

Recomendaciones para **medios** **de comunicación** sobre cómo informar de la **obesidad**

Introducción

Desde 2013, la obesidad ha sido reconocida como una enfermedad por varias organizaciones médicas y de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Médica Americana (AMA), la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE) o la Sociedad Internacional de Cirugía de la Obesidad y Trastornos Metabólicos (IFSO), entre otras¹⁻⁴.

La obesidad es definida por la OMS como una acumulación excesiva de grasa que resulta perjudicial para la salud⁴. Es una enfermedad crónica, compleja, de incidencia creciente, recurrente y multifactorial, ya que en ella intervienen factores fisiológicos, psicológicos, ambientales, socioeconómicos y genéticos⁵.

Se produce cuando la ingesta calórica supera al gasto de energía de forma mantenida. Dado que este desequilibrio energético puede tener su origen en causas genéticas, fisiológicas, ambientales y psicológicas, su efecto sobre el aumento de peso varía de una persona a otra. La ciencia ha ido identificando, además, algunos de esos factores fisiológicos, como los sistemas de control del apetito y los estilos de vida durante la infancia, que podrían resultar esenciales en la aparición de la obesidad⁶.

La obesidad no solo es importante por su elevada prevalencia sino porque se asocia a una disminución de la esperanza y calidad de vida y a diversas comorbilidades o enfermedades concomitantes, como la osteoartritis⁶, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la dislipidemia^{7,8}, la apnea obstructiva del sueño⁹, determinados tipos de cáncer¹⁰⁻¹⁵ y problemas en la vesícula biliar¹⁶.

Cómo se diagnostica y clasifica la obesidad

Como en cualquier patología el diagnóstico de la obesidad se basa en el examen físico y la historia médica específica del paciente.

La OMS clasifica la obesidad utilizando el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado (kg/m^2). Según la OMS, un adulto se considera que tiene obesidad si tiene un IMC igual o superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. El IMC permite determinar la gravedad de la obesidad y clasificarla en varios tipos (I, II, III y IV), dependiendo de cuánto mayor de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ sea el IMC¹⁷.

Sin embargo, como el IMC no es una medida directa de la grasa corporal no distingue entre masa grasa y masa magra (es decir, músculo), por lo que, en algunas personas, puede dar lugar a una subestimación o una sobrestimación de la grasa corporal¹⁸.

Por tanto, en la valoración clínica del exceso de grasa corporal, además del cálculo del IMC, es preciso la evaluación de la distribución de la grasa corporal, que se puede realizar midiendo la cintura, un parámetro que sirve para el diagnóstico de obesidad abdominal y que tiene una relación directa con la distribución regional de la grasa¹⁷. Valores de cintura $> 88 \text{ cm}$ en la mujer y $> 102 \text{ cm}$ en el hombre son diagnósticos de obesidad abdominal.

En los últimos años, se han incorporado técnicas de análisis de la composición corporal para medir la grasa corporal de forma más precisa como la bioimpedancia eléctrica o la medición mediante escáneres (absorciometría dual de rayos X (DXA) o tomografía computarizada (TC)). Sin embargo, estas técnicas suelen ser costosas y no están ampliamente disponibles.

Clasificación de la obesidad según el IMC¹⁹

CLASIFICACIÓN	IMC (KG/M^2)
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad grado I (leve)	30-34,9
Obesidad grado II (moderada)	35-39,9
Obesidad grado III (grave)	40-49,9
Obesidad grado IV (extrema)	> 50





La ciencia de la obesidad

Factores de riesgo



Genéticos:

La obesidad tiene un componente genético sustancial²⁰. A menudo, sus orígenes pueden rastrearse en las familias, aunque los miembros de éstas no vivan juntos²¹⁻²³. Los resultados de diversos estudios con familias y gemelos muestran que la genética es un factor de riesgo muy importante en la obesidad²⁴.



Epigenéticos:

La epigenética se refiere a las modificaciones en el ADN que activan y desactivan genes. Estas modificaciones no cambian la secuencia del ADN, sino que influyen en la forma en que las células "leen" los genes. Pueden producirse por la exposición a factores ambientales externos. Por ejemplo, durante la estancia en el útero de la madre, factores externos como la dieta o el tabaquismo pueden influir en el desarrollo del feto, dando lugar a un cambio epigenético. Respecto a la obesidad, esto implica que, durante el embarazo y los primeros dos o tres años de edad, pueden ocurrir modificaciones epigenéticas²⁵, que pueden estar en el origen y desarrollo de la obesidad.



Relacionados con el estilo de vida:

Dos factores de riesgo clave de la obesidad son el aumento de la ingesta de energía (kilocalorías) y la disminución del gasto energético²⁶. Por tanto, el mantenimiento del peso se basa en el equilibrio entre la energía consumida y la energía gastada. Los sistemas que regulan este equilibrio funcionan de manera diferente en distintas personas, de forma que, ante un mismo ambiente desfavorable, algunas desarrollan obesidad y otras no.



A nivel mundial, la ingesta de alimentos ricos en energía se incrementa en paralelo a la reducción de la actividad física, debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, el cambio en los medios de transporte y el aumento de la urbanización²⁶.

A menudo, los cambios en la dieta y la actividad física se deben, a su vez, a cambios ambientales y sociales, así como a la falta de políticas al respecto en sectores como la sanidad, la agricultura, el transporte, la planificación urbanística, el medio ambiente, el procesado, la distribución y el marketing de alimentos y la educación²⁶.



Ciertos medicamentos:

Algunos medicamentos pueden provocar ganancia de peso si no se compensa con dieta o ejercicio. Entre otros están algunos antidepresivos, anticonvulsivos, esteroides, antipsicóticos, algunos medicamentos para la diabetes y los betabloqueantes²⁷.

El abordaje de la obesidad

REDUCIR EL PESO CORPORAL UN

 **5-10%**



MEJORA
LAS COMPLICACIONES
DE LA OBESIDAD



REDUCE EL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, AUNQUE LA PERSONA SIGA PRESENTANDO SOBREPESO U OBESIDAD^{28,29}.

Los mecanismos que regulan el peso corporal intervienen en la dificultad para perder peso y en la tendencia a la recuperación del peso perdido. En las personas con obesidad, tras la pérdida se producen cambios durante al menos tres años en las hormonas reguladoras del apetito que incrementan la sensación de hambre³⁰. Además, se produce una disminución constante del gasto de energía, que dificulta el propio mantenimiento de la pérdida de peso^{30,31}.

Una alimentación sana y equilibrada y la actividad física deben formar parte de cualquier plan de pérdida de peso,



PERO NO HAY UN MODELO ÚNICO DE DIETA EQUILIBRADA. Y AUNQUE LOS PORCENTAJES DE HIDRATOS DE CARBONO, GRASA Y PROTEÍNAS PUEDEN VARIAR, LO IMPORTANTE ES QUE LA DIETA SEA NUTRICIONALMENTE ADECUADA Y CONSEGUIR UNA ADHERENCIA A LARGO PLAZO³²

EL PATRÓN DE DIETA MEDITERRÁNEA HA DEMOSTRADO CLAROS BENEFICIOS PARA LA SALUD Y ES LA PAUTA MÁS RECOMENDABLE EN NUESTRO MEDIO.

Se necesitan múltiples opciones de control del peso para ayudar a las personas con obesidad a perderlo, no recuperar el que pierdan y mejorar su salud³³.

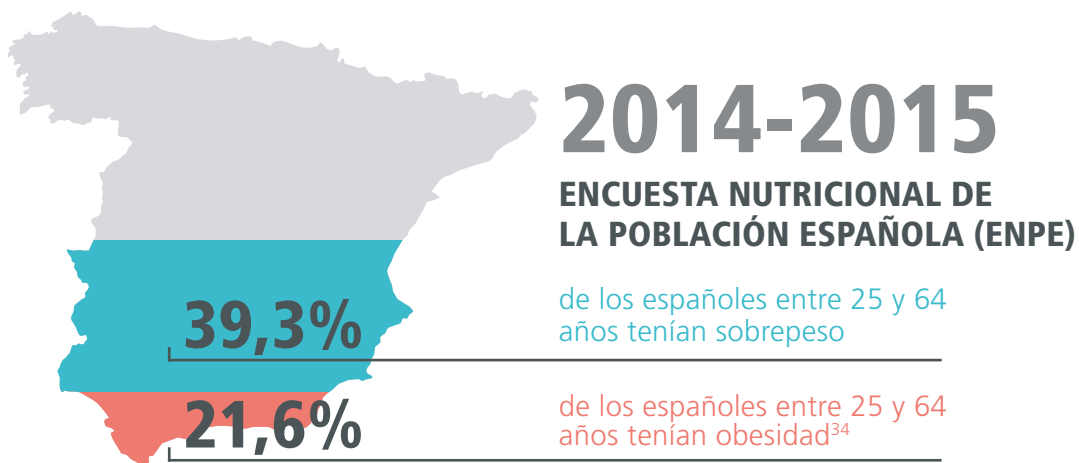




La prevalencia de la obesidad

La prevalencia de la obesidad está en constante aumento: las cifras actuales a nivel mundial prácticamente triplican a las declaradas hace 50 años con previsión de que esta tendencia se mantenga en los próximos años.

Según datos del Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE) 2014-2015, el 39,3% de los españoles entre 25 y 64 años tenían sobrepeso y el 21,6%, obesidad³⁴.



Según un informe de la OMS para la Región Europea, la prevalencia de obesidad en nuestro país no ha parado de crecer desde 1980, estimándose según dicho estudio en un 23,8% de la población adulta. Es decir, 1 de cada 4 personas en nuestro país vive con obesidad. La situación es preocupante, pues si incluimos el sobrepeso (o preobesidad, definido por la OMS como IMC 25-29,9 kg/m²), las cifras se elevan hasta el 61,6% en la población española¹⁷.

Más recientemente, en el año 2023, se hicieron públicos los resultados del estudio ENE-COVID, sobre una base de más de 57.000 pacientes, que ofreció una prevalencia de obesidad del 18,7% (IC 95%:18,1-19,2) y de sobrepeso del 55,6% (IC 95%:55,1-56,4)⁵⁰. También existen otros estudios en población infantil como el estudio Aladino⁵¹.

El aumento de la prevalencia de la obesidad constituye un problema de salud pública de enormes consecuencias económicas para los sistemas sanitarios. La obesidad supone para el Sistema Nacional de Salud un sobrecoste directo de 2.000 millones de euros al año, el cual se estima que supere los 3.000 millones en 2030³⁵.

Mitos frecuentes acerca del sobrepeso y la obesidad

Mito:

El sobrepeso y la obesidad se deben simplemente a comer demasiado y no hacer suficiente ejercicio.

Hecho:

La obesidad es un trastorno complejo en el que influyen múltiples factores, incluyendo los de tipo genético, epigenético, fisiológico, metabólico, social, medioambiental y psicológico³⁶.

Mito:

La obesidad es un problema relacionado solo con el estilo de vida y una cuestión de responsabilidad individual.

Hecho:

Esta idea es una perspectiva simplista que no refleja la complejidad de este trastorno. Se debe abandonar este modelo tan aceptado que responsabiliza únicamente a la voluntad de la persona con exceso de peso. Asociaciones profesionales de todo el mundo reconocen que la obesidad es un problema de salud pública que requiere un protocolo de abordaje propio de una enfermedad crónica³⁷⁻³⁹.

Mito:

Pequeñas reducciones del peso corporal no conllevan ningún beneficio: para obtener resultados, hay que perder mucho peso.

Hecho:

Si bien es cierto que perder una cantidad significativa de peso puede proporcionar una amplia gama de beneficios para la salud, incluso pequeñas reducciones en el peso corporal, del orden del 5-10%, pueden tener efectos positivos en la salud y el bienestar de una persona^{29,40,41,42}.

 **Mito:**

Las personas con sobrepeso u obesidad no saben qué hacer para perder su exceso de peso.

 **Hecho:**

La adherencia a los cambios de estilo de vida en la obesidad requiere un enfoque integral que tenga en cuenta los factores individuales, psicológicos, sociales y ambientales que pueden influir en el comportamiento de una persona. Buscar orientación profesional, educarse sobre nutrición y hábitos saludables, establecer metas realistas y sostenibles, hacer cambios graduales y buscar apoyo social pueden ser pasos importantes en el camino hacia una pérdida de peso exitosa y duradera.

 **Mito:**

Las personas con sobrepeso u obesidad no tienen autocontrol.

 **Hecho:**

Esta afirmación es muy amplia y no refleja la complejidad de las causas subyacentes del sobrepeso y la obesidad, ni la diversidad de experiencias individuales. Muchas personas con obesidad tienen problemas con la ingesta emocional, la impulsividad, la recompensa alterada y mayor sensibilidad al estrés.

 **Mito:**

La dieta y el ejercicio son la solución para la obesidad.

 **Hecho:**

Una alimentación sana y la actividad física deben formar parte de cualquier tratamiento de pérdida de peso, pero no siempre son suficientes para mantener la pérdida de peso. Por tanto, es necesario contar con múltiples opciones de control del peso para ayudar a las personas con obesidad a perderlo y mejorar su salud³³.

Informando sobre la obesidad

El objetivo de esta guía es contribuir a modificar la percepción de los ciudadanos sobre la obesidad, su prevalencia y su tratamiento. Los medios de comunicación son claves para ello. De hecho, la forma en que se presenta la información sobre la obesidad puede tener un impacto significativo en la percepción pública de esta enfermedad y en la forma en que las personas que la padecen son percibidas y tratadas.

Los medios de comunicación tienen la oportunidad de desempeñar un papel positivo en la forma en que se aborda y se percibe la obesidad en la sociedad. Y al presentar información precisa, equilibrada y respetuosa sobre la obesidad pueden contribuir a cambiar las percepciones y reducir el estigma asociado con esta enfermedad.

El estigma de la obesidad

Las personas con obesidad están muy estigmatizadas y se enfrentan a numerosos prejuicios y discriminaciones debido a su peso⁴³. Estos prejuicios y discriminaciones pueden provocar desigualdades en el entorno laboral, los centros sanitarios y las instituciones educativas, a menudo por estereotipos negativos, según los cuales las personas con sobrepeso u obesidad son perezosas, están desmotivadas, carecen de autodisciplina y son menos competentes que las demás, incumplidoras y descuidadas⁴⁴. Tales circunstancias pueden influir negativamente en el bienestar psicológico de dichas personas e incrementar su propensión a una baja autoestima, mala imagen del propio cuerpo y depresión⁴⁵.

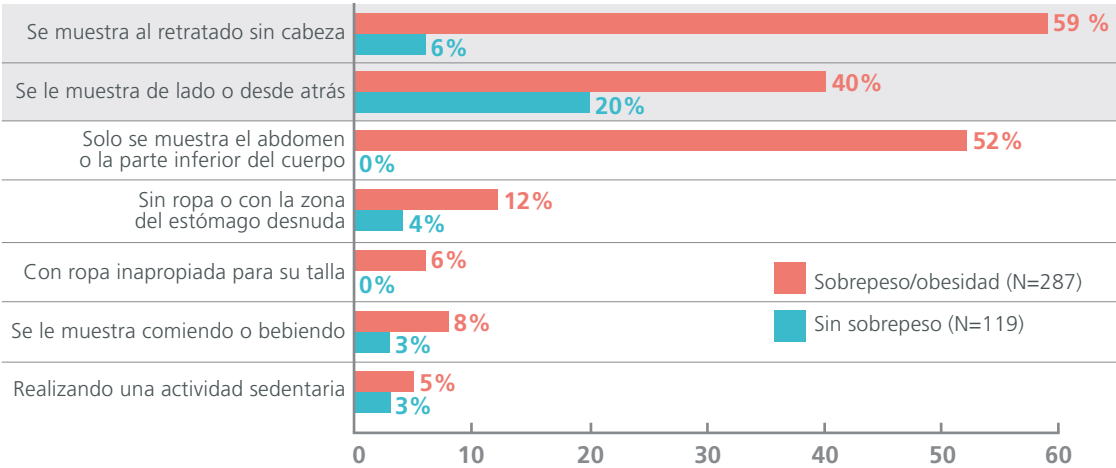
El estigma de la obesidad, también en los medios

Desafortunadamente, en muchas ocasiones, a las personas con exceso de peso -tengan sobrepeso u obesidad- se les muestra de forma negativa y despectiva en los medios de comunicación, cuyas informaciones sobre las causas y las soluciones de la obesidad pueden estar escritas de forma que refuercen tal estigma⁴⁶⁻⁴⁹. Estas descripciones perpetúan los estereotipos negativos relacionados con el peso y contribuyen a la discriminación y los prejuicios generalizados que las personas afectadas por esta enfermedad sufren en su vida cotidiana.

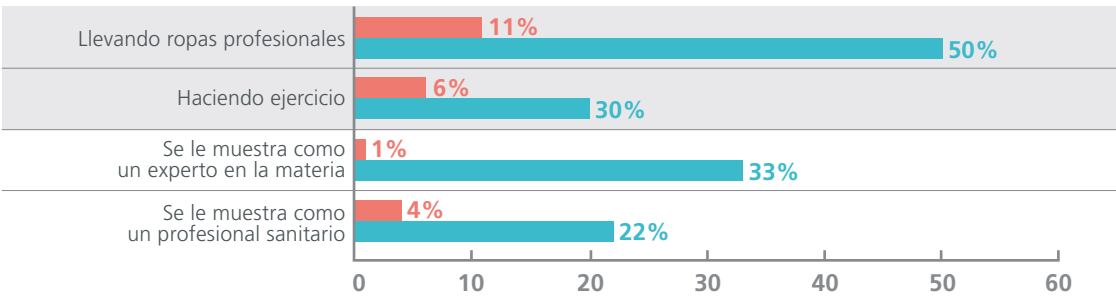
Es importante reconocer el papel que juegan los medios de comunicación en la perpetuación del estigma de la obesidad y trabajar para promover una representación más precisa, equilibrada y respetuosa de las personas con obesidad. Esto incluye desafiar los estereotipos negativos, promover la inclusión y la diversidad, y fomentar la empatía y la comprensión hacia las personas afectadas. Al hacerlo, los medios de comunicación pueden contribuir a crear un entorno más inclusivo y compasivo para todas las personas, independientemente de su tamaño o forma corporal.

Comparación de las fotografías de personas con y sin sobrepeso/obesidad en informaciones en los medios sobre esta patología⁴⁷

Características negativas



Características positivas



Formas útiles de presentar la información

✘ Evitar...



Mostrar imágenes de personas con exceso de peso u obesidad sin más fin que reírse de ellas o ridiculizarlas (por ejemplo, vídeos de personas con obesidad que utilicen música cómica de fondo).



Mostrar estereotipos relacionados con el peso (por ejemplo, vincular a las personas con obesidad con la pereza o la falta de voluntad).



Hacer un énfasis innecesario o distorsionado en el peso corporal. Las referencias a este no deberían implicar suposiciones negativas sobre el carácter de una persona, su inteligencia, sus capacidades o su estilo de vida.



Usar adjetivos o adverbios potencialmente negativos al describir a las personas con exceso de peso u obesidad, ni un lenguaje que implique juicios morales o defectos de carácter de tales personas.



Centrarse únicamente en la estética o el peso corporal.

✔ En cambio...



Ir variando la forma de presentar a las personas con sobrepeso u obesidad: hombres y mujeres, de todas las edades, de aspecto distinto, de orígenes étnicos diferentes, con opiniones e inquietudes diversas, etc.



Presentar a las personas con exceso de peso u obesidad como individuos con profesiones, experiencia y capacidad para realizar actividades diversas en entornos variados.



Utilizar los datos del índice de masa corporal (IMC) siempre que sea posible. O, si se entrevista a alguien cuyo peso es relevante para su historia, preguntarle qué término u términos prefiere cuando se haga referencia al mismo.



Entrevistar a expertos para valorar si la historia se ajusta a las directrices de las sociedades científicas de referencia en materia de sobrepeso u obesidad, asegurando así una descripción más consistente de lo que deberíamos hacer para mejorar la salud y controlar el peso y evitando la publicación de informaciones confusas y contradictorias.



Fomentar un enfoque basado en la salud. Los medios de comunicación pueden promover un enfoque más amplio y saludable de la obesidad, que incluya la importancia de llevar un estilo de vida saludable, la prevención de enfermedades relacionadas con la obesidad y el acceso a opciones de tratamiento y apoyo adecuadas.

Recomendaciones lingüísticas

Al describir a las personas con obesidad, conviene utilizar un lenguaje que priorice a los individuos sobre su enfermedad o discapacidades. Etiquetar a una persona por su enfermedad la deshumaniza. Por ejemplo, los medios de comunicación no se refieren a “personas cancerosas” sino a “personas con cáncer”. Igualmente, es mejor “personas con obesidad” que “personas obesas”.

✘ Términos problemáticos

✔ Términos preferidos

“Personas obesas”

“Personas con obesidad”

“Personas que padecen obesidad”

“Personas afectadas por la obesidad”

“La mujer era obesa”

“La mujer estaba afectada por la obesidad”

“Hay mucha gente obesa y con sobrepeso”

“Hay mucha gente afectada por la obesidad”

“Problema de peso”, “gordo/a”,
“gravemente obesa”

“Peso” o “Exceso de peso”

“Personas gravemente
o mórbidamente obesas”

“Personas con un IMC en el rango
de la obesidad” o “Personas con obesidad
de tipo I, II o III”

“La obesidad es una cuestión de estilo de vida”

“La obesidad es una enfermedad/trastorno
crónico complejo y multifactorial”

“La dieta y el ejercicio son cruciales
para perder peso”

“Una alimentación sana y la actividad física
juegan un papel importante en la pérdida
de peso”



Recomendaciones para las imágenes

Las fotografías y los vídeos que aparecen en las noticias suelen mostrar a las personas con obesidad sin cabeza (es decir, de los hombros hacia abajo), desde ángulos poco favorecedores (muestran solo el abdomen o la parte inferior del cuerpo) o realizando acciones estereotipadas (comiendo alimentos poco saludables o en actitud sedentaria). Estas imágenes degradan y deshumanizan a tales personas, amplifican las percepciones negativas sobre ellas y simplifican en exceso la complejidad de la obesidad.

Ejemplos de imágenes negativas que convendría no usar:

- ✘ Fotografías o vídeos que hagan un énfasis innecesario en el exceso de peso o que solo muestren partes concretas del cuerpo (por ejemplo, el abdomen o las nalgas). Estarían aquí incluidas las imágenes de personas con obesidad del cuello hacia abajo (o con la cara borrada) para preservar su anonimato.
- ✘ Imágenes que muestren a personas afectadas por la obesidad realizando actividades estereotipadas (por ejemplo, comiendo comida basura o en actitud sedentaria).
- ✘ Fotografías o vídeos de personas afectadas por la obesidad con ropa que deje ver partes de su cuerpo o aspecto desaliñado.
- ✘ Imágenes de niños y adolescentes con obesidad, aunque no se muestre la cara.

En cambio, son preferibles las fotografías, vídeos e imágenes que muestren a personas afectadas por la obesidad de las siguientes maneras:

- ✓ Realizando actividades diversas y con carreras profesionales y estilos de vida variados.
- ✓ Con ropa adecuada a su anatomía y buen aspecto.
- ✓ De manera neutral, sin características adicionales que puedan perpetuar estereotipos relacionados con el peso (por ejemplo, comiendo alimentos sanos o realizando una actividad física).





Al elegir una imagen, un vídeo o una fotografía de una persona con obesidad, conviene hacerse las siguientes preguntas:

1. ¿Muestra o refuerza estereotipos negativos?
2. ¿Retrata a la persona de manera respetuosa y digna?
3. ¿Cuáles son las alternativas? ¿Hay otra imagen que transmita el mismo mensaje eliminando posibles prejuicios?
4. ¿Cuál es el valor periodístico de esta imagen?
5. ¿Quién podría sentirse ofendido por ella y por qué?
6. ¿Echo de menos que la foto transmita alguna información?
7. ¿Cuáles son las posibles consecuencias de publicarla?

Promoviendo la búsqueda de ayuda

- Añada referencias a la posibilidad de buscar ayuda profesional en las informaciones sobre la obesidad, especialmente si aborda cuestiones como su prevalencia, factores de riesgo, comorbilidades o costes sanitarios asociados.
- Si la información es para internet, incluya algún enlace directo a páginas web en las que se pueda acceder a tal ayuda.
- En las referencias a las opciones de ayuda, tenga en cuenta a quién va dirigida la información, su edad, su sexo, el tipo de audiencia (local o nacional), etc.



LENGUAJE APROPIADO Y COHERENTE

Priorice a las personas sobre su enfermedad/trastorno; refiérase a ellas siempre como “personas con obesidad” en vez de “personas obesas”.



MENSAJE CORRECTO

Identifique la obesidad con una enfermedad/trastorno crónico, no con un problema estético.



IMÁGENES ADECUADAS

Use imágenes de las personas con obesidad que las muestren como tales, como personas, como “sujetos”, no como “objetos” definidos por la enfermedad.



RIGOR CLÍNICO

Hable del IMC de las personas en vez de referirse a su supuesta obesidad “grave” o “mórbida”.



AYUDA Y APOYO

Anime a las personas con obesidad a hablar de ella con sus médicos.



Recursos informativos

Las siguientes son tres fuentes de información que pueden aportarles declaraciones e información rigurosa sobre la obesidad:

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

Sociedad científica compuesta por médicos especialistas en endocrinología y nutrición, bioquímicos, biólogos y otros médicos que trabajan en el campo de la Endocrinología, Nutrición y Metabolismo para profundizar en su conocimiento y difundirlo.

C/ Villalar, 7, bajo interior dcha.

28001 - Madrid

Tfno.: 914 313 294

Email: secretaria@seen.es

www.seen.es

@sociedadSEEN

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)

Sociedad científica multidisciplinar centrada en el estudio, divulgación, formación de los profesionales de la salud, prevención y tratamiento de todos los aspectos relevantes relacionados con los problemas de exceso de peso.

Secretaría Técnica. Grupo Pacífico

Calle Castelló, 128 7ª planta

28006 - Madrid

Tfno.: 914 250 241

Email: seedo@pacifico-meetings.com

www.seedo.es

@SociedadSeedo

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Sociedad científica compuesta por médicos internistas centrada en potenciar la investigación en este campo, así como aunar los esfuerzos de los distintos grupos de trabajo que conforman parte de la Sociedad.

Calle Pintor Ribera, 3

28016 – Madrid

Tfno.: 915 197 080/081

Email: semi@fesemi.org

www.fesemi.org

@Sociedad_SEMI

Contactos útiles

Puede añadir aquí los contactos que vaya realizando en materia de obesidad.

Referencias

1. Garvey T. American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract* 2014; 20.
2. World Health Organization. Report of a WHO Consultation on Obesity. June 1997. Available at: [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) (Last accessed: 27 February 2015).
3. American Medical Association (AMA). Declaration to classify obesity as a disease. Annual Meeting Report. 19 June 2013.
4. Luli M, Yeo G, Farrell E, Ogden J, Parretti H, Frew E et al. The implications of defining obesity as a disease: a report from the Association for the Study of Obesity 2021 annual conference. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2023.101962>
5. National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf (Last accessed 29.04.2015).
6. Lin X and Li H (2021). Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. *Front. Endocrinol.* 12:706978. doi: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.706978>
7. Guh DP, Zhang W, Bansback N, et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2009; 9:88.
8. Must A, Spadano J, Coakley EH, et al. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA : the Journal of the American Medical Association.* 1999; 282:1523-1529.
9. Li C, Ford ES, Zhao G, et al. Prevalence of self-reported clinically diagnosed sleep apnea according to obesity status in men and women: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Prev Med.* 2010; 51:18-23.
10. Ehemann C, Henley SJ, Ballard-Barbash R, et al. Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2008, featuring cancers associated with excess weight and lack of sufficient physical activity. *Cancer.* 2012; 118:2338-2366.
11. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, et al. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5.24 million UK adults. *Lancet.* 2014; 384:755-765.
12. Hopman WM BCJL, Barr SI, Gao Y, Prior JC, Poliquin S, Towheed T, Anastassiades T,. The association between body mass index and health-related quality of life: data from CaMos, a stratified population study. *Qual Life Res.* 2007; 16:1595-1603.
13. Torekov SS, Madsbad S, Holst JJ. Obesity - an indication for GLP-1 treatment? Obesity pathophysiology and GLP-1 treatment potential. *Obesity Reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2011; 12:593-601.
14. Health Canada. Saxenda® (liraglutide), Novo Nordisk Canada Inc., Product Monograph, 26 February 2015.
15. FDA. Saxenda® (liraglutide 3 mg) US Prescribing Information. January 2015. Available at: <http://www.novo-pi.com/saxenda.pdf>.
16. Erlinger S. Gallstones in obesity and weight loss. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000; 12:1347-1352.
17. Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas. 2024. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/biblioteca-seedo-3>
18. Dulloo AG, Jacquet J, Solinas G, et al. Body composition phenotypes in pathways to obesity and the metabolic syndrome. *International Journal of Obesity.* 2010; 34 Suppl 2:S4-17.
19. Obesity Classification. World Obesity [Internet]. Disponible en: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/obesity-classification>
20. Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. *N Eng J Med* 1990; 322:1483-7.
21. Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, Sorensen T. The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *Int J Obes (Lond)* 2010;34:29-40
22. Allison DB, Kaprio J, Korkeila M, et al. The heritability of body mass index among an international sample of monozygotic twins reared apart. *Int J Obes Relat Metab Dis* 1996;20:501-6
23. Allison DB, Faith MS, Nathan JS. Risch's lambda values for human obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996;20:990-9.
24. Herrera B, Keildson S, Lindgren C. Genetics and epigenetics of obesity. *Maturitas* 2011; 69:41-49.
25. Gluckman PD, Lillycrop KA, Vickers MH et al. Metabolic plasticity during mammalian development is directionally dependent on early nutritional status. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007;104:12796-12800.
26. World Health Organization. Obesity and overweight, Fact sheet N°311, Updated January 2015. Viewed on 11th August 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
27. Ness-Abramof R, Apovian CM. Drug-induced weight gain. *Drugs Today (Barc).* 2005 Aug;41(8):547-55. doi: 10.1358/dot.2005.41.8.893630. PMID: 16234878.

28. Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, et al. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes: the Sleep AHEAD study. *Arch Intern Med* 2009;169:1619-1626.
29. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346:393-403.
30. Purcell K, Sumithran P, Prendergast L, Bouniu C, Delbridge E, Proietto J. The effect of rate of weight loss on long-term weight management: a randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014;2:954-62.
31. Rosenbaum M, et al. Long-term persistence of adaptive thermogenesis in subjects who have maintained a reduced body weight. *Am J Clin Nutr* 2008;88:906-12
32. Yusuf S. Evolving evidence about diet and health. *Lancet Public Health* 2018.
33. National Health and Medical Research Council (2013) Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Melbourne: National Health and Medical Research Council.
34. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología* 2016;69(6):579-587
35. Hernaez, A., et al., Excess Weight in Spain: Current Situation, Projections for 2030, and Estimated Direct Extra Cost for the Spanish Health System. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 2019. 72(11): p. 916-924.
36. Obesity Education Initiative; National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1998. NIH publication 98-4083.
37. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2000;894:1-253
38. Jensen MD, Ryan DH, Donato KA, et al. Executive summary: guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society published by the Obesity Society and American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Based on a systematic review from the Obesity Expert Panel 2013. *Obesity (Silver Spring)* 2014; 22: Suppl 2: S5-S39.
39. American Medical Association. AMA adopts new policies on second day of voting at annual meeting. Viewed 11th August 2015, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting.page>.
40. Li G, Zhang P, Wang J, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after life-style intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2: 474-80.
41. Warkentin LM, Das D, Majumdar SR, Johnson JA, Padwal RS. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev* 2014; 15:169-82.
42. Wing R, Lang W, Wadden T. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34:1481-6.
43. MacLean L, Edwards N, Garrard M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. Obesity, stigma and public health planning. *Health Promot Int.* 2009;24:88-93
44. Puhl, R.M., & Chelsea, A. Obesity stigma: Important considerations for public health. *Am J Public Health.* 2010;100:1019-1028
45. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity* 2009; 17: 941-964.
46. Puhl RM, Peterson JL, DePierre JA, Luedicke J. Headless, hungry, and unhealthy: a video content analysis of obese persons portrayed in online news. *J Health Commun.* 2013;18:686-702.
47. Heuer CA, McClure KJ, Puhl RM. Obesity stigma in online news: a visual content analysis. *J Health Commun.* 2011;16:976-987.
48. Hussin M, Frazier S, Thompson JK. Fat stigmatization on YouTube: A content analysis. *Body image.* 2011;8:90-92.
49. Ata RN, Thompson JK. Weight bias in the media: A review of recent research. *Obesity Facts.* 2010; 3:41-46.
50. Gutiérrez-González E, García-Solano M, Pastor-Barriuso R, Fernández de Larrea-Baz N, Rollán-Gordo A, Peñalver-Argüeso B, Peña-Rey I, Pollán M, Pérez-Gómez B (2023) Socio-geographical disparities of obesity and excess weight in adults in Spain: insights from the ENE-COVID study. *Front Public Health.*
51. García Solano M, Gutiérrez González E, López Sobaler AM, et al (2021) Weight status in the 6- to 9-year-old school population in Spain: results of the ALADINO 2019 Study. *Nutr Hosp.* <https://doi.org/10.20960/nh.03618>

Acerca de Novo Nordisk

Novo Nordisk es una compañía mundial líder en el cuidado de la salud, fundada en 1923 y con sede en Dinamarca. Nuestro propósito es impulsar el cambio para hacer frente a la diabetes y otras enfermedades crónicas graves como la obesidad y enfermedades de la sangre y endocrinas poco frecuentes. Lo hacemos al ser pioneros en avances científicos, expandiendo el acceso a nuestros medicamentos y trabajando para prevenir y, finalmente, curar enfermedades. Novo Nordisk emplea a unas 63.400 personas en 80 países y comercializa sus productos en alrededor de 170. Para más información, visite novonordisk.es.

Novo Nordisk España

Vía de los Poblados, 3
Parque Empresarial Cristalia, edificio 6
28033 - Madrid

