

ASPECTOS ÉTICOS DE LA OBESIDAD

TRABAJO FIN DE GRADO NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA

CURSO: 2015 – 2016



Sandra de Santiago Martín

71176586G

Tutor/a: Mercedes Martínez León

Área de Medicina legal y forense



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Área de Medicina Legal y Forense

MERCEDES MARTÍNEZ LEÓN, Profesora Contratado Doctor del Área de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, **certifica:**

Que ha sido tutora del Trabajo de Fin de Grado realizado por **SANDRA DE SANTIAGO MARTÍN** con el título "ASPECTOS ÉTICOS DE LA OBESIDAD", y autoriza su defensa para la obtención del **Título de Grado en Nutrición Humana y Dietética**, Curso 2015-2016.

En Valladolid a 14 de junio de 2016.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Mercedes Martínez León".

Firma: Dra. Mercedes Martínez León

ÍNDICE

Justificación	Página 5
Objetivos	Página 6
Introducción	Página 7
Material y métodos	Página 18
Desarrollo	Página 20
Conclusiones	Página 37
Bibliografía	Página 39

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad se están convirtiendo en uno de los problemas de salud de mayor preocupación, convirtiéndose en los últimos años en una verdadera pandemia mundial.

Los objetivos de esta revisión bibliográfica son analizar los aspectos éticos de la obesidad, desde el punto de vista de la familia y la sociedad, las buenas prácticas sanitarias, los principios bioéticos y de los derechos del paciente obeso.

Para realizar este trabajo de investigación se accedieron a las bases de datos Medline, PubMed y Google escolar y se revisaron revistas científicas en formato electrónico y manual, libros sobre obesidad y artículos de diferentes revistas, blogs, libros...

Para cumplir los objetivos expuestos se ha descrito el papel de la familia y de la sociedad sobre la promoción de la obesidad y cómo influye la discriminación y estigmatización de la gordura sobre los individuos; se han analizado las buenas prácticas sanitarias en la atención del paciente obeso, analizando qué técnica es más efectiva en el cambio de hábitos; se han estudiado los principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) desde el punto de vista del profesional sanitario, del paciente y de la sociedad; y hemos analizado y recogido los principales artículos legales que se refieren al sobrepeso y la obesidad.

Se puede concluir que los factores ambientales juegan un papel determinante en la génesis de la obesidad y que una buena práctica sanitaria es fundamental en el éxito del tratamiento de esta enfermedad, respetando siempre los principios bioéticos y las leyes que protegen a las personas con sobrepeso u obesidad.

Palabras clave: obesidad; ética; principios; buenas prácticas.

ABSTRACT

Overweight and obesity are becoming one of the health problems of greatest concern, becoming in recent years into a true global pandemic.

The objectives of this review is to analyze the ethical aspects of obesity, from the point of view of the family and society, good health practices, bioethical principles and rights of the obese patient.

To perform this research were agreed to Medline, PubMed and Google school data were reviewed scientific journals in electronic and manual format, books and articles on obesity in different journals, blogs, books...

To meet the above objectives described the role of the family and society on promoting obesity and how it influences the discrimination and stigmatization of obesity on individuals; They have analyzed the good sanitary practices in the care of the obese patient, analyzing which technique is more effective in changing habits; They have studied the bioethical principles (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice) from the point of view of health professionals, patients and society; and we have analyzed and collected the main legal articles relating to overweight and obesity.

It can be concluded that environmental factors play a role in the genesis of obesity and good health practice is fundamental to the successful treatment of this disease, always respecting the bioethical principles and laws that protect people who are overweight or obesity.

Keywords: obesity; ethics; beginning; good practices

1. JUSTIFICACIÓN:

La obesidad se ha convertido en una enfermedad de alta prevalencia que afecta a un gran número de personas en el mundo, y particularmente en nuestro país, llegando a considerarse una pandemia mundial; cobrándose más muertes que la insuficiencia ponderal.

Siguiendo con la tendencia actual, datos del Instituto de Obesidad en España aseguran que en el año 2025 más del 90% de la población estará por encima de su peso ideal.

Entre los factores que causan obesidad encontramos los factores ambientales y genéticos, pero existen otros que intensifican el problema, como son los prejuicios sociales y la discriminación, razón por la cual este problema de salud conduce a la inseguridad y malestar intenso ante situaciones sociales.

Son pocas las investigaciones en bioética que muestran el problema de la obesidad, desde aquí es importante abordar el problema salvaguardando la dignidad de las personas, con justicia y benevolencia.

2. OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Hacer una revisión de los aspectos éticos de la obesidad.

Objetivos específicos:

1. Estudiar la ética de la familia / sociedad como promotores de la obesidad.
2. Identificar y analizar las buenas prácticas sanitarias en la atención del paciente obeso, de acuerdo con el Código Deontológico.
3. Analizar los principios bioéticos en el paciente obeso.
4. Sensibilizar a la sociedad y a los profesionales sanitarios de los derechos del paciente obeso.

3. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad son consideradas enfermedades crónicas y multifactoriales, en las que intervienen factores genéticos y ambientales.

La obesidad ha sido interpretada de diferentes formas en función de la época. Durante siglos, fue vista como un sinónimo de belleza, bienestar físico y poder; como así lo demuestran las venus paleolíticas, representaciones de figuras femeninas que encarnaban el ideal de belleza prehistórico. Neel en el año 1962¹, desarrolló la teoría del genotipo ahorrador, que asegura que el homo sapiens sapiens desarrolló la ganancia de peso corporal en las épocas de abundancia de alimentos como una estrategia de supervivencia para las épocas de escasez. Hoy en día constituye un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta tanto a la calidad como a la esperanza de vida.

En los últimos años se ha visto un aumento de la prevalencia de esta enfermedad, sobre todo en la población infantil y juvenil, como consecuencia de unos malos hábitos alimentarios y un estilo de vida sedentario. La OMS asegura que casi 600 millones de personas padecen sobrepeso en el mundo, considerándola una pandemia mundial².

En el año 2005 la Federación de Industrias de Alimentación y bebidas, preocupados ante la situación actual de la obesidad en población infantil, elabora el código PAOS³ (código de autorregulación de la publicidad de alimentos), un conjunto de normas que sirven de guía para el desarrollo, ejecución y difusión de sus mensajes publicitarios dirigidos a niños menores de doce años. Este código se aplica a las empresas adheridas al mismo y está dirigida tanto a televisión, como a radio e internet, exceptuando el etiquetado de los productos, que se regirá por la normativa vigente en ese momento.

El manejo de la obesidad es complejo y debe ser abordado de manera interdisciplinaria. Desde el punto de vista de la bioética se observa que la obesidad, sobre todo en mujeres y niños, genera gran sufrimiento, no sólo por lo que afecta a su salud, sino por el desprecio social que padecen. En la actualidad, los cuerpos delgados son los más aceptados socialmente. Es necesario capacitar al personal sanitario con aspectos bioéticos que les permitan establecer una relación médico – paciente que no transgreda los valores de los pacientes.

En países como Estados Unidos, los pacientes obesos cuentan con una declaración de derechos que les asiste, confeccionada por la Asociación Americana para el tratamiento de la Obesidad (American Obesity Treatment Association –AOTA-)⁴, que

aunque no tiene carácter obligatorio, les sirve a los pacientes para distinguir quien le está proporcionando un tratamiento ético.

Definición de obesidad:

La obesidad se define como la acumulación excesiva o anormal de tejido graso, que de acuerdo con la primera ley de la termodinámica, se produce como consecuencia de un desequilibrio positivo de energía⁵, mantenido por un tiempo prolongado, que puede ser perjudicial para la salud y suele iniciarse en la infancia y adolescencia.

Los métodos disponibles para la medida directa del compartimento graso no se adaptan a la práctica clínica de rutina. Por esta razón, la obesidad se suele valorar utilizando marcadores indirectos de la grasa corporal a partir de medidas antropométricas sencillas. El parámetro que más se utiliza es el IMC, que es el resultado de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado (kg/m^2). Teniendo en cuenta que el IMC no discrimina entre compartimentos corporales (grasa, músculo...), no podemos considerarlo de manera aislada, ya que nos daría un alto porcentaje de falsos positivos o negativos en los pacientes.

Clasificación de la obesidad:

Existen diferentes parámetros para clasificar la obesidad, entre ellos, el IMC, por la distribución del tejido adiposo, por su etiología...

Según la OMS, los criterios de catalogación en función del IMC en adultos son los siguientes:

Estado	IMC (kg/m^2)
Normalidad	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidad grado I	30 – 34,9
Obesidad grado II	35 – 39,9
Obesidad grado III (mórbida)	≥ 40

Tabla 1: criterios de catalogación de la obesidad en adultos por la OMS⁶.

La sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO) utiliza otros criterios de catalogación en función del IMC en adultos, que son los siguientes:

Estado	IMC (kg/m ²)
Normalidad	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25 – 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27 – 29,9
Obesidad grado I	30 – 34,9
Obesidad grado II	35 – 35,9
Obesidad grado III (mórbida)	40 – 49,9
Obesidad grado IV (extrema)	≥ 50

Tabla 2: Criterios de catalogación de la obesidad en adultos por la SEEDO⁷.

Para definir el sobrepeso y la obesidad en la población infantil se emplean las tablas de Cole (2000)⁸ o las curvas de crecimiento de la Fundación Orbegozo⁹ y los valores específicos de edad y sexo. Para el uso de estas tablas, al igual que en adultos, se calcula el IMC del niño y como resultado se obtiene que si el IMC se encuentra entre el percentil 85 y 95, el niño tiene sobrepeso; y por encima del percentil 95, obesidad.

En función de la distribución del tejido adiposo, la obesidad se clasifica en obesidad abdominal o androide y obesidad periférica o ginecoide¹⁰.

- La obesidad central o androide (comúnmente comparada con la forma de una manzana) se caracteriza por la acumulación del tejido graso en el abdomen y tórax; es más frecuente en los hombres y aumenta el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la obesidad (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico...) y de mortalidad.
- La obesidad periférica o ginecoide (comúnmente comparada con la forma de una pera) se caracteriza por la acumulación de grasa en muslos y caderas; es más frecuente en mujeres y está asociada con la presencia de varices y artrosis en las rodillas, pero presenta bajo riesgo de sufrir enfermedades asociadas a la obesidad.

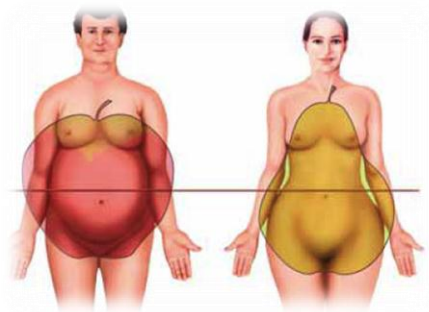


Figura 1: Obesidad androide y ginecoide.

Epidemiología de la obesidad:

Según la encuesta nacional de Salud¹¹ realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2014, un 52,7% de la población adulta tiene un peso por encima de lo normal, siendo más frecuente en hombres (60,7%) que en las mujeres (44,7%).

En la población menor de edad (de 15 a 17 años), un 18,3% se encuentra por encima del peso considerado normal, el 20,4% en el caso de los hombres y el 16,2% en el caso de las mujeres.

En lo que refiere a la obesidad, el 16,9% de la población adulta padece obesidad, un 17,1% de los hombres y un 16,7% de las mujeres. En el caso de los menores (de 15 a 17 años), la obesidad afecta al 2,4% de la población, un 2,7% de los hombres y un 2,1% de las mujeres.

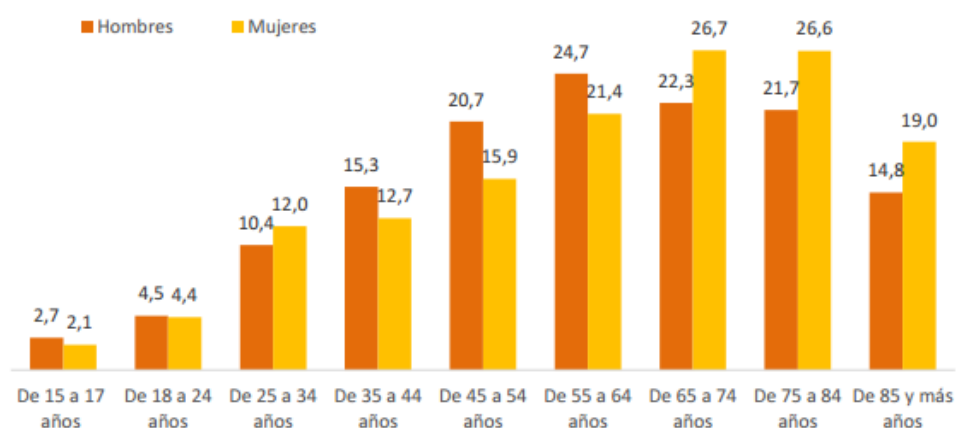


Figura 2: porcentaje de personas con obesidad por sexo y grupos de edad, INE, 2014

Etiopatogenia de la obesidad:

Como ya se ha dicho, la obesidad es una enfermedad multifactorial y compleja en cuya génesis intervienen factores que les podemos clasificar en dos tipos: factores genéticos y factores ambientales. Sin embargo se puede afirmar que la sobrealimentación y el sedentarismo constituyen las principales causas de esta enfermedad.

Los factores genéticos y/o endocrinológicos solamente representan el 1% de la obesidad, el 99% restante corresponde a la obesidad que se denomina nutricional, simple o exógena, es decir, la que depende de factores modificables como consumo de dietas con alto contenido en grasas y un estilo de vida sedentario. En la interacción entre los factores genéticos y ambientales, los primeros tendrán mayor posibilidad de

expresarse si las condiciones del medio les son más favorables, en caso contrario verán limitada su manifestación.

A parte de los dos principales factores que desencadenan la obesidad, encontramos otros que, aunque en menor medida, contribuyen a que esta enfermedad se perpetúe, los factores psicológicos. Clásicamente se ha considerado que las personas que padecen obesidad están psicológicamente sanas, con buen carácter y buena aceptación de sí mismos; sin embargo esto no está tan claro, ya que son individuos que han tenido que hacer frente a dificultades emocionales ocasionados por el rechazo de la gordura, que desembocan en una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Como consecuencia de la ansiedad que estos factores generan, se produce un aumento de la ingesta, muchas veces no controlada.



Figura 3: Marco conceptual sobre los principales factores implicados en la obesidad¹².

Principales consecuencias de la obesidad:

La importancia de la obesidad radica en el riesgo que representa como precursora de otras enfermedades, principalmente cardiovasculares y metabólicas, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; además de enfermedades respiratorias como la apnea del sueño, osteoartritis, alteraciones hepato biliarias y pancreáticas, ovario poliquístico, algunos tipos de cáncer, etcétera.¹³

El riesgo de estas enfermedades va creciendo en función del IMC, la localización de la grasa y la cantidad de actividad física. La mayoría de estos problemas pueden mejorarse bajando de peso corporal.

Además, la obesidad es un criterio básico para el diagnóstico del síndrome metabólico que se define como “un conjunto de signos clínicos que definen una situación

patológica cuyo núcleo radica en la resistencia a la insulina (RI), y que gira en torno a la obesidad central y a la disfunción del tejido graso¹⁴. Los pacientes con síndrome metabólico presentan obesidad central, hipertensión arterial, elevación de los niveles de glucosa en sangre, resistencia a la insulina, hipotrigliceridemia y una disminución del colesterol HDL.

A parte de las repercusiones negativas que la obesidad tiene sobre la salud de las personas que la padecen, esta enfermedad también tiene costos individuales y sociales, ya que disminuye la autoestima y provoca discriminación social y laboral¹⁵.

Valoración y diagnóstico de la obesidad:

El objetivo principal en la valoración de la obesidad es intentar precisar su origen para poder actuar en consecuencia.

Se debe comenzar con una historia clínica minuciosa, en la que se incluyan detalles sobre antecedentes familiares, inicio de la obesidad, tratamientos previos, actividad física, patrón de alimentación, consumo de medicamentos que puedan favorecer la ganancia de peso, patologías coexistentes (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes...), peso en la infancia, peso al nacer...

Universalmente se utilizan medidas antropométricas para el diagnóstico de la obesidad, entre las que se incluyen:

- Peso, talla, IMC.
- Pliegue tricípital, bicipital, subescapular y suprailíaco.
- Índice cintura / cadera. Se calcula dividiendo el perímetro de la cintura entre el perímetro de la cadera, nos ofrece información sobre la grasa visceral y si existe riesgo cardiovascular.
- Perímetro de la cintura. Nos da información sobre la grasa abdominal y el riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad.

	Hombres	Mujeres
Índice cintura/cadera	≥ 1	≥ 0,90
Perímetro de la cintura (cm)	≥ 102	≥ 88

Tabla 3. Valores de riesgo. SEEDO, 2000.¹⁶

Otras pruebas que se utilizan para la valoración de la composición corporal, aunque con menor frecuencia, son las siguientes:

- Bioimpedancia eléctrica. Es una técnica fácil, rápida y no invasiva que nos sirve para determinar el agua corporal y la masa libre de grasa colocando electrodos en pies y manos, pero no permite diferenciar entre agua extracelular e intracelular. Los resultados se basan en modelos matemáticos teóricos y ecuaciones empíricas.
- TAC: se utiliza en investigación clínica. Es una técnica no invasiva para determinar la grasa visceral.

También sería conveniente solicitar una analítica general y comprobar la glucemia basal, hemograma, perfil hepático, perfil renal, perfil lipídico y uratos.

Tratamiento de la obesidad:

Este año se cumplen 1100 años del nacimiento del médico judío Hasday Ibn Shaprut (915 – 975), al que debemos la primera dieta “antiobesidad” del mundo.¹⁷ Cuando el rey Sancho I (935 – 966) fue destronado debido a su elevado peso corporal, decidió ponerse en manos de Hasday para recuperar su ligereza. Su tratamiento frente a la obesidad consistía en encerrar a Sancho en una habitación, atado de pies y manos a la cama, dejándole salir solamente para realizar largos paseos y recibir baños de vapor. Su alimentación se basaba en una dieta líquida, formada por siete infusiones diarias que combinaban agua salada, agua de azahar y agua de verduras y frutas que le mantenían en una constante diarrea. Con el paso de los días el monarca leonés comenzó a perder volumen y después de 40 largos días consiguió bajar 120kg.

Hoy en día la obesidad se trata de manera más compleja y multifactorial, precisando una amplia participación de las personas involucradas: médico, paciente, familia, entorno laboral, escolar...

Hasta la fecha, los tratamientos para hacer frente a la obesidad se han centrado en los factores individuales (cambios en la dieta y aumento de la actividad física); sin embargo, las intervenciones serían mucho más eficaces si además de médicos y nutricionistas, participaran psicólogos, terapeutas familiares y entrenadores personales.

También sería necesario que los cambios de comportamiento se reforzarán positivamente mediante actividades de apoyo y terapias cognitivo - conductuales, reflejándose un beneficio sostenido y el uso de un nuevo lenguaje de comunicación

educativa, por ejemplo, utilizando la expresión “comer saludable” en vez de la palabra “dieta”; o “manejo del peso” en vez de “pérdida de peso”.¹⁸

El **tratamiento dietético** de la obesidad consiste en una dieta hipocalórica equilibrada, la cual siempre debe establecerse en función de la ingesta habitual del individuo, obtenida mediante distintas encuestas nutricionales. La distribución de macronutrientes no presenta diferencias significativas de la dieta recomendada para la población general, excepto el aporte de proteínas que debe aumentarse hasta 1g/kg/día para alcanzar los requerimientos proteicos.

Energía	Déficit de 500-600 kcal/día sobre las estimaciones basales obtenidas mediante fórmulas o sobre la ingesta habitual
Hidratos de carbono	45-55%
Proteínas	15-25%
Grasas totales	25-35%
AGS	< 7%
AGM	15-20%
AGP	< 7%
AGT	< 2%
Fibra	20-40 g

AGM: ácidos grasos monoinsaturados; AGP: ácidos grasos poliinsaturados; AGS: ácidos grasos saturados; AGT: ácidos grasos trans

Figura 4: Recomendación de distribución de macronutrientes en la obesidad, SEEDO 2011.¹⁹

En las dietas hipocalóricas con menos de 1000 kcal es necesario suplementar vitaminas, especialmente antioxidantes (vitamina C, E, beta caroteno) y minerales (Zinc, Selenio), y asegurar una ingesta adecuada calcio –lácteos bajos en grasa- y hierro –carne bajas en grasas y leguminosas.

Las dietas hipocalóricas muy bajas en calorías (400 – 800 kcal) requieren una mayor supervisión médica debido a los efectos colaterales que pueden tener y a que la pérdida de peso se produce rápidamente con la posibilidad de perder masa libre de grasa.

Una restricción calórica de 500 kcal al día, produce aproximadamente la pérdida de 0,5 kg/semana y una restricción de 1000 kcal al día de 1kg/semana.

El **tratamiento farmacológico** y el **tratamiento quirúrgico** están indicados cuando ha fracasado el tratamiento médico; con un IMC > 40 kg/m²; IMC > 35 kg/m² + comorbilidad grave; y ausencia de enfermedad mental. Están contraindicados cuando la obesidad tenga una etiología endocrina, la persona padezca un retraso mental, trastorno psiquiátrico o enfermedad neoplásica o el paciente sea menor de 18 años.²⁰

Prevención de la obesidad:

Es importante comprender el valor de la prevención de la obesidad, especialmente si se consideran su costo y dificultad para tratarla.

Las recomendaciones alimentarias emitidas por la OMS para la prevención de la obesidad se basan en cuatro ejes importantes²¹: moderar la ingesta de alimentos hipercalóricos, limitar el consumo de grasas totales (especialmente trans y saturadas), aumento del consumo de frutas y verduras frescas, cereales integrales y legumbres y limitar el consumo de alimentos procesado con alto contenido en azúcares, grasas y sodio.

Además, la OMS, propuso una serie de intervenciones dirigidas a gobiernos e industrias alimentarias, en las cuales ambos están participando: inclusión de objetivos de nutrición y salud en las políticas del sector agropecuario, promoción de programas de huertas familiares, incorporación de objetivos de prevención de obesidad en los programas de asistencia alimentaria gubernamental, mejorar la información y educación ofrecida al consumidos, simplificar la información nutricional en las etiquetas, impulsar intervenciones que promuevan precios más bajos a los productos más saludables y estrategias de publicidad responsables en la población infantil.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ante el aumento de la prevalencia de la obesidad puso en marcha en febrero del año 2005 la estrategia NAOS²³ para la Nutrición, Actividad física, prevención de la obesidad y salud. Esta estrategia nació con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que supone la obesidad e impulsar iniciativas, tanto públicas como privadas, que contribuyan a que los ciudadanos adopten hábitos saludables; mediante campañas de información sobre las consecuencias que tiene una alimentación inadecuada y el sedentarismo, junto con programas educativos. La representación gráfica de este mensaje es la "Pirámide NAOS sobre los estilos de vida", en la que por primera vez asocia recomendaciones alimentarias y de actividad física.



Figura 5: Pirámide NAOS.

En el ámbito escolar se ha puesto en marcha el programa Perseo, con la colaboración del Ministerio de Educación y Ciencia y las consejerías de sanidad y educación de las comunidades autónomas de Andalucía, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia y Murcia, además de las ciudades de Ceuta y Melilla. Su objetivo es enseñar a los escolares las características de una alimentación saludable a través de los menús escolares, a la vez que se estimula la práctica de deporte y actividad física.

Concepto de ética:

La ética se define como el conjunto de normas y principios morales que guían las actividades humanas. Ciencia del comportamiento moral. La ética ayuda a la justa aplicación de las normas legales pero no impone castigos legales.

Principios de la ética:

Existen cuatro principios de la bioética, a partir de los cuales se derivan los estándares de conducta, que actualmente se denominan “buenas prácticas”.²⁴

Los principios de la bioética son los siguientes:

- Principio de beneficencia: el profesional de la salud, basándose en la ciencia y en la experiencia debe buscar lo que considere mejor, más favorable para el paciente. El profesional debe ponerse en el lugar del paciente, como si el enfermo fuera él. Ha permanecido como único principio desde el S. XVII.

- Principio de no maleficencia: el profesional sanitario tiene el deber de no hacer nada malo al paciente, aunque sea él mismo el que lo pida (“primum non nocere”). El profesional puede negarse a realizar cualquier acto que considere perjudicial para el paciente. En este principio, se está reconociendo la libertad de conciencia del profesional.
- Principio de autonomía: tiene su origen en el reconocimiento de la persona como ser capaz de actuar con conocimiento y libertad. El paciente con su capacidad de comprender, razonar, elegir o rechazar es la que mejor sabe lo que es más favorable para ella, siendo capaz de tomar decisiones. Es el principio fundamental por el que se rige la relación clínica entre el profesional y el paciente o usuario.
- Principio de justicia: se deben repartir los recursos y la asistencia sanitaria equitativamente, beneficiando al mayor número de personas, puesto que son limitados.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología empleada en la realización de este trabajo es una revisión bibliográfica mediante la búsqueda documental de información del tema objeto de estudio.

Las bases de datos electrónicas consultadas fueron las siguientes:

- PubMed,
- Medline
- Google Scholar,

Se seleccionan un total de 42 documentos de los cuales: 40 en forma de artículos científicos y 3 en formato de revisión manual de la literatura.

Todos los artículos estudiados y seleccionados son artículos originales de revistas científicas como:

- Medicina clínica
- Nutrición hospitalaria
- Nutrición clínica y dietética hospitalaria

La revisión manual de la literatura se realizó en:

- Revista científica de Endocrinología y Nutrición
- Libro de obesidad (Obesidad: un enfoque multidisciplinario).

Las páginas web consultadas y utilizadas son científicas y especializadas en el tema:

- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)
- Organización Mundial de la salud (OMS)

También se utiliza como material para la realización de este trabajo:

- Tesis doctorales
- Artículos de congresos
- Legislación (Boletín Oficial del Estado)
- Guías de actuación para el manejo de la obesidad.

Criterios de inclusión.

Los documentos estudiados presentaban una calidad del contenido, comprobando que la información era objetiva, con una descripción adecuada del tema que aborda; sin errores u omisiones que pudieran confundir en su interpretación.

Limitaciones del estudio.

Los Aspectos Éticos de la Obesidad no han sido objeto de estudio hasta recientemente por lo que la localización de buenas referencias fue un ejercicio difícil y costoso pero motivador. Por ello también se utilizan documentos de literatura gris de páginas web vinculadas a los aspectos éticos de la obesidad, artículos en prensa no especializados, datos recogidos en encuestas oficiales y blogs de nutricionistas en Internet.

5. DESARROLLO

5.1 Ética de la familia y la sociedad como promotores de la obesidad.

Desde hace tiempo es conocido que la obesidad, además de tener factor hereditario, también tiene influencia familiar por los hábitos y costumbres que nos inculcan. La familia constituye la principal institución social promotora de las ideas sobre salud en los escolares²⁴, formando parte, junto a otros factores, de lo que se denomina *ambiente obesogénico*²⁵, que se define como la suma de influencias que el entorno, las oportunidades y las condiciones de vida tienen en la promoción de la obesidad.

El aprendizaje de los hábitos alimenticios en la edad infantil es muy importante ya que condiciona los hábitos del adulto. Cuando un niño llora, la madre tiende a ofrecerle biberón pensando que tiene hambre y el bebé tiende a aceptarlo, puesto que además de una fuente de satisfacción nutricional, el alimento les ofrece estímulos sensoriales. Aunque es un poco complicado, ella debería de saber identificar la causa del llanto, para evitar la costumbre de relacionar el alimento con la satisfacción de otras necesidades que no tienen relación con el hambre.

Los padres alimentan a su hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres y su ideal de belleza. Por ejemplo, si el ideal de belleza en su hijo corresponde a un niño obeso, su alimentación ideal irá acorde con esa percepción, las porciones de alimentos tenderán a ser mayores a las recomendables y le exigirá que deje el plato vacío²⁶ (Busdiecker, Castillo y Salas, 2000).

En muchas ocasiones, el alimento es utilizado para premiar o castigar actitudes y comportamientos del niño, funcionando como un elemento de presión, y para evitar enfrentamientos los padres son muy permisivos permitiéndole que coma lo que quiera.

Otro factor familiar que puede influir en el desarrollo de la obesidad es la incorporación de la mujer al mundo laboral, puesto que la atención y supervisión de lo que come el niño no es igual en aquellas familias en las que ambos padres trabajan que en aquellas que trabaja solo un miembro familiar y pueden dedicar más tiempo a revisar la dieta del niño.

Los padres se convierten en el principal modelo a seguir durante los primeros años de vida, por lo que deben de comer bien para que sus hijos les imiten. La forma en que nos alimentamos, horarios, aversión o preferencia por determinados alimentos son conductas que aprendemos en el contexto familiar.

Pero además, nuestra familia puede entorpecer o dificultar nuestros esfuerzos por cambiar hábitos, necesitamos su apoyo para conseguir modificar nuestro estilo de vida y con ello alcanzar nuestro peso ideal.

Muchos planes de pérdida de peso presentan rebote debido, por un lado, a que el plan no suele atender el lado emocional y por el otro, no se logra la adherencia al tratamiento debido precisamente al entorno familiar.

Es necesario fomentar un cambio de hábitos en los niños desde temprana edad que les permitan tener una mejor calidad de vida, atendiendo además de la dieta y actividad física a los factores psicológicos que, en mayor o menor medida, influyen en nuestra alimentación. Pequeños cambios pueden lograr una mejor salud para toda la familia y una mayor integración familiar.

Además de la familia, existen otros factores ambientales asociados a la obesidad, como es el etiquetado confuso y desorientador de algunos alimentos, la falta de tiempo para cocinar, el aumento de consumo de alimentos con alto contenido en azúcares y grasas, la sustitución de agua por bebidas azucaradas y el aumento del tiempo que los niños pasan frente a la televisión, ordenador y videojuegos en comparación con el que dedican a hacer ejercicio.

La “adicción” al alimento, a diferencia de otras adicciones, es consecutiva de la exposición a él. Si en una población los alimentos disponibles son solamente comida basura o existe una limitación de tiempo, los científicos deben encargarse de diseñar formas en las cuales las políticas tengan en cuenta la multicausalidad del problema.²⁷

Un sondeo realizado por la Confederación Española de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios (CEACCU)²⁸ sobre el tiempo que los niños españoles ven la televisión destaca que estos pasan un tiempo medio de 3 horas y 38 minutos al día frente al televisor. Como consecuencia están expuestos a programas y publicidad que pueden influir en sus hábitos alimenticios, a la vez que contribuye a un aumento del sedentarismo, ya que ese tiempo no se emplea en realizar actividad física. Es muy importante la regulación de la publicidad, ya que se envían mensajes contradictorios a la población. Por un lado se potencia una alimentación sana y comer menos, a la vez que se crea un ambiente para hacer todo lo contrario: comer más y peor, y realizar menos actividad física. Los precios de los alimentos ricos en calorías y bebidas son más bajos en proporción a los más saludables.

Las implicaciones éticas de la sociedad se relacionan con situaciones ambivalentes, por un lado la comida se utiliza como premio y celebración; y por otro lado se estigmatiza la gordura y se discrimina desde la niñez hasta la edad adulta.

En su estudio sobre la obesidad, Barry et al²⁹, contemplan siete metáforas para explicar las causas de la obesidad:

1. Se trata de una conducta relacionada con la pereza y la gula. Se considera que la persona obesa come más que la persona no obesa.
2. Es una forma de discapacidad.
3. Es un trastorno alimenticio.
4. Es una adicción al alimento.
5. Refleja una época que no deja tiempo para cuidar la salud.
6. Es consecuencia de una manipulación de los intereses comerciales.
7. Es el resultado de un ambiente saturado de comida tóxica.

Desde una perspectiva social, el estigma vinculado con ciertas enfermedades ha suscitado un sufrimiento adicional a los pacientes. Se entiende por “estigma del peso” aquellas actitudes y creencias negativas sobre el peso corporal que se expresan en forma de estereotipos, prejuicios y trato injusto hacia los individuos que padecen sobrepeso u obesidad, cuya forma más habitual son los comentarios inapropiados, pero que pueden llegar hasta la agresión física.³⁰

La estigmatización y la discriminación que sufren las personas obesas se ha comprobado en numerosas áreas, desde la vida académica, el ámbito laboral, las relaciones interpersonales y el contexto sanitario, lo que genera un impacto en la calidad de vida de los sujetos.

Una posible explicación a la estigmatización del peso es la teoría de la atribución de Weines y Graham (1989)³¹, de acuerdo con la cual el individuo será más estigmatizado cuanto más controlable sea el atributo evaluado, en este caso el peso.

El impacto que tiene el estigma del peso resulta considerable sobre el bienestar emocional y psicológico de la persona: baja autoestima, riesgo de depresión, ansiedad, sentimiento de culpabilidad, mala imagen del propio cuerpo, e incluso pensamientos y conductas suicidas. Esto tiene especial relevancia en el caso de los niños, aquellos que sufren burlas debido a la forma y peso de su cuerpo evitan las

actividades escolares que conlleven ejercicio físico y tienen más probabilidades de obedecer a conductas suicidas.³²

Asimismo, el estigma puede tener consecuencias negativas en las conductas alimentarias, al interferir con los intentos de pérdida de peso y llevar a los individuos a ingerir más alimentos como respuesta a los eventos discriminatorios.

Kushner en el año 2005³³ informa de un importante deterioro psicosocial en obesos incluyendo la estigmatización por su peso y señalan una menor calidad de vida en comparación con individuos delgados. Además, el impacto es más fuerte a edades tempranas que se atenuará progresivamente a medida que la edad avanza, en comparación con la población general (Corica et al, 2004)³⁴.

Se ha encontrado que aquellos profesionales que dedican su labor a la atención del paciente obeso (médicos, farmacéuticos, nutricionistas...) muestran prejuicios contra ellos y tienden a responsabilizarlos de su condición (Budd, Mariotti, Graff y Falkenstein, 2009)³⁵, aunque este hecho ha disminuido en los últimos años.

Algunas publicaciones sugieren que la discriminación por exceso de peso no afecta de igual manera a hombres que a mujeres. Un estudio de Puhl y Brownell en Estados Unidos entre 1995 y 1996³⁶ hacía alusión a que mujeres con obesidad tipo I eran tres veces más propensas a tener acontecimientos discriminatorios vinculados con el peso, lo cual tiene como consecuencia que estas tengan mayores costes familiares y personales en su vida privada que las que no son obesas. Desde este punto de vista, existe evidencia de que las mujeres están sometidas a una fuerte presión social con respecto a su peso.

Viner y Cole³⁷ realizaron un estudio en el que se determinó que mujeres con obesidad desde la edad infantil hasta la edad adulta tenían la mitad de posibilidades de tener un trabajo remunerado y de tener pareja. En cambio en los hombres, la obesidad no tuvo ningún resultado adverso.

Una de las causas que favorecen la discriminación y la estigmatización hacia los individuos con exceso de peso es el actual prototipo de belleza, la obsesión generalizada por el culto al cuerpo, la estética y la delgadez. El canon delgado es aprobado culturalmente, provocando preocupación en los individuos que no se hallan entre los límites socialmente aceptados.

El trato social que sufren los sujetos obesos puede conducirles a conductas extremas de mayor ingesta o la búsqueda de la delgadez a cualquier costo, aunque ello conlleve consecuencias negativas para su salud.

En el polo opuesto de aquellas personas que se sienten discriminadas por su exceso de peso corporal, están aquellas que por medio de redes sociales se encargan de promocionar las tallas grandes, hecho que contribuye a agravar el problema de la obesidad. Una de ellas, es la estadounidense Tess Munster, que con más de 30.000 seguidores en Twitter, aplaude discursos que giran en torno a que “hay vida más allá de la talla 50”. Jorge Forero, médico y psiquiatra, asegura que estos fenómenos que surgen en redes sociales pueden funcionar como un mecanismo de defensa para un determinado grupo de mujeres, ya que las imágenes que aparecen en medios de comunicación de figuras poco realistas se han asociado científicamente como un factor de riesgo para la insatisfacción corporal y el desarrollo de trastornos de alimentación³⁸

Está claro que el respeto a las personas obesas debe de existir siempre, independientemente de que ella diga que se quiere tal y como es y que así se quiere quedar, pero debemos hacerlas ver que no es simplemente una cuestión de peso, sino que ese exceso de peso genera graves problemas de salud, desde la dificultad para realizar ejercicio físico hasta problemas cardiacos, pasando por diabetes, alteraciones hepatobiliares etc.

Ante esta situación, los organismos nacionales y europeos han tratado de abordar los factores ambientales y estructurales que contribuyen a la obesidad. En España, se puso en marcha la “Estrategia NAOS”. Sin embargo, se siguen ignorando las diferencias socioeconómicas y sociales y los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación vinculados a la obesidad.

5.2 Buenas prácticas sanitarias en la atención del paciente obeso.

La obesidad es una enfermedad crónica que aumenta año tras año, afectando a un gran número de pacientes. Estos pacientes buscan tratamientos rápidos, sencillos y eficaces, mientras que los profesionales sanitarios prefieren que, además de eficaces, los tratamientos sean duraderos. Las dietas milagro abundan en el mercado así como la intención de los profesionales sanitarios de ofrecer tratamientos que satisfagan las necesidades de sus pacientes.

El paciente obeso además de sus dolencias físicas, tiene afecciones sociales que en algunos casos puede hacerles susceptibles a tomar decisiones precipitadas, muchas veces impulsadas por la desesperación y la angustia.

La primera obligación, no solo profesional, sino ética del personal de salud, es poseer los conocimientos, habilidades y destrezas propias de su profesión, y mantenerlas vigentes, a través del estudio y la reflexión crítica de la experiencia que ha acumulado a través de los años.

Antes de iniciar cualquier intervención clínica, el profesional debe conocer cuál es la situación real del paciente para evaluar cuál sería su tratamiento ideal. Generalmente, estos pacientes acuden con diversas complicaciones (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión...) esperando que el profesional les dé un producto milagroso que a muy corto plazo les resuelva el problema, por lo que se debe decidir que es necesario resolver en primera instancia y ser realistas a la hora de explicar al paciente el tratamiento a seguir.

La valoración nutricional debe de ser multidisciplinaria e integral considerando los siguientes aspectos:

- Una historia clínica y dietética bien detallada, indagando sobre aspectos sociales como el consumo de sustancias tóxicas, nivel socioeconómico, edad... Se deben recopilar todos los aspectos relevantes que puedan esclarecer la causa del sobrepeso y obesidad y otras patologías que puedan influir...
La historia dietética debe aportarnos información sobre el patrón habitual de ingesta alimentaria, apetito, saciedad, alteraciones del gusto, intolerancias alimentarias...
- Una exploración física exhaustiva que incluya los signos clínicos de sobrepeso y obesidad, incluyendo examen del estado aparatos y sistemas. Esta exploración es mucho más que un procedimiento técnico de diagnóstico, es un

contacto íntimo con el paciente con obesidad, una invasión de su privacidad por lo que debe ser consentida por el paciente en un acto de confianza e idoneidad.

Este procedimiento debe incluir las siguientes mediciones antropométricas:

- Peso.
- Talla.
- IMC: nos permite clasificar el sobrepeso/obesidad que padece el sujeto.
- Circunferencia braquial
- Circunferencia de la cintura: es un buen indicador para valorar la grasa visceral y el riesgo cardiovascular.
- Pliegues cutáneos (subescapular, tricipital, bicipital y suprailíaco). En la práctica diaria se suele medir el tricipital ya que tiene buena correlación con la masa grasa.

El aspecto decisivo en la práctica médica, sobre todo si se abordan cambios en el estilo de vida, es la relación médico – paciente, la cual se rige por factores sociales y culturales en el plano intelectual, técnico, afectivo y ético.³⁹ Los miembros del equipo de salud deben esforzarse por generar sentimientos positivos en sus pacientes, algo que es fundamental para la implementación de estrategias educativas que deben generar cambios de conducta en la población.

Una causa habitual del fracaso de los programas de obesidad está en lo que se llama “trampa del experto” (o abordaje convencional), refiriéndose a aquel profesional que dirige todo el proceso, sin tener en cuenta las características individuales del paciente. Se ha visto que la técnica más efectiva para el tratamiento de las enfermedades crónicas cuando se abordan cambios en el estilo de vida es la entrevista o modelo motivacional.⁴⁰ Esta se define como un conjunto de estrategias clínicas y habilidades centradas en el paciente, que ayuda a resolver ambivalencias sobre conductas o hábitos no saludables para promover cambios en el estilo de vida. El profesional sanitario consensuará con el paciente los cambios para conseguir una pérdida de peso moderada, realista y sostenida, fortaleciendo de esta manera su autoestima para evitar el incumplimiento terapéutico.

Este modelo está basado en el Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente en 1982,⁴¹ que plantea que los programas de salud deben adecuarse a las necesidades de cada uno de los pacientes, y que las personas pasan por una serie de etapas:

1. **Pre – contemplación:** el paciente considera que no tiene un problema, que su comportamiento no tiene consecuencias negativas, no existe autoconfianza. La meta en esta etapa es lograr una conexión con el paciente y que este comience a pensar en cambiar.
2. **Contemplación:** el paciente conoce las consecuencias negativas de no realizar el cambio e intenta cambiar, pero no sabe cómo comenzar, aumenta la autoconfianza aunque no lo suficiente. La meta en esta etapa es ayudar al paciente a aumentar la autopercepción sobre la conducta y sus consecuencias y hacerle ver los beneficios de los cambios.
3. **Preparación:** el paciente sabe un poco sobre como comenzar aunque no como seguir, necesita un plan. La meta consiste en lograr que el paciente verbalice su disposición al cambio. El profesional elabora un plan de acción aceptable, con objetivos concretos, útiles, alcanzables y medibles a corto plazo.
4. **Acción:** el paciente presenta cambios consistentes. Se definen acciones y plazos, el paciente está motivado y existe autoconfianza. La meta consiste en revisar y reforzar las habilidades para manejar situaciones de riesgo de recaída. El profesional destaca los logros y las consecuencias positivas.
5. **Mantenimiento:** las conductas adoptadas se transforman en estilo de vida, aumenta la autoconfianza. Profesional y paciente identificarán situaciones de riesgo y elaborarán estrategias para afrontarlas.

Este modelo, es en la actualidad, uno de los más prometedores en la adquisición de hábitos saludables.

Los principios de la entrevista motivacional son los siguientes:

- **Empatía:** el profesional debe de tener la capacidad para ponerse en el lugar del paciente, entendiendo sus sentimientos, pensamientos y actitudes. Esta se debe demostrar con gestos (por ejemplo poniendo la mano en el hombro del paciente) o con palabras (preguntando al paciente cómo se siente...).

- Evitar la discusión: se deben sugerir cambios sin imponerlos, evitando las conductas defensivas y las resistencias por parte del paciente.
- Fomentar la autoeficacia: el mensaje que se debe transmitir al paciente es que puede hacerlo, reforzando cada logro positivo.

La entrevista motivacional provee de las herramientas necesarias para avanzar en el proceso del cambio. Este proceso consiste en actividades y experiencias en las que las personas se involucran cuando intentan modificar conductas.

Se ha demostrado que los procesos del cambio son válidos cuando se aplican al control de peso, sin embargo su uso está medido por otras variables: la autoeficacia y el balance decisional⁴²:

- La autoeficacia es la confianza específica que la gente tiene en su capacidad para hacer y mantener un comportamiento.
- El balance decisional es la manera en que las personas deciden participar en un cambio de comportamiento en particular sobre la base de ventajas y desventajas percibidas que representa.

Las diferencias que existen entre el abordaje convencional y el modelo motivacional se resumen en el siguiente cuadro:

ABORDAJE CONVENCIONAL	MODELO MOTIVACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • El experto da consejos intentando persuadir al paciente. • El profesional actúa con autoridad. • Es rápido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula la motivación para pasar a la acción. • El profesional actúa colaborando para ayudar a decidir el cambio. • Es de aplicación progresiva. • Resume los puntos de vista.

Tabla 4: diferencias entre el abordaje convencional y el modelo motivacional (elaboración propia).

5.3 Principios bioéticos en el paciente obeso.

En los años setenta surge con gran auge una disciplina denominada bioética, que pretende estudiar, reflexionar y resolver los problemas éticos que la ciencia y la tecnología ofrecen en el ámbito de la salud y de la vida humana mediante el análisis de los principios y valores morales que rigen dichos problemas.⁴³

El fundamento de la bioética es la persona, y el valor absoluto de la persona deriva de la idea kantiana, de que estas no son meros medios, sino fines en sí mismas.

Los principios primordiales que postula la bioética son el respeto por la vida humana, por la libertad, la igualdad de derechos y la solidaridad. La bioética reflexiona sobre problemas generados por las nuevas tecnologías, como por ejemplo la clonación, comprende el campo de la ética biomédica, con el estudio de la relación sanitaria y cómo surge la necesidad de aplicar principios morales en la decisión sanitaria.

Para analizar la ética en la atención del paciente obeso, partiremos de los cuatro principios morales que sustenta la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.⁴⁴

El **principio de autonomía** es aquel que reconoce a la persona su capacidad para tomar decisiones, basándose en su competencia para comprender, razonar, elegir o rechazar lo que es más favorable para ella. Es, actualmente el principio por el que se rige la relación profesional sanitario – paciente.

Por un lado, se debe considerar la autonomía del profesional sanitario para no dejarse influenciar por el paciente, la familia... y no permitir que el lucro motive sus acciones. Este principio indica que se deben respetar las decisiones que el paciente tome acerca de su salud.

Por otro lado está la autonomía del paciente que siempre llega con expectativas personales muy altas al ponerse en manos de un profesional que considera que le resolverá su situación de salud.

El respeto de la autonomía del paciente exige conocimiento y comprensión de la decisión tomada por el paciente, siendo esta coherente con sus valores y creencias y no debe de estar coaccionada o manipulada por la persona que informa los procedimientos a seguir.

Los pacientes deben de tomar decisiones razonables respecto a lo que les concierne siempre que cumplan los requisitos del consentimiento informado, una herramienta

muy útil, que sirve además de para evitar demandas, para confirmar que el paciente ha comprendido las implicaciones y riesgos del manejo de la obesidad. Para ello la información brindada al paciente debe ser dada en un lenguaje comprensible y adecuado para él, no debiendo ser objeto de manipulación.

El profesional sanitario debe valorar la capacidad del paciente para la toma de decisiones; por ejemplo no debe de estar dominado por determinadas situaciones de angustia o ansiedad que le impida realizar una correcta evaluación de la situación que se le propone.

No se puede cumplir éticamente con el proceso de consentimiento informado si se ofrece una información sesgada, con autoritarismo, con poco tiempo, sin esperar que el sujeto la comprenda y asimile.

Debe de tenerse en cuenta que este problema de salud es donde se encuentran mayores tasas de abandono de tratamiento y rotación constante por los profesionales de la salud que puedan cubrir sus expectativas. Se requiere dar una mayor atención a la comunicación y debe de tener un seguimiento mediante consultas programadas, ya que esta patología exige cambios en ámbitos personales de los pacientes, como son cambios en sus hábitos de vida, siendo necesaria una reeducación y adquisición de los nuevos hábitos.

No se debe limitar la autonomía de los pacientes ni su capacidad de decisión, se debe respetar y aceptar la dignidad del paciente, pues lo contrario sería caer en el paternalismo injustificado.

El **principio de beneficencia** es para el profesional sanitario un derecho y un deber. De larga tradición en el campo de la medicina, el Juramento Hipocrático establece que el médico siempre debe de actuar en bien del paciente, ya sea al curarle, evitarle sufrimientos y daños.

El profesional sanitario debe de aplicar sus conocimientos y habilidades en beneficio del paciente, y tiene la obligación de poseer las competencias propias de su profesión y mantenerse actualizado a través del estudio y la reflexión crítica de la experiencia acumulada a lo largo de los años.

Se debe ofrecer la mejor alternativa para el paciente valorando siempre que los daños sean menores que el beneficio esperado, marcando siempre objetivos lógicos que el paciente pueda cumplir.

Para lograr el máximo beneficio del paciente se le debe identificar de manera individual considerando sus condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas para seleccionar la mejor estrategia de abordaje.

El **principio de no maleficencia** reconoce la libertad de conciencia del profesional sanitario. Este debe realizar el mayor esfuerzo por evitar causar daño al paciente. Es importante el estudio individual ya que cada paciente responderá de manera diferente a cada tratamiento, y es necesario investigar qué tratamientos ha seguido el paciente anteriormente y como ha respondido a ellos. Es necesario considerar el aspecto económico y buscar alternativas de apoyo en instituciones públicas, por ejemplo cuando no se puede consultar a un nutricionista o psicólogo por los costos que ello supone.

El cumplimiento de este principio exige las siguientes características:

- Tener competencia suficiente y adecuada para realizar un correcto diagnóstico clínico, sopesar las distintas alternativas diagnósticas y de tratamiento.
- Buena práctica.
- Indicaciones precisas, científicamente comprobadas.
- Poseer conocimientos actualizados.
- Poseer habilidades en cuanto a técnicas de comunicación con el paciente.

El **principio de justicia** se resume en la responsabilidad del profesional sanitario de atender a los pacientes por igual independientemente de su condición física, religiosa, nivel económico o situación legal; es decir la asistencia sanitaria se debe repartir equitativamente.

En este caso, la justicia debe aplicarse a la sociedad en su conjunto ya que no es solamente la medicina la que debe resolver el problema, como hemos dicho la obesidad está afectada por muchos factores, por eso consideramos compromisos de justicia social los siguientes:

- Evitar la discriminación por razón de peso en todos los ámbitos de la vida (escuela, trabajo, ocio...).
- Regular estrictamente la publicidad sobre alimentos y productos “mágicos” que aseguran la reducción del peso y aquellos establecimientos que ofrecen dietas “milagro” contrarrestando las informaciones que inducen a la población al ejercicio de modelos de vida que no son adecuados para una vida saludable.

Se debe incrementar el acceso de la información para la población con el fin de que puedan conocer si los tratamientos han pasado pruebas científicas... Propagandas que fomentan ciertos cánones de belleza vinculados al éxito social deben ser objeto de reflexión crítica.

- Realizar planes de prevención y educación a todas las clases sociales para que tengan oportunidad de conocer lo que se debe hacer para conseguir una dieta saludable.
- Asignación de recursos para la investigación de la obesidad, como realizar estudios epidemiológicos y antropológicos para adecuar los planes de prevención y educación.

Deben ser los profesionales y sociedades científicas los principales difusores de verdades científicas, que estimulen una correcta educación sobre el manejo y tratamiento de la obesidad a través de múltiples formas (jornadas, clases, charlas...). El objetivo es que se conozca la importancia de la obesidad en la población y en la posibilidad de su prevención.

5.4 Derechos del paciente obeso.

Cuando se habla de adelgazar, la mayor parte de las personas asocia la ayuda a las consultas privadas, pero es cierto que se puede recurrir a la sanidad pública para resolver este problema, aunque el tiempo dedicado a ello es escaso.

La parte buena de recurrir a la Seguridad Social es que sabes que tienes un derecho constitucional que protege tu salud, el artículo 43 de la Constitución española⁴⁵ en el que:

1. Se reconoce el derecho a la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Más concretamente, hablando del paciente obeso y sus derechos, el artículo 37 de la ley 17/2011⁴⁶, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, dice que:

1. Está prohibida cualquier discriminación directa o indirecta por razón de sobrepeso u obesidad; diferenciándolas de la siguiente manera:
 - Se considera discriminación directa por esta razón, la situación en la que se encuentra una persona que sea, haya sido o pudiera ser tratada, en atención a su sobrepeso, de manera menos favorable que otra en situación comparable.
 - Se considera discriminación indirecta, por esta razón, la situación en la que una disposición, criterio o práctica, aparentemente, neutros pone a las personas con sobrepeso u obesidad en desventaja particular con respecto al resto de personas, salvo que dicha disposición, criterio o práctica puedan justificarse, objetivamente, en atención a una finalidad legítima, y que los medios para alcanzar dicha finalidad sean necesarios y adecuados.
2. Los actos y cláusulas, que constituyan o causen discriminación por razón de sobrepeso u obesidad, se considerarán nulos y sin efecto.
3. Los poderes públicos adoptarán las medidas específicas, a favor de las personas con sobrepeso u obesidad, para corregir situaciones patentes de desigualdad.

Alguna legislación dentro de los Estados Unidos⁴⁷ (Michigan, Elliot–Larsen Civil Rights Act en su reforma del año 1977), incluía entre los derechos civiles el de no ser discriminado por razón de peso o altura en el acceso al empleo, pero la Corte Suprema no admitió integrar la obesidad en su ámbito de tutela.

Un conocido caso de despido basado en la obesidad mórbida del trabajador es el de Karsten Kaltoft⁴⁸ fue despedido el 22 de noviembre de 2010 por el Ayuntamiento de la localidad de Billund (Dinamarca) después de 15 años trabajando como cuidador infantil en su propia casa. La institución (sin mencionar una razón concreta de despido) alegó que Karsten cada vez podía hacerse cargo de menos niños. Sin embargo el abogado del denunciante, el cual afirma que este nunca peso menos de 160 kg. El ayuntamiento siempre negó que esta condición fuera uno de los motivos del despido.

La discriminación laboral por padecer obesidad mórbida se ha trasladado al ámbito europeo a finales del año 2014. Anteriormente, el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana consideraba el despido por obesidad como improcedente, no podía considerarse nulo. El Tribunal de Justicia de Luxemburgo confirmó que la obesidad podría ser una causa de incapacidad laboral. La sentencia 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre afirma que «si bien ningún principio general del Derecho de la Unión prohíbe las discriminaciones por motivo de obesidad en cuanto a tal, ésta se incluye en el concepto de discapacidad cuando en determinadas condiciones impide a la persona afectada participar plena y efectivamente en la vida profesional en pie de igualdad con los demás trabajadores». Es decir, despedir a alguien por razones relacionadas con su obesidad puede no ser discriminatorio pero sí un argumento válido para invocar el derecho a la declaración de incapacidad laboral.

También en Estados Unidos, la Asociación Americana para el Tratamiento de la obesidad (AOTA) se ha preocupado por los derechos de los pacientes obesos y ha confeccionado una declaración de derechos que, aunque no tiene carácter obligatorio les sirve para distinguir si están recibiendo un tratamiento ético o no. Se trata de una carta que recoge 14 artículos:

1. Los pacientes tienen derecho a ser tratados con respeto y dignidad.
2. Los pacientes tienen derecho a conocer todas las opciones de tratamiento y su grado de efectividad real.
3. Los pacientes tienen derecho a ser informados de que la obesidad es una enfermedad que implica riesgos conocidos para su salud.
4. Los pacientes tienen derecho a saber que la obesidad es una enfermedad crónica cuyo tratamiento requiere esfuerzo continuo, con cambios en el estilo de vida de por vida.

5. Los pacientes tienen el derecho de conocer las graves consecuencias que tienen las rápidas pérdidas de peso sobre su salud.
6. Los pacientes tienen derecho a conocer el coste económico y la duración de los servicios derivados de su tratamiento.
7. Los pacientes tienen derecho a poder reconocer y comprobar las credenciales académicas del profesional sanitario que le atiende.
8. Los pacientes tienen derecho a preservar la confidencialidad de su caso.
9. Los pacientes tienen derecho a conocer si el personal sanitario o el centro de salud en el que se atiende tienen relaciones con terceros (instituciones educativas, otros centros de salud, proveedores de algún producto...) que puedan influir en su tratamiento y cuidado.
10. Los profesionales tienen el deber de mantenerse actualizados en cuanto a los avances en la investigación de la obesidad.
11. Los profesionales tienen el deber de evaluar previamente el estado de salud del paciente antes de iniciar la prestación de sus servicios.
12. Los profesionales tienen el deber de aconsejar a cada paciente metas que sean realistas, plazos para conseguir objetivos, dieta, ejercicio y cambios de comportamiento necesarios.
13. Los profesionales sanitarios deben mirar en favor de los intereses de sus pacientes y no recomendar productos o servicios de los que no pueda esperarse un resultado eficaz. En el caso de usar los datos del paciente en la participación de un estudio, deberán informar al paciente, y si es el caso, de la posibilidad de participar en un estudio experimental, y obtener en todo caso su consentimiento informado.
14. Los profesionales deberán informar a los pacientes de esta Declaración de Derechos como un miembro de la AOTA y su adhesión a la misma.

Aunque estos derechos no son de aplicación en España, se pueden tener presentes y gran parte de su filosofía está recogida en la Ley 41/2002⁴⁹, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, con aplicación en todo el territorio nacional. Se trata de una de las leyes más importantes para los profesionales sanitarios y aporta seguridad jurídica

tanto a pacientes como a profesionales y a jueces. Sus principios básicos son el respeto a la dignidad del paciente, respeto a su autonomía, a su intimidad y no discriminación de ninguna persona por razón alguna.

6. CONCLUSIONES

7. En los últimos años se ha visto un aumento de la prevalencia de la obesidad en la población infantil y juvenil, como consecuencia de unos malos hábitos alimentarios y un estilo de vida sedentario.
2. Los factores ambientales juegan un papel determinante en la capacidad del individuo para prevenir o controlar la obesidad. Es la familia la principal institución social en inculcar ideas sobre salud, pudiendo facilitar o entorpecer nuestros esfuerzos por cambiar de hábitos.
3. El estigma social que conlleva la obesidad recae sobre el bienestar emocional y psicológico de la persona, especialmente importante a edades tempranas, que se ve favorecido por el actual prototipo de belleza y la obsesión generalizada por el culto al cuerpo y la delgadez.
4. La primera obligación profesional y ética del personal de salud es poseer los conocimientos y habilidades propias de su profesión. El aspecto decisivo en la práctica sanitaria es la relación profesional sanitario – paciente, siendo mucho más efectiva la entrevista motivacional centrada en el paciente, con mayor autoeficacia y balance decisonal, en la que los cambios son consensuados entre ambos y las posibilidades de éxito son mayores.
5. Se deben cumplir los cuatro principios bioéticos en la práctica sanitaria (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), respetando la decisión tomada por el paciente sin influencias externas, ofreciéndole la mejor alternativa para él, sin causarle daños y sin discriminación alguna. El principio de justicia se debe aplicar a la sociedad, surgiendo compromisos de justicia social que pretenden evitar la discriminación por razón de obesidad, regular la publicidad sobre alimentos y productos mágicos, y realizar planes de prevención y educación a todas las clases sociales.
6. En Estados Unidos, la Asociación Americana para el Tratamiento de la obesidad (AOTA) ha confeccionado una declaración de derechos de los pacientes obesos sin carácter obligatorio pero que les puede servir de guía para valorar si el tratamiento recibido es ético o no. Sin embargo, en España

nuestra legislación sanitaria solamente recoge alguno de los derechos dirigidos a los pacientes obesos, como la no discriminación por razón de peso.

1. BIBLIOGRAFÍA

1. Chacín M., Rojas J., Pineda C., Rodríguez D., Nuñez M., Márquez M., et al. Predisposición humana a la obesidad, Síndrome metabólico y diabetes: el genotipo ahorrador y la incorporación de los diabetogenes al genotipo humano desde la Antropología Biológica. Rev Sind. 2011; Vol1:11-24 [citado 15 feb 2016].
2. Organización Mundial de la Salud [internet]; Enero 2015 [citado 15 feb 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
3. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición [internet]; 2005 [citado 16 feb 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>.
4. Revenga J. Carta de derechos del paciente obeso. En: periódico digital 20 minutos: El nutricionista de la general [Internet]. 2012 [citado 16 feb 2016] Disponible en: <http://blogs.20minutos.es/el-nutricionista-de-la-general/2012/08/08/carta-de-derechos-del-paciente-obeso/>
5. González E. Obesidad: análisis etiopatogénico y fisiopatológico. End y Nut. 2013; Nº1 [citado 20 feb 2016] p17 – 24.
6. Organización Mundial de la Salud [internet]; Enero 2015 [citado 20 feb 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>.
7. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [internet]; [citado 20 feb 2016]. Disponible en: <http://www.seedo.es/index.php/pacientes/calculo-imc>.
8. Cole TJ; Bellizi MC; Flegal K; Dietz WH. Establishing a Standard definition for child overweight and obesity worldwide: internacional survey. BMJ 2000 May 6;320(7244):1240-1243. [internet] [citado 20 feb 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10797032>
9. Sobradillo B; Aguirre A; Aresti U; Bilbao A; Fernández-Ramos C; Lizárraga A; et al. Curvas y tablas de crecimiento. Estudios longitudinal y transversal. Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo, Bilbao, ISBN 84-607-9967-0, 2004, 1-31.
10. Herrero G. Guía Obesidad [internet]. [Citado 22 feb 2016]. Disponible en: <http://www.guiaobesidad.com/>.

11. Instituto Nacional de Estadística. "Encuesta Europea de Salud en España". [Internet] 2014 [citado 22 feb 2016] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np937.pdf>
12. Guerra C., Cabrera A., Santana I., González A., Almaguer P., Urra T. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en la infancia: ¿Una nueva batalla?. MediSur 2009; 7(1): 61-69. [Internet] [citado 26 Feb 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100012&lng=es.
13. Hinebaugh A, Calamaro C. The Clinical Nurse Leader: Playing an Integral Role in the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity. *Bariatric Nurs Surg Patient Care*. 2011; Vol 6:145-150. [Internet] [citado 26 feb 2016]. Disponible en: <http://faculty.sites.uci.edu/ncrc/files/2016/01/53.pdf>
14. Luengo E., Ordóñez B., Bergua C., Laclaustra M. Obesidad, dislipemia y síndrome metabólico. *Rev Esp Cardiol Sup*. 2005; 5:21D-29D. [Internet] [citado 29 feb 2016]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/obesidad-dislipemia-sindrome-metabolico/articulo/13083445/>
15. Galindo J. Análisis ético del trato a las pacientes con obesidad de la asociación de jubilados del IMSS en la consulta de medicina familiar [tesis doctoral]. Universidad de México: Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Medicina; 2011. [citado 29 feb 2016] Disponible en: <http://www.repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/8222>
16. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin*. 2007; N°128 [citado 29 feb] p72531-9. Disponible en: <http://www.samst.es/obesidad/2007-Consenso%20SEEDO.pdf>
17. Gargantilla P., Arroyo N. Hasday: tratamiento de la obesidad en el siglo X. *End y Nut*. 2016; N°2 p100 – 102.
18. Redondo P. Material Docente de la asignatura de Obesidad y Patología Nutricional. Grado de Nutrición Humana y Dietética. Universidad de Valladolid. 2015.
19. Gargallo M., Breton I., Basulto J., Quiles J., Formiguera X., Salas J. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-

- SEEDO): La dieta en el tratamiento de la obesidad (III/III). Nutr. Hosp. Jun 2012; 27(3):833-864. [Internet] [citado 29 feb 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000300018&lng=es.
20. Formiguera X. Criterios de inclusión y exclusión para cirugía bariátrica: decisión de equipo o individual. Medwave. 2002. [Internet] [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1209>.
21. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué se puede hacer para luchar contra la epidemia de obesidad infantil? [Internet]. [citado 1 mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/es/.
22. Ballesteros JM., Dal-Re M., Pérez N., Villar C. La estrategia para la nutrición actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS). Rev Esp Salud Publica 2007; 81: 443 – 449. [Internet] [citado 29 feb 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v81n5/colaboracion1.pdf>
23. Código Deontológico de la Profesión de Dietista – Nutricionista [Internet]. Abril 2013 [citado 1 mar 2016]. Disponible en: <http://www.consejodietistasnutricionistas.com/wp-content/uploads/2014/06/Codigo-Deontologico-Vs-2013-final.pdf>
24. Company M. “Influencia de los discursos sobre salud y obesidad en los escolares” [Tesis doctoral] Universidad de Almería. Facultad de ciencias de la educación [citado 11 mar 2016]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=EYpBAQAAQBAJ&pg=PA320&lpg=PA320&dq=FAMILIA+COMO+PROMOTORA+DE+LA+OBESIDAD&source=bl&ots=6l21Ws3isB&sig=JM_Mow8q5Jt2mtp4j-nv0WixTX0&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjK_bD1-nMAhUCQBoKHbBkAWUQ6AEIHDA#v=onepage&q=FAMILIA%20COMO%20PROMOTORA%20DE%20LA%20OBESIDAD&f=false
25. Cervera M. “¿Qué es el ambiente obesogénico?”. Consejo Nutricional 2012. [Internet] [citado 11 mar 2016] Disponible en: <https://consejonutricion.wordpress.com/2012/06/18/que-es-el-ambiente-obesogenico/>
26. Busdiecker S., Castillo C., Salas I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. Rev. chil. pediatr. 2000 Ene; 71(1): 5-11. [internet] [citado 11 mar 2016]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000100003&lng=es .

27. Lolas-Stepke F. Ética y conducta alimentaria: la obesidad y sus desafíos. *O Mundo da Saúde*, São Paulo [Ensayo en internet] 2014; N°38: 349-354 [citado 13 mar 2016]. Disponible en: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155565/A12.pdf
28. Confederacion Española de Organizaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios (CEACC): Sondeo sobre los hábitos de consumo de televisión y de nuevas tecnologías de la infancia y la juventud; [Internet] 2014; [citado 13 mar 2016]. Disponible en: <http://www.ceaccu.org/docspdf/sondeohabitosconsumotfnewtecnologias.pdf>
29. Barry, C.L., Brescoll, V.L., Brownell, K.D. y Schlesinger, M. (2009). Obesity metaphors: How beliefs about the causes of obesity affect support for public policy. *The Milbank Quarterly. A multidisciplinary journal of population health and health policy*, N° 87: 7-47. [Internet] [citado 13 mar 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879183/>
30. De Domingo M., López J. La estigmatización social de la obesidad. *Cuaderno bioética XXV 2014/2ª*: 273-284. [Internet] [citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/84/273.pdf>
31. Weiner, B. y Graham, S. (1989). Understanding the motivational role of affect: Lifespan research from an attributional perspective. *Cognition and Emotion*, 1989,3(4), 401-419. [internet] [citado 15 mar 2016]. Disponible en: <http://mina.education.ucsb.edu/janeconoley/ed197/documents/weinerUnderstandingthemotivationalrole.pdf>
32. Puhl R. El estigma de la obesidad. *Diab Voic Vol 54*, N° 1, 2009: 25-29. [internet]. [citado 15 mar 2016]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_1_Puhl_ES.pdf
33. Kushner, R.F. y Roth, J.L. (2005). Medical evaluation of the obese individual. *Psychiatr Clin N Am* 28 (2005) 89-103. [Internet] [citado 15 mar 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X04000723>
34. Corica F, Corsenello A., Apolone G., Manucci E., Lucchetti M., Bonfiglio C. et al; Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the QUOVADIS Study. *International Journal of Obesity* (2008) 32, 185-191. [internet] [citado 15 mar 2016]. Disponible en: <http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n1/full/0803687a.html>

35. Budd, G.M., Mariotti, M., Graff, D. y Falkenstein, K. (2009). Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Appl Nur Res* 2011 Aug;24(3):127-37. [internet] [citado 15 mar 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974067>
36. Puhl, R., Brownell, K.D. "Bias, discrimination, and obesity". *Obes Res* 2001 Dec;9 (12): 788-805. [Internet] [citado 15 mar 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11743063>
37. Viner, R.M., Cole, T.J. "Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study". *BMJ* 2005 Jun 11;330 (754):1354. [Internet] [citado 4 abr 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC558281/>
38. "La salud sí tiene talla" [Internet] 22 mar 2015 [citado 4 abr 2016] Disponible en: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/redes-sociales-para-mantener-el-sobrepeso/15441416>
39. Juárez MV, Baena AJ. La obesidad como epidemia y problema de salud en atención primaria. *Med fam Andal* Vol. 16, Nº.1, mayo 2015:82-84. [internet] [citado 18 abr 2016]. Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n1/v16n1_14_carta.pdf
40. Cappelletti AM. Entrevista motivacional [monografía en internet]. Sociedad Argentina de Nutrición. [citado 17 abr 2016]. Disponible en: <http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/ficha-entrevista-motivacional.pdf>
41. Prochaska J, DiClemente, C. "*Stages of change in the modification of problem behaviors*". In Hersen M, Eisler R, y Miller R (Eds.), *Prog Behav Modif* 1992;28:183-218. [Internet] [citado 18 abr 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1620663>
42. Arriagada MI. Evaluación psicopatológica en obesidad y postcirugía bariátrica [Tesis doctoral] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2015.
43. Rotondo, MT. "Aspectos éticos en el tratamiento de la obesidad" [Internet] Nov 2002 [citado 20 abr 2016]. Disponible en: [http://medicinalegal.edu.uy/bibliografia/archivos/tema35_01\[1\].pdf](http://medicinalegal.edu.uy/bibliografia/archivos/tema35_01[1].pdf)
44. Kliger G. "Tratamiento de la obesidad" IX Jornadas Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo. [Internet] 2012 [citado 20 abr 2016] Disponible en: http://www.achinumet.cl/IX_Jornadas_2012/Etica_Tratamiento_Obesidad_Dr_Kliger.pdf

45. Constitución española de 1978. Capítulo tercero, artículo 43 [Internet] 1978 [citado 22 abr 2016] Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=43&tipo=2>
46. Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. [Internet] 2011 [Citado 21 abr 2016] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-11604
47. Rivas Vallejo, I. ¿Es la obesidad causa de discriminación tutelable en el ámbito laboral? Rev Ius Labor [revista en internet]. 1/2015, [citado 22 abr 2016] p. 1-29. Disponible en: https://www.upf.edu/iuslabor/_pdf/2015-1/Rivas.pdf
48. La obesidad puede considerarse como «discapacidad» a efectos de la Directiva relativa a la igualdad de trato en el empleo. Tribunal de Justicia de la Unión Europea, Nº 183/14 (18 de diciembre de 2014) [Internet] [citado 22 abr 2014]. Disponible en: <http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2014-12/cp140183es.pdf>
49. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet] [citado 26 abr 2016] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188