencer, G., Ralston, J., and Wilging, J. (2021). *Economic Impacts of Overweight and Obesity: Current and Future Estimates for Eight Countries*. *BMJ Global Health*, 6(10).

28. World Health Organization (1997). *Report of a WHO Consultation on Obesity*. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_NUT\\_NCD\\_98.1\\_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf). Consultado: 5 de octubre de 2023.
29. American Medical Association. (2013). *Declaration to Classify Obesity as a Disease*. Annual Meeting Report.
30. Gobierno de España. (2022). *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil*. Disponible en: [https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/Plan\\_obesidad\\_Completo\\_DIGITAL\\_paginas\\_1.pdf](https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/Plan_obesidad_Completo_DIGITAL_paginas_1.pdf). Consultado: 5 de octubre de 2023.
31. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2011). *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
32. Garrow, J.S., and Webster, J. (1985). *Quetelet's Index (W/H<sup>2</sup>) as a Measure of Fatness*. *International Journal of Obesity*, 9(2):147-153.
33. World Health Organization. (1997). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*, Geneva, 3-5 June 1997. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/63854?&locale-attribute=es>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
34. Grewing, E., Lergetporer, P., Simon, L., Werner, K., and Woessmann, L. (2023). *Can Internet Surveys Represent the Entire Population? A Practitioners' Analysis*. *European Journal of Political Economy*, 78:102382.
35. Regueras, E., Torres, L.M., and Vergés, J. (2022). *Importancia de las Sociedades Científicas y las Asociaciones de Pacientes en el Ecosistema Sanitario*. *Revista de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos*, 32.
36. Salvador, J., Vilarrasa, N., Poyato, F., and Rubio, M.A. (2020). *Perceptions, Attitudes, and Barriers to Obesity Management in Spain: Results from the Spanish Cohort of the International ACTION-IO Observation Study*. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9):2834.
37. Lecube, A., Sánchez, E., Monereo, S., Medina-Gómez, G., Bellido, D., García-Almeida, J.M., de Icaya, P.M., Malagón, M.M., Goday, A., and Tinahones, F.J. (2020). *Factors Accounting for Obesity and Its Perception among the Adult Spanish Population: Data from 1000 Computer-Assisted Telephone Interviews*. *Obesity Facts*, 13(4):322-332.
38. Sociedad Española de Medicina Interna. (2023). *Médicos Internistas Reiteran la Importancia de Reconocer la Obesidad como Enfermedad Crónica en España y de Atajar su Elevado Infradiagnóstico e Infratratamiento*. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/medicos-internistas-reiteran-la-importancia-de-reconocer-la-obesidad-como>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
39. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. (2022). *Nota de prensa del Día Mundial contra la Obesidad*. Disponible en: <https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/>
40. Kim, T.N. (2020). *Barriers to Obesity Management: Patient and Physician Factors*. *Journal of Obesity and Metabolic Syndrome*, 29(4):244-247.
41. Salas-Salvadó, J., Rubio, M.A., Barbany, M., Moreno, B., and Grupo Colaborativo de la SEEDO. (2007). *Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad*

- y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5):184-186.
42. Pomar, M.D.B., García, N.V., Herrera, M.A.R., Barahona, M.J., Bueno, M., Caixàs, A., Continente, A.C., Ciudin, A., Cordido, F., de Hollanda, A., Diaz, M.J., Flores, L., Luna, P.P.G., Pérez-Sevillano, F.G., Goday, A., Lecube, A., Gómez, J.J.L., Miñambres, I., Gorria, M.J.M., Morinigo, R., and Lesmes, I.B. (2021). *Abordaje Clínico Integral SEEN de la Obesidad en la Edad Adulta*. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 68(2): 130-136.
  43. Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M.A., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., Masmiquel, L., Goday, A., Bellido, D., Lurbe, E., García-Almeida, J.M., Tinahones, F.J., García-Luna, P.P., Palacio, E., Gargallo, M., Bretón, I., Morales-Conde, S., Caixàs, A., Menéndez, E., Puig-Domingo, M., and Casanueva, F.F. (2016). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad 2016*. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(S1):15-22.
  44. Caixàs, A., Villaró, M., Arraiza, C., Montalvá, J-C., Lecube, A., Fernández-García, J-M., Corio, R., Bellido, D., Llisterri, J-L., and Tinahones, F-J. (2020). *SEEDO-SEMERGEN Consensus Document on Continuous Care of Obesity between Primary Care and Specialist Hospitals Units 2019*. *Medicina Clínica*, 155(6):267.e1-267.e11.
  45. Carretero-Gómez, J., Ena, J., Arévalo-Lorido, J.C., Seguí-Ripoll, J.M., Carrasco-Sánchez, F.J., Gómez-Huelgas, R., Pérez-Soto, M.I., Delgado-Lista, J., and Pérez-Martínez, P. (2021). *La Obesidad es una Enfermedad Crónica. Posicionamiento del Grupo de Trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) por un Abordaje Centrado en la Persona con Obesidad*. *Revista Clínica Española*, 221(9):509-516.
  46. Baile, J.I., González-Calderón, M.J., Palomo, R., and Rabito-Alcón, M.F. (2020). *Psychological Intervention of Obesity: Development and Perspectives*. *Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 1(11):1-14.
  47. Lorenzo, S.M. (2005). *Continuidad Asistencial y Coordinación entre Niveles. ¿Algo Más que Lugares Comunes?*. *Medicina de Familia SEMRGEN*, 31(9):401-402.
  48. Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafian, H., and Teare, J. (2019). *Current Treatments for Obesity*. *Clinical Medical*, 19(3):205-212.
  49. Burgess, E., Hassmen, P., and Pumpa, K.L. (2017). *Determinants of Adherence to Lifestyle Intervention in Adult with Obesity: A Systematic Review*. *Clinical Obesity*, 7(3):123-135.
  50. García-Galbis, M.R., Gallardo, D.I., Martínez-Espinosa, R.M., and Soto-Méndez, M.J. (2021). *Personalized Diet in Obesity: A Quasi-Experimental Study on Fat Mass and Fat-Free Mass Changes*. *Healthcare*, 9(9):1101.
  51. Shwingshackl, L., Dias, S., and Hoffmann, G. (2014). *Impact of Long-Term Lifestyle Programmes on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors in Overweight/Obese Participants: A Systematic Review and Network Meta-Analysis*. *Systematic Reviews*, 30:3-130.
  52. Clark, J.E. (2015). *Diet, Exercise or Diet with Exercise: Comparing the Effectiveness of Treatment Options for Weight-Loss and Changes in Fitness for Adults (18-65 Years Old) Who are Overfat, or Obese; Systematic Review and Meta-Analysis*. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 14:31.

53. Suryadinata, R.S., Wirjatmadi, B., Adriani, M., and Lorensia, A. (2020). *Effect of Age and Weight on Physical Activity*. *Journal of Public Health Research*, 9(2):1840.
54. Peckmezian, T., and Hay, P. (2017). *A Systematic Review and Narrative Synthesis of Interventions for Uncomplicated Obesity: Weight Loss, Well-Being and Impact on Eating Disorders*. *Journal of Eating Disorders*, 5(15).
55. Monnier, L., Schlienger, J-L., Colette, C., and Bonnet, F. (2021). *The Obesity Treatment Dilemma: Why Dieting is Both the Answer and the Problem? A Mechanistic Overview*. *Diabetes and Metabolism*, 47(3):101192.
56. Wadden, T.A., Butryn, M.L., and Byrne, K.J. (2004). *Efficacy of Lifestyle Modification for Long-Term Weight Control*. *Obesity Research*, 12 Suppl:151S-162S.
57. Anderson, J.W., Konz, E.C., Frederich, R.C., and Wood, C.L. (2001). *Long-Term Weight-Loss Maintenance: A Meta-Analysis of US Studies*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 74(5):579-584.
58. Del Corral, P., Bryan, D.R., Garvey, T.W., Gower, B.A., and Hunter, G.R. (2012). *Dietary Adherence During Weight Loss Predicts Weight Regain*. *Obesity*, 19(6):1177-1181.
59. Sacks, F.M., Bray, G.A., Carey, V.J., Smith, S.R., Ryan, D.H., Anton, S.D., McManus, K., Champagne, C.M., Bishop, L.M., Laranjo, N., Leboff, M.S., Rood, J.C., Jonge, L., Greenway, F.L., Loria, C.M., Obarzanek, E., and Williamson, D.A. (2009). *Comparison of Weight-Loss Diets with Different Compositions of Fat, Protein, and Carbohydrates*. *The New England Journal of Medicine*, 360:859-873.
60. Thomas, D.M., Martin, C.K., Redman, L.M., Heymsfield, S.B., Lettieri, S., Levine, J.A., Bouchard, C., and Schoeller, D.A. (2014). *Effect of Dietary Adherence on the Body Weight Plateau: A Mathematical Model Incorporating Intermittent Compliance with Energy Intake Prescription*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(3):787-795.
61. Weitzner, Z.N., Phan, J., Begashaw, M.M., Mak, S.S., Booth, M.S., Shekelle, P.G., Maggard-Gibbons, M., and Girgis. (2023). *Endoscopic Therapies for Patients with Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Surgical Endoscopy*, 10:1007.
62. Yanovski, S.Z., and Yanovski, J.A. (2014). *Long-Term Drug Treatment for Obesity: A Systematic and Clinical Review*. *JAMA*, 311(1):74-86.
63. Kissler, H.J., and Settmacher, U. (2013). *Bariatric Surgery to Treat Obesity*. *Seminars in Nephrology*, 33(1):75-89.
64. Xia, Q., Campbell, J.A., Ahmad, H., Si, L., de Graaff, B., and Palmer, A.J. (2019). *Bariatric Surgery is a Cost-Saving Treatment for Obesity: A Comprehensive Meta-Analysis and Updated Systematic Review of Health Economic Evaluations of Bariatric Surgery*. *Obesity Reviews*, 21(1):e12932.
65. *Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement*. (1992). *The American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2 Suppl):615S-619S.
66. López-Morales, González-Valverde, F-M., del Valle-Ruiz, S.R., Rodríguez, M.E.T., and Albarracín-Marín-Blázquez, A. (2020). *Un Modelo de Gestión con Menor Estancia en Lista de Espera para Cirugía Bariátrica: Cómo lo Hacemos*. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 10.1.5:2738-2741.

67. Fildes, A., Charlton, J., Rudisill, C., Littlejohns, P., Prevost, A.T., and Gulliford, M.C. (2015). *Probability of an Obese Person Attaining Normal Body Weight: Cohort Study Using Electronic Health Records*. *American Journal of Public Health*, 105(9):e54-59.
68. Wing, R.R., and Phelan, S. (2005). *Long-Term Weight Loss Maintenance*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1 Suppl:222S-225S.
69. Laúdo, D., Fernandes, T., and Fernandes, A.I. (2021). *Slimming Using Magistral Formulas: What are the Risks?*. *Annals of Medicine*, 53(S1):S153-S154.
70. Batch, J.T., Lamsal, S.P., Adkins, M., Sultan, S., and Ramirez, M.N. (2020). *Advantages and Disadvantages of Ketogenic Diet: A Review Article*. *Cureus*, 12(8):e9639.
71. Joshi, S., and Mohan, V. (2018). *Pros and Cons of Some Popular Extreme Weight-Loss Diets*. *Indian Journal of Medical Research*, 148(5):642-647.
72. Fulton, S., Décarie-Spain, L., Fioramonti, X., Guiard, B., and Nakajima, S. (2022). *The Menace of Obesity to Depression and Anxiety Prevalence*. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 33(1):18-35.
73. Chae, W.R., Schienkiewitz, A., Du, Y., Hapke, U., Otte, C., and Michalski. (2022). *Comorbid Depression and Obesity among Adults in Germany: Effects of Age, Sex, and Socioeconomic Status*. *Journal of Affective Disorders*, 15:299:383-392.
74. Lin, L., Bai, S., Qin, K., Wong, C.K.H., Wu, T., Chen, D., Lu, C., Chen, W., and Guo, V.Y. (2022). *Comorbid Depression and Obesity, and Its Transition on the Risk of Functional Disability among Middle-Aged and Older Chinese: A Cohort Study*. *BMC Geriatrics*, 22(275).
75. Kim, T.N. (2020). *Barriers to Obesity Management: Patient and Physician Factors*. *Journal of Obesity and Metabolic Syndrome*, 29(4):244-247.
76. Lowe, M.R., and Butryn, M.L. (2007). *Hedonic Hunger: A New Dimension of Appetite?*. *Physiology and Behavior*, 91(4):432-439.
77. Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G.M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., and Molinari, E. (2017). *Cognitive Behavioral Therapy to Aid Weight Loss in Obese Patients: Current Perspectives*. *Psychology Research and Behavior Management*, 10:165-173.
78. Marcos, M.L.T., Rosich, N., Royo, J.M.P., Casas, A.G., Selva, J.P.S., Rodríguez-Montes, J.A., and López, P.J.T. (2014). *Eficacia de las Estrategias de Motivación en el Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad*. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4).
79. Cheroutre, C., Guerrien, A., and Rousseau, A. (2020). *Contributing of the Cognitive-Behavioral Therapy in the Context of Bariatric Surgery: A Review of the Literature*. *Obesity Surgery*, 30:3154-3166.
80. Brewis, A., SturtzSreetharan, C., and Wutich, A. (2018). *Obesity Stigma as a Globalizing Health Challenge*. *Globalization and Health*, 14(20).
81. World Health Organization. (2017). *Weight Bias and Obesity Stigma: Considerations for the WHO European Region*. Disponible: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353613/WHO-EURO-2017-5369-45134-64401-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado: 5 de octubre de 2023.
82. Alberga, A.S., Nutter, S., MacInnis, C., Ellard, J.H., and Russell-Mayhew, S. (2019). *Examining Weight Bias among Practicing Canadian Family Physicians*. *Obesity Facts*, 12(6):632-638.

83. O’Keeffe, M., Flint, S.W., Watts, K., and Rubino, F. (2020). *Knowledge Gaps and Weight Stigma Shape Attitudes toward Obesity*. *The Lancet*, 8(5):363-365.
84. Carracedo, D.S., Medina, X.F., Fernández-Homar, J., Flint, S.W. (2021). *Attitudes and Beliefs about Obesity among Healthcare Professionals in Spain*. *Obesity Facts*, 15:102-103.
85. Puhl, R.M., Lessard, L.M., Himmelstein, M.S., and Foster, G.D. (2021). *The Roles of Experienced and Internalized Weight Stigma in Healthcare Experiences: Perspectives of Adults Engaged in Weight Management Across Six Countries*. *PLOS ONE*, 16(6):e0251566.
86. Rubino, F., Puhl, R.M., Cummings, D.E., Eckel, R.H., Ryan, D.H., Mechanick, J.I., Nadglowski, J., Salas, X.R., Schauer, P.R., Twenefour, D., Apovian, C.M., Aronne, L.J., Batterham, R.L., Berthoud, H-R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., Flint, S.W., Huang, T.T., Kaplan, L.M., Kirwan, J.P., Korner, J., Kyle, T.K., Laferrère, B., Le Roux, C.W., McIver, L.S., Mingrone, G., Nece, P., Reid, T.J., Rogers, A.M., Rosenbaum, M., Seeley, R.J., Torres, A.J., and Dixon, J.B. (2020). *Joint International Consensus Statement for Ending Stigma of Obesity*. *Nature Medicine*, 26:485-497.
87. Flint, S.W., Nobles, J., Gately, P., and Sahota, P. (2018). *Weight Stigma and Discrimination: A Call to Media*. *The Lancet*, 6(3):169-170.
88. Turner, M.M., Ford, L., Somerville, V., Javellana, D., Day, K.R., and Lapinski, M.K. (2020). *The Use of Stigmatizing Messaging in Anti-Obesity Communications Campaigns: Quantification of Obesity Stigmatization*. *Communication Reports*, 33(3):107-120.
89. Bristow, C., Meurer, C., Simmonds, J., and Snell, T. (2020). *Anti-Obesity Public Health Messages and Risk Factors for Disordered Eating: A Systematic Review*. *Health Promotion International*, 35(6):1551-1569.
90. Ata, R.N., and Thompson, J.K. (2010). *Weight Brais in the Media: A Review of Recent Research*. *Obesity Facts*, 3(1):41-46.
91. Pont, S.J., Puhl, R., Cook, S.R., and Slusser, W. (2017). *Stigma Experienced by Children and Adolescents with Obesity*. *Pediatrics*, 140(6):e20173034.
92. Annis, N.M., Cash, T.F., and Hrabosky, J.I. (2004). *Body Image and Psychosocial Differences among Stable Average Weight, Currently Overweight, and Formerly Overweight Women: The Role of Stigmatizing Experiences*. *Body Image*, 1(2):155-167.
93. Sánchez-Carracedo, D. (2022). *El Estigma de la Obesidad y su Impacto en la Salud: Una Revisión Narrativa*. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 69(10):868-877.
94. Nowrouzi, B., McDougall, A., Gohar, B., Nowrouz-Kia, B., Casole, J., and Ali, F. (2015). *Weight Bias in the Workplace: A Literature Review*. *Occupational Medicine and Health Affairs*, 3(3).
95. Tauber, S., Bulder, L.B., and Flint, S.W. (2018). *The Impact of Workplace Health Promotion Programs Emphasizing Individual Responsibility on Weight Stigma and Discrimination*. *Frontiers in Psychology*, 9.
96. Callahan, D. (2012). *Obesity: Chasing an Elusive Epidemic*. *Hasting Center Report*, 43(1):34-40.
97. Wang, M.L., Pbert, L., Lemon, S.C. (2014). *The Influence of Family, Friend, and Coworker Social Support and Social Undermining on Weight Gain Prevention among Adults*. *Obesity*, 22(9):1973-1980.

98. Puhl, R.M., Peterson, J.L., and Luedicke, J. (2013). *Weight-Based Victimization: Bullying Experiences of Weight Loss Treatment-Seeking Youth*. *Pediatrics*, 131(1):e1-e9.
99. Nutter, S., Ireland, A., Alberg, A.S., Brun, I., Lefebvre, D., Hayden, K.A., and Russell-Mayhew, S. (2019). *Weight Bias in Educational Settings: A Systematic Review*. *Current Obesity Reports*, 8:185-200.
100. Pearl, R.L., Wadden, T.A., and Jakicic, J.M. (2021). *Is Weight Stigma Associated with Physical Activity? A Systematic Review*. *Obesity*, 29(12):1994-2012.
101. Puhl, R.M., Quinn, D.M., Weisz, B.M., and Suh, Y.J. (2017). *The Role of Stigma in Weight Loss Maintenance Among U.S. Adults*. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(5):754-763.
102. Daly, M., Robinson, E., and Sutin, A.R. (2020). *Perceived Overweight and Suicidality Among U.S. Adolescents from 1999 to 2017*. *International Journal of Obesity*, 44:2075-2079.
103. Sutin, A.R., Stephan, Y., and Terracciano, A. (2015). *Weight Discrimination and Risk of Mortality*. *Psychological Science*, 26(11).
104. Sutin, A.R., Robinson, E., Daly, M., and Terracciano, A. (2018). *Perceived Body Discrimination and Intentional Self-Harm and Suicidal Behavior in Adolescence*. *Childhood Obesity*, 14(8):528-536.



ALIANZA  
POR LA OBESIDAD

