



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI  
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

# **“Intervenciones psicosociales enfermeras en el abordaje de la obesidad. Una revisión bibliográfica narrativa”**

**Cindy Ejofor**

**Romina Andrea Ghimes Croitoru**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Dirigido por: Sra. Natividad Cañellas Reverte**

**Grado en Enfermería**

**TORTOSA 2023**

### SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU



DADES PERSONALS ESTUDIANT 1		
Nom i cognoms: Cindy Ejiofor		
DNI: Y-6897171Z	Adreça: Avda. Cardenal Benlloch, 83, Puerta 11	
Codi postal: 46021	Població: Valencia	Tel. Fix:
Tel. Mòbil: 688449731	Adreça electrònica URV: Cindy.ejiofor@estudiants.urv.cat	

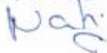
DADES PERSONALS ESTUDIANT 2		
Nom i cognoms: Romina Ghimes Croitoru		
DNI: 55284356-S	Adreça: Rambla Felip Pedrell, 35, 1er B	
Codi postal: 43500	Població: Tortosa	Tel. Fix:
Tel. Mòbil: 653640270	Adreça electrònica URV: Rominanadrea.croitoru@estudiants.urv.cat	

EXPOSEM
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: <b>"Intervenciones psicosociales enfermeras en el abordaje de la obesidad. Una revisión bibliográfica narrativa"</b>
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: Sra. Nati Cañellas Reverté
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITEM
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

Tortosa, 23 de Mayo de 2023.

Estudiant 1 (signatura)	Estudiant 2 (signatura)
	

EL/LA TUTOR/A:
Dono el vistiplau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau. Data: 23/5/2023 Signatura: 

## ÍNDICE

• Resumen: .....	3
Palabras clave: .....	3
• Abstract:.....	4
Keywords:.....	4
• Introducción .....	5
• Marco conceptual .....	7
a. Definición conceptual de la obesidad .....	7
b. Epidemiología.....	7
c. Historia de la obesidad.....	8
d. Etiopatogenia y factores de riesgo .....	9
e. Diagnóstico de la obesidad .....	10
f. Clasificación y tipos de obesidad .....	11
g. Consecuencias para la salud .....	11
h. Tratamientos de la obesidad .....	12
i. Psicología de la obesidad .....	14
j. Intervenciones de enfermería.....	15
• Pregunta de investigación.....	17
• Objetivos .....	17
a. General.....	17
b. Específicos.....	17
• Metodología.....	17
• Resultados.....	18
• Discusión .....	37
○ Objetivo 1: “Identificar las intervenciones enfermeras que se realizan para el abordaje psicosocial de la obesidad” .....	37
○ Objetivo 2: “Analizar la eficacia de los diferentes tipos de intervenciones enfermeras” .....	39
○ Objetivo 3: “Identificar las nuevas tecnologías en el tratamiento de la obesidad” .....	40
• Conclusión.....	41
• Bibliografía .....	43
• Anexo 1 .....	47

- **Resumen:**

**Antecedentes:** La obesidad es conocida como una patología pandémica, situada en nuestra sociedad desde hace siglos, y tratarla resulta complicado debido a su compleja causalidad. En España se cuenta con la atención primaria para la salud (APS), desde la cual actúa enfermería, para el abordaje de esta enfermedad. Aun así, el proceso de atención enfermero ha ofrecido cuidados centrados en la parte más física de la obesidad.

**Objetivo:** Identificar las intervenciones enfermeras que se realizan para el abordaje psicosocial de la obesidad.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de artículos científicos consultados en las bases de datos WOS, Scopus, Cinahl y Dialnet, con restricción de fecha entre 2012-2022 y en los idiomas español e inglés. Teniéndose en cuenta todos los artículos de texto completo y centrados en la población adulta.

**Resultados:** Se han empleado 21 artículos cuyos contenidos se pudieron clasificar en 4 categorías: la terapia cognitivo-conductual como intervención psicosocial para el tratamiento de la obesidad, eficacia de dichas intervenciones, planteamiento de uso de TIC, y necesidad de nuevas vías de investigación.

**Conclusión:** El uso de intervenciones psicosociales es más eficaz combinado con las intervenciones de dieta y ejercicio habituales, y resulta aún mayor si son implementadas por un equipo interdisciplinar en la APS, pero la falta de estudios que corroboren los hechos hallados destaca la necesidad de investigar en más profundidad el tema, teniendo en cuenta el importante papel que juega el aspecto psicosocial y la intervención enfermera en el tratamiento de la obesidad.

**Palabras clave:**

*Enfermería, intervenciones psicosociales, obesidad, terapia cognitivo-conductual y grupos de apoyo*

- **Abstract:**

**Background:** Obesity is known as a pandemic pathology, which has been present in our society for centuries, and treating it is complicated due to its complex causality. In Spain, primary health care (PHC), from which nursing acts, is available to address this disease. Even so, the nursing care process has offered care focused on the more physical side of obesity.

**Aim:** To identify the nursing interventions carried out for the psychosocial approach to obesity.

**Methodology:** a narrative literature review was carried out of scientific articles consulted in the WOS, Scopus, Cinahl and Dialnet databases, with date restriction between 2012-2022 and in Spanish and English. All full-text articles focused on the adult population were considered.

**Results:** 21 articles were used whose contents could be classified into 4 categories: cognitive behavioural therapy as a psychosocial intervention for the treatment of obesity, efficacy of such interventions, approach to the use of ICT, and the need for new avenues of research.

**Conclusion:** The use of psychosocial interventions is effective when combined with the usual diet and exercise interventions and is even more effective when implemented by an interdisciplinary team in PHC, but the lack of corroborating studies highlights the need for further research on the topic, considering the important role of psychosocial and nursing intervention in the treatment of obesity.

**Keywords:**

*Nursing, psychosocial interventions, obesity, cognitive behavioural therapy & self-help groups.*

- **Introducción**

La obesidad es una condición patológica prevalente en la sanidad pública que se ha convertido en una epidemia global en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como la acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud de la persona que lo padece. La OMS destaca la importancia de la colaboración entre los países para establecer ambientes donde los recursos saludables sean accesibles para todos, con el objetivo de promover una vida equilibrada, y así resolver uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI. (Organización mundial de la Salud, 2021)

En España el órgano de sanidad encargado de realizar un primer contacto en personas con esta enfermedad es la atención primaria de salud (APS) la cual se define como *“el nivel básico e inicial de atención que incluye el abordaje de los problemas de salud y los factores y conductas de riesgo, siguiendo un enfoque biopsicosocial, prestados por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.”* (Ministerio de Sanidad de España, n.d.), donde nos encontramos con los profesionales de enfermería los cuales implementan intervenciones o cuidados para tratar la obesidad y así reducir su prevalencia. Aun así, cada vez más personas están siendo diagnosticadas con ella, lo cual indica que las intervenciones no están siendo efectivas y que aumenta la necesidad urgente de ocuparse de este hecho. (Martinez Ortega & Rubiales Paredes, 2010)

La obesidad, en la mayoría de las situaciones, causa diferentes complicaciones en el individuo, alterando y produciendo consecuencias en todos los sistemas y órganos del cuerpo humano, desde el sistema circulatorio hasta el reproductor o endocrino (National Heart Lung and Blood Institute, 2022) los cuales se pueden atribuir también a los malos hábitos alimentarios, la falta de actividad física, los componentes psicológicos y el entorno en el que vive la persona donde destacan las diferencias socioeconómicas, culturales y demográficas.

En los últimos años el proceso de atención de enfermería ha brindado un tipo de cuidado centrado en la parte más física o biológica de la enfermedad basando sus intervenciones en la dieta y el ejercicio que realiza el paciente, dejando de lado la parte psicosocial del problema que constituye la obesidad, planteando varias cuestiones relevantes en relación con el tratamiento de la obesidad, tales como la formación específica necesaria en esta área, las creencias acerca de los enfoques terapéuticos, la percepción subjetiva del éxito y otras. (Ramos Pino & Carballeira Abella, 2021)

La utilización del término psicosocial se vincula con el dualismo entre la realidad sociocultural externa y la realidad psicológica interna del individuo. En este contexto, una intervención y/o estrategia psicosocial busca generar condiciones favorables para el bienestar, facilitar los procesos de cambio e

involucrar activamente a las personas afectadas, maximizar los recursos disponibles, producir nuevas formas de relación social, reconocer y validar la diversidad social y cultural, entre otras. (Quintana et al., 2018) Por ello en esta investigación, se discutirá sobre las diferentes estrategias psicosociales para tratar la obesidad con la finalidad de analizar las intervenciones enfermeras actuales.

- **Marco conceptual**

- a. Definición conceptual de la obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial la cual genera un incremento en los problemas de salud y predisposición a enfermedades, también conocida como un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) o un trastorno metabólico causado por una acumulación energética, según F. Grande Covián, y resultando en un almacenamiento de depósito graso en el organismo.

Varios estudios definen y entienden la obesidad como un exceso de grasa corporal acumulada que genera un incremento en el peso global, la dificultad de medir dicha grasa ha generado que sociedades científicas como la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO), el Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos (NIH), la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras, establezcan mediciones de la grasa corporal realizando una estimación de esta mediante la recogida del índice de masa corporal (IMC), también denominado índice de Quetelet. Esta clasificación se basa en estudios que muestran que un valor elevado aumenta la probabilidad de padecer enfermedades relacionadas con la obesidad. **IMC: peso (kg) / talla<sup>2</sup> (m)**

(Darias Curvo & Campo Osaba, 2016; De la Fuente Ramos, 2017)

- b. Epidemiología

La obesidad se ha identificado como un grave problema de salud pública a nivel mundial, tendiendo a ser mayor en los países más ricos de Europa, América del Norte y Oceanía. En la actualidad las tasas de individuos con sobrepeso y obesidad se han triplicado desde 1975 y continúan creciendo de manera exponencial debido al aumento de la vida sedentaria, alcanzando casi un 60% de la población en los países de la región europea, haciendo que se pase a hablar de ella en términos de pandemia. Se ha observado que el sobrepeso se encuentra de manera más frecuente en hombres (63%) que en mujeres (54%) y la obesidad por otro lado más en mujeres (24%) que en hombres (22%), destacando que estos números comienzan a subir una vez la persona alcanza los 19 años de edad. (Boutari & Mantzoros, 2022; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022)

La tendencia ascendente de la obesidad durante las últimas dos décadas ha hecho que en España se comience también a hablar ya de una epidemia donde más de la mitad de los españoles adultos tienen sobrepeso u obesidad. Este hecho último puede acortar la esperanza de vida de una persona y también puede representar una carga económica significativa para los sistemas de salud. Se estima que los costos directos e indirectos relacionados con la obesidad representan alrededor del 9,7 % del gasto en salud, lo que equivale a que cada ciudadano en España paga 265 euros adicionales de impuestos al año para cubrirlos. (OECD, 2019) Para el año 2019, el observatorio global de obesidad estimaba que en España un 53,8% de los adultos mayores de 18 años padecía de sobrepeso u obesidad, destacando

un porcentaje ligeramente mayor en hombres, 16,6%, frente al 15,3% de las mujeres en lo que se refiere solo a obesidad, siendo esta diferencia mayor cuando se habla de sobrepeso. En comparación con el año 2017, se puede decir que ha habido una ligera disminución de la incidencia de personas obesas donde en hombres la prevalencia era de un 18,2% y en mujeres de un 16,7%, aun así, continuamos hablando de numero alarmantes de población que no se encuentra en un peso saludable.(World Obesity Federation, 2019) Gracias a estos datos se ha podido percibir que España no entra dentro del modelo mundial en lo que se refiere a la distribución de la obesidad por géneros.

### c. Historia de la obesidad

La obesidad es un concepto que existe desde hace siglos en la sociedad, se trataba de un fenómeno muy poco frecuente, pero a medida que iban pasando los años, la relación con la conducta alimentaria del hombre fue cambiando de algo que era necesario para vivir a ser integrado en la cultura.

La biología del cuerpo humano es la responsable de que al hombre le atraigan alimentos ricos en proteínas, lípidos y sobre todo azúcares, ya que son grandes fuentes de energía para el organismo, por lo que no es de extrañar que las personas se sientan atraídas de manera más notable a este tipo de alimentos, destacando los de sabor dulce sobre otros sabores, por el simple hecho de que la glucosa es un nutriente que no cuesta metabolizar y transformar en energía para el cuerpo. Este hecho biológico se traduce a la sociedad con la introducción del azúcar en la alimentación a principios de la Edad Media, durante esta época era un bien escaso por lo que se convirtió en un lujo y en un símbolo de estatus social, de allí el hecho de que la “obesidad” estuviera de moda e incluso se podía observar en el arte de la época, ya que significaba tener cierto poder adquisitivo y buen nivel de vida. Este suceso se mantuvo también durante la Edad Moderna.

En el siglo XVIII, se observó un gran cambio de esta situación, el azúcar ya no era escaso, sino que multiplicó su abundancia 10 veces, y se amplió y modificó su uso. Al ser más accesible, su consumo también aumentó, causando un desequilibrio aún más apreciable entre el consumo y el gasto energético del ser humano, introduciendo un tipo de vida diaria que daría lugar a la obesidad.

En el siglo XXI, con la industrialización del alimento, este problema no ha hecho más que agravarse, los dulces son más accesibles que nunca y el consumo se ha convertido en un negocio que mueve millones en capital. La industria alimentaria incita a comer para poder ganar más dinero, y esto lo realiza de múltiples maneras, entre las cuales encontramos la promoción de dos estereotipos muy conocidos. “estar delgado es símbolo de salud” y “estar gordo es símbolo de enfermedad”, aprovechando estas nociones, por un lado, vende alimentos naturales que “no engordan”, y por otro lado vende alimentos que son cada vez más apetecibles. A esto se le suma el hecho de que han conseguido eliminar también la temporalidad de los alimentos casi por completo procesándolos con

aditivos, conservantes, colorantes... lo cual trae consigo uno de los problemas más actuales en relación con el tema, la sobrealimentación, provocando un auge en personas con obesidad y su mención en el campo sanitario, consiguiendo la obesidad ser referida como enfermedad relacionada con el modo de vida por la OMS en marzo de 1997. (Asamblea Mundial de la Salud, 1997; Lustig & Fennoy, 2022; Martínez Ortega & Rubiales Paredes, 2010)

#### d. Etiopatogenia y factores de riesgo

Por desgracia hoy en día continúa habiendo un conocimiento limitado sobre las posibles etiopatogenias de la obesidad. En el siglo pasado, se pudo observar como la búsqueda tomó dos vías distintas que acabaron convirtiéndose en dos de las hipótesis más aceptadas.

Primeramente, encontramos una hipótesis la cual apoya la existencia de un problema a nivel de almacenamiento energético producido por un problema hormonal, gracias a la endocrinología y la genética es conocida la relación de la insulina con el aumento y la pérdida de adiposidad, y como existen componentes genéticos que al verse afectados influyen en la posible causa de obesidad en algunos individuos. Los abogados de esta hipótesis por ello etiquetan la obesidad como consecuencia de una dieta muy rica en carbohidratos más que por la cantidad de comida que se ingiere, ya que los carbohidratos estimulan la liberación de insulina, la cual es responsable de que se almacene grasa en el organismo y disminuya la lipólisis.

Después nos encontramos con la hipótesis, más aceptada, que apoya la existencia de un problema a nivel de equilibrio energético, lo cual toma como principal foco de problema el control de la ingesta como forma de obtención de energía y la falta de actividad física como gasto energético. Aquí se introdujo por primera vez el concepto de "caloría", la cual se quema (gasto) o se almacena. Tras describirse este hecho, se aceptó casi de manera inmediata la necesidad de dieta y ejercicio como tratamiento de la obesidad para recuperar ese equilibrio perdido.

Más tarde, se descubrió la existencia de la leptina, que es una hormona sintetizada y secretada por los adipocitos que tomaría un papel importante en la descripción de las causas de la obesidad. Es responsable de múltiples funciones como es la de inhibir la estimulación del neuropéptido responsable del apetito, entre otros, y gracias a ella ocurren dos fenómenos que llevan a la obesidad, uno donde mucha leptina en el organismo (sin usar) indica una resistencia a ella y la presencia de una gran cantidad de grasa (adipocitos), y otra, donde un déficit en leptina también ocasiona obesidad, siendo el primer fenómeno reversible.

Lo que todas las hipótesis y descubrimientos guardan en común es que, en todos los casos de obesidad, la persona que lo padece come en exceso, por ello actualmente se conocen como factores que intervienen en la obesidad:

- Mayor consumo de alimentos hipercalóricos.
- Falta de actividad física.
- Factores de tipo genético y neuroendocrino.
- Factores ambientales: entornos obesogénicos
- Factores psicológicos, donde la obesidad puede relacionarse con la forma en que algunas personas responden a emociones como la ira, el miedo, la tristeza, la ansiedad, o la persona desarrolla un trastorno alimentario como es el trastorno por atracón (TPA), este se define como un trastorno de la conducta alimentaria, característico de la personas que tienen obesidad, en el que pierden control sobre lo que comen adoptando un comportamiento compulsivo de atracones; se diferencia de la bulimia en que no va acompañado de conductas de purga como pueden ser los vómitos o la ingesta de laxantes. (Cuadro et al., 2015)

(Lustig et al., 2004; Lustig & Fennoy, 2022; Martínez Ortega & Rubiales Paredes, 2010; NAOS & Salgado Méndez, 2011; Niño Martín, 2019)

#### e. Diagnóstico de la obesidad

Para poder diagnosticar a una persona con obesidad, se ha observado que la manera más efectiva de hacerlo fue encontrar formas de determinar la cantidad de grasa corporal que el individuo tenía. A lo largo de los años se han elaborado o descubierto técnicas que facilitan esta información, entre las cuales encontramos: la resonancia magnética, bioimpedancia eléctrica o tomografía axial computarizada, entre otros. Estas técnicas, sin embargo, son caras de realizar y además son difíciles para poder ser implementadas en el uso diario de la práctica clínica, por lo que hoy en día se emplea una alternativa en la cual se estima la grasa corporal de la persona recogiendo sus medidas antropométricas y calculando un índice conocido como índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, inventada por un astrónomo y estadístico belga llamado Adolphe Quetelet en 1832.

Quetelet aplicó su interés por el cálculo de probabilidades al estudio de las características físicas humanas, lo cual le permitió desarrollar este índice tan comúnmente conocido dividiendo el peso en kg entre la talla o altura en metros al cuadrado de la persona, representada a continuación:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$$

Además del IMC, también se realiza la medida del perímetro abdominal, el cual es indicativo de la presencia de grasa abdominal y visceral en la persona, en adultos se considera patología u obesidad en este caso, si en varones el perímetro supera los 102 cm y en mujeres si supera los 88 cm.

Todo ello se realiza cuando la persona acude a un servicio de atención sanitaria donde se podrán descubrir datos que den más información realizando una correcta anamnesis, una correcta exploración física, momento en el determinamos el IMC y el perímetro abdominal, y en el caso en que

fuese necesario, pruebas complementarias como la analítica básica, la cual incluye un hemograma, un bioquímico básico y un perfil hepático, lipídico y úrico. (Darias Curvo & Campo Osaba, 2016; Eknoyan, 2008)

#### f. Clasificación y tipos de obesidad

Existen diversas maneras de clasificar la obesidad, entre las más conocidas se hayan:

- Según la anatomía:
  - Obesidad hiperplásica: suponen una gran cantidad de células grasas, pero de tamaño normal.
  - Obesidad hipertrófica: suponen un gran tamaño de células grasas, pero de cantidad normal.
- Según su distribución en el cuerpo:
  - Ginoide o periférica (forma de pera): la grasa se acumula a nivel de glúteos y muslos, más típicamente visto en mujeres.
  - Androide o central (forma de manzana): la grasa se acumula a nivel central o abdominal, más típicamente visto en hombres.
- Según si es de origen orgánico o es secundaria de otro proceso patológico:
  - Neuroendocrinas: obesidad hipotalámica, obesidad hipofisaria y suprarrenal, hipotiroidismo, hiperinsulinismo...
- Según si ha sido causada por la ingesta de fármacos como glucocorticoides, valproato sódico, estrógenos y progestágenos o antidepresivos
- Según si ha sido causada por trastornos psicológicos como la bulimia reactiva
- Según la cantidad de grasa, la cual es la más empleada en la práctica clínica. En ella existen grados según la cantidad de grasa que posea la persona, se comienza a hablar de grados de obesidad en el momento en que el IMC de la persona supera los 30 kg/m<sup>2</sup>. *(anexo 1)* (*Abordaje de La Obesidad*, n.d.; Darias Curvo & Campo Osaba, 2016; Martínez Ortega & Rubiales Paredes, 2010; SEEDO Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 2000)

#### g. Consecuencias para la salud

La obesidad puede tener graves consecuencias para la salud y diversas comorbilidades derivadas, definiendo esta última como aquella situación clínica que aumenta el riesgo de incapacidad y de mortalidad en las personas.

- Obesidad y diabetes tipo 2: es la asociación más común, y el riesgo de desarrollar diabetes aumenta a medida que aumenta el índice de masa corporal (IMC). Esto se debe a que la

obesidad puede aumentar los ácidos grasos libres en la sangre, lo que disminuye la captación de insulina a nivel hepático y favorece la producción de glucosa. A su vez, esto puede generar una hiperrespuesta pancreática que conduce a un aumento de la producción de insulina, lo que puede resultar en una hiperinsulinemia ineficaz y un aumento de los niveles de glucemia en sangre.

- Obesidad y dislipemia: los pacientes obesos a menudo presentan niveles elevados de colesterol total, colesterol LDL, lipoproteínas asociadas a Apo B y triglicéridos, y niveles reducidos de colesterol HDL.
- Obesidad y enfermedades cardiovasculares: la obesidad se considera un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades coronarias isquémicas y accidentes cerebrovasculares. Los pacientes obesos también pueden presentar hipertensión arterial, hipertrofia ventricular e insuficiencia cardíaca.
- Obesidad y trastornos digestivos: la esteatosis hepática no alcohólica es la comorbilidad digestiva más común en pacientes obesos, y puede degenerar en cirrosis en algunos casos. La litiasis biliar, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la hernia hiatal también son comunes.
- Obesidad y trastornos del sueño: el aumento de la masa grasa en el tórax puede facilitar la aparición del síndrome de apnea del sueño (SAOS).
- Obesidad y cáncer: varios estudios han demostrado que la pérdida de peso puede beneficiar a pacientes con tumores como el de mama, endometrio, colon, riñón y esófago.
- Obesidad y aparato locomotor: los pacientes obesos tienen un mayor riesgo de desarrollar artrosis, especialmente en las articulaciones de la cadera y la rodilla que soportan una mayor carga.
- Obesidad y mujer: los trastornos del ciclo menstrual, la infertilidad, la incontinencia urinaria y el aumento del vello corporal debido a la producción excesiva de andrógenos son comunes en mujeres obesas.

(Darias Curvo & Campo Osaba, 2016; De la Fuente Ramos, 2017)

#### h. Tratamientos de la obesidad

Al igual que la etiopatogenia, tratar la obesidad también supone un reto para la sanidad pública a nivel mundial, ya que es una enfermedad que se multiplica cada año que pasa. Las intervenciones se llevan a cabo a través de escalones de actuación, donde, cuando es necesario, se abordan también las enfermedades asociadas a la obesidad como pueden ser la HTA o diabetes, pero, por lo general, se

desarrolla implementando cambios en el estilo de vida como primer paso, en caso de que no funcione comenzar con un tratamiento farmacológico y, como último recurso, la cirugía.

En el escalón inicial se consigue solucionar la mayoría de las obesidades, se precisa de un seguimiento durante un largo periodo de tiempo para que la persona afiance los cambios realizados, se modifica la dieta, se impulsa a la persona a realizar ejercicio físico y si es necesario se proporciona a la persona con apoyo psicológico, ya que muchas veces supone un proceso duro.

Dietas hipocalóricas moderadas y equilibradas: Dependiendo de la bibliografía que se revise, algunos datos pueden variar, pero no más de algunos puntos; este tipo de dieta busca dejar a la persona con un balance energético negativo durante un tiempo prolongado donde perderá gran parte del peso sobrante y más tarde, pasar a una dieta normocalórica de por vida, ya que la obesidad como tal no desaparece, simplemente se aprende a controlar.

Para poder conseguir esto, se elaboran dietas personalizadas que sean asequibles para la persona con el objetivo de que pierdan un 10% de su peso en 6 meses o, lo que es lo mismo, 0'5-1kg por semana, además dependiendo del IMC de la persona, la dieta tendrá más o menos calorías, para personas con un IMC entre 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> las dietas son de 1200 a 1500 kcal, mientras que para personas con un IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup> es de 1000 kcal. Aun así, lo que todas comparten es que suponen un menor consumo de grasas (30%), mayor aporte proteico (15-20%) y un consumo controlado de hidratos de carbono (55%) en la dieta. Para ayudar con este cambio, existen muchas tablas que exponen a cuantas calorías equivalen las diferentes raciones de alimentos que entran dentro de la dieta de la persona, que facilita contar las calorías ingeridas y no sobrepasarse, además de contar también con suplementos alimentarios que también pueden ayudar a este control, pero deben ser aprobadas para el consumo por la FAO o la AESAN, por ejemplo.

Ejercicio físico: Aquí existen dos ejemplos de pauta de ejercicio que son comunes a la gran mayoría de literatura revisada, por un lado, empezar con 60 minutos de ejercicio moderado 5 días a la semana y cuando se llegue a una fase de mantenimiento pasar a 30 minutos, y, por otro lado, directamente empezar y mantener 35 a 45 minutos de ejercicio moderado 5 días a la semana. Entre los ejercicios recomendados están subir escaleras, nadar y esquiar entre otros, los cuales son de mayor coste calórico cuanto mayor sea el peso en comparación con otros ejercicios.

Apoyo psicológico: En el caso de que fuera necesario, se le puede proporcionar a la persona apoyo psicológico, que de manera más común se lleva a cabo a través de la terapia conductual-motivacional y terapia de grupo, donde se emplean la entrevista psicosocial tanto a la persona como a su familia, cuestionarios de autorregistro de la comida y el ejercicio de la semana o periodo hasta la siguiente sesión, y cuestionarios de compañero a compañero durante las sesiones.

Se pasa a emplear, además de la dieta y el ejercicio, un tratamiento farmacológico cuando lo anteriormente descrito ha resultado no ser suficientemente efectivo en la persona, dentro de los fármacos más empleados para tratar la obesidad encontramos:

- Orlistat: es inhibidor de la lipasa gástrica y pancreática que es capaz de reducir la absorción de grasa.
- Liraglutida: es un análogo del glucagón que estimula la liberación pancreática de insulina y ralentiza el vaciado gástrico.
- Mysimba: es una combinación de fármacos (naltrexona y bupropión) que potencian el gasto calórico y reducen el apetito y por consiguiente la ingesta.

Y, por último, cuando también falla el tratamiento farmacológico, se recurre a la cirugía, la cual solo queda reservada a personas con un tipo de obesidad grave, ya que la intervención quirúrgica de cualquier tipo tiene riesgos asociados; están la cirugía bariátrica o el balón gástrico por vía endoscópica los cuales se realizan, además de otros muchos tipos, si la persona cumple los requisitos de ser intervenido, siendo la última una opción que no es permanente. (Darias Curvo & Campo Osaba, 2016; Martínez Ortega & Rubiales Paredes, 2010; Niño Martín, 2019)

#### i. Psicología de la obesidad

Dentro de la psicología de la obesidad se puede decir que está relacionada con trastornos psicológicos, ya sea como un factor de riesgo, como una expresión sintomática de otras condiciones patológicas, o como la consecuencia final de regulaciones homeostáticas y adaptativas asociadas a trastornos psicopatológicos.

También abarca el estudio de los aspectos psicológicos y emocionales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Entre los factores psicológicos que se han relacionado con la obesidad se encuentran el estrés, la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, los trastornos alimentarios y los patrones de pensamiento disfuncionales en torno a la comida y el peso corporal. Además, se ha observado que las personas obesas pueden experimentar discriminación y estigmatización, lo que puede afectar su autoestima y aumentar su estrés emocional.

En la psicología de la obesidad, se han desarrollado diferentes enfoques para el tratamiento de la obesidad que incluyen intervenciones cognitivo-conductuales, terapia psicológica individual o grupal, terapia familiar y programas de modificación de conducta alimentaria. Estos enfoques tienen como objetivo abordar los factores psicológicos subyacentes que pueden estar contribuyendo al aumento de peso y ayudar a las personas a desarrollar estrategias efectivas para controlar su bienestar emocional.

Las intervenciones de la terapia cognitivo-conductual se centran en la conducta alimentaria del paciente y en modificar los factores de vida que contribuyen a la obesidad. Las intervenciones terapéuticas clave incluyen la motivación y la educación psicológica, técnicas conductuales, reestructuración cognitiva, imagen corporal, autoestima, impulsividad, demandas afectivas, resolución de problemas y sintomatología depresiva. También se trabajan las habilidades de autocontrol y las habilidades sociales, con el objetivo de que el paciente pueda descubrir nuevas conductas que le permitan lograr un mayor bienestar y eficacia en su vida diaria. Por otro lado, la terapia psicológica grupal puede proporcionar una sensación de comunidad y apoyo que puede ser beneficiosa para el bienestar emocional y mental a largo plazo. (De la Vega Morales & Cruz Hernández, 2018; Guillén Riebeling, 2014)

#### j. Intervenciones de enfermería

Debido a su proximidad y fácil acceso a la población, la enfermería, especialmente la enfermería familiar y comunitaria, se convierte en uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la obesidad. Los objetivos que se han establecido para los equipos de atención primaria en relación con el sobrepeso y la obesidad son promover la pérdida de peso, mejorar los factores de riesgo, mantener el peso, prevenir la recuperación del peso perdido a largo plazo, fomentar un estilo de vida activo y mejorar la calidad de vida. Algunas intervenciones psicosociales incluyen la promoción de un cambio de conducta a través de la terapia de conducta donde refuerza la consolidación del cambio que se implementa para alcanzar los objetivos preestablecidos y garantiza que el paciente pueda lograr sus objetivos personales de manera autónoma, la reafirmación del cambio autodirigido y el uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo, donde destacan los grupos de apoyo, estos representan una estrategia innovadora para fortalecer la sostenibilidad de la pérdida de peso, ya que la participación activa e informada del paciente, así como su interacción y el intercambio de experiencias con otros que padecen las mismas condiciones, fomentan cambios conductuales, y facilitan la expresión de sentimientos como prejuicios, autocrítica, desánimo e inadaptación social, inseguridad, aislamiento social y dificultades para mantener relaciones. Destacando que las intervenciones enfermeras para la obesidad suponen un proceso complejo que implica educación, asesoramiento y apoyo continuo, incluyendo una variedad de programas que van desde consejos sobre hábitos saludables, comparaciones entre la eficacia de la intervención motivacional y el tratamiento dietético con ejercicio, hasta intervenciones en línea para el control del peso.

Entendiendo que la atención primaria es el nivel básico e inicial para abordar y continuar de manera colaborativa con el paciente el tratamiento de la obesidad y que el profesional de enfermería se presenta como el agente clave para catalizar el proceso de cambio. Todo ello gracias a su cercanía con

el paciente, su conocimiento del entorno familiar y social, su comprensión del territorio y su capacidad para establecer un plan de cuidados individualizado en línea con las nuevas directrices. Además, en enfermería se busca innovar y mejorar las posibilidades asistenciales, promoviendo una consulta ágil y adaptada a las nuevas necesidades, incluyendo actividades que fomenten la autonomía del paciente, asumiendo la responsabilidad de su proceso de salud y educando a la población en el autocuidado.

Para garantizar que se brinde atención de calidad y se cumplan los objetivos de cuidado del paciente, se establecen cinco fases clave:

1. Valoración: identificar las necesidades y problemas del paciente que guíen la planificación y consecución de cuidados basados en la promoción, prevención y recuperación de la salud. En cuanto a la obesidad se ve reflejada en la necesidad de comer y beber, según el modelo de Virginia Henderson, aunque está tiene un impacto en otras necesidades, tales como la necesidad de moverse o la de comunicación.
2. Diagnóstico: supone un juicio clínico a consecuencia de la valoración focalizada, englobando el problema o riesgo identificado con las características definitorias. Estableciendo de la siguiente manera, según la NANDA International, Inc. (NANDA-I) (NANDA International, 2021) diagnósticos como: [00232] Obesidad, problema en el cual un individuo acumula un nivel excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso.
3. Planificación: desarrollar estrategias para abordar los diagnósticos encontrados, incluyendo objetivos específicos e intervenciones. La Nursing Interventions Classification (NIC) (Butcher et al., 2019), es una clasificación completa de las intervenciones enfermeras, el campo que agrupa la mayoría de las intervenciones psicosociales es el campo 3: Conductual, configurado por 6 clases y 137 intervenciones, con la intención de establecer metas realistas y alcanzables, como la modificación de la conducta, la ayuda en la modificación de sí mismo y los grupos de apoyo. Las 6 clases del área psicosocial son; Clase 1: Terapia conductual, Clase 2: Terapia cognitiva, Clase 3: Potenciación de la comunicación, Clase 4: Ayuda para el afrontamiento, Clase 5: Educación de los pacientes y Clase 6: Fomento de la comodidad psicológica.
4. Implementación: llevar a cabo las intervenciones de enfermería, para solventar los diagnósticos o problemas del paciente, es decir, hacer uso de las estrategias psicosociales.
5. Evaluación: evaluar el éxito y si se han alcanzado los objetivos establecidos, además de proporcionar apoyo y seguimiento al paciente, y en caso de no cumplir con ellos, seguir reevaluando hasta lograrlos.

(Elsevier B. V, 2023; Fernández Ruiz, 2018)

- **Pregunta de investigació**

“¿Cuáles son las intervenciones enfermeras psicosociales utilizadas para abordar la obesidad en personas adultas?”

- **Objetivos**

- a. **General**

- Identificar las intervenciones enfermeras que se realizan para el abordaje psicosocial de la obesidad.

- b. **Específicos**

- Analizar la eficacia de los diferentes tipos de intervenciones enfermeras
  - Identificar las nuevas tecnologías en el tratamiento de la obesidad

- **Metodología**

Se realizó una búsqueda bibliográfica narrativa elaborada en febrero de 2023, sintetizando investigaciones y artículos para proporcionar una visión actual de la obesidad y realizar una valoración crítica de otros estudios, situando el tema en su contexto. (Guirao Goris, 2015) Analizando, evaluando e interpretando el conocimiento existente sobre la obesidad mediante los siguientes descriptores: enfermería, obesidad, tratamiento, entorno, terapia conductual y grupos de apoyo (Tabla 1), y la unión con el operador booleano AND, en las bases de datos: Web of Science Complete (WOS), Scopus, Cinahl y Dialnet (Tabla 3).

Los criterios de selección de los artículos fueron: la búsqueda de evidencia en los 10 años últimos de publicación, personas adultas entre 18-65 años, los idiomas español e inglés y el acceso a texto completo. (Tabla 2) Además, de que las investigaciones incluyesen la obesidad, que los artículos evaluaran las intervenciones psicosociales enfermeras y que la evidencia encontrada valorase la eficacia de los diferentes tipos de intervenciones y la identificación de nuevas tecnologías en el tratamiento de la obesidad. Se realizó una lectura crítica de los artículos seleccionados y cuando aparecieron dudas de la idoneidad de incluir o no un determinado artículo, se consensó entre las autoras del TFG.

Finalmente, una vez terminada la fase anterior de búsqueda, se procedió a una segunda fase de búsqueda bibliográfica dirigida, donde se incluyeron todos aquellos artículos que resultaron de gran relevancia para responder a la pregunta de investigación "¿Cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas para tratar la obesidad en personas adultas?".

○ Descriptores de lenguaje empleados:

En la recopilación de literatura en Ciencias de la Salud es crucial el uso de descriptores, términos que se encuentran autorizados para su uso en las bases de datos a través de sus tesauros como MeSH y DeCs. Ayudando en la selección de palabras clave controladas para facilitar la búsqueda tal como se indica en la tabla 1.

Lenguaje normal	Términos MeSH (NLM et al., n.d.)	Términos DeCs (BIREME, 2023)
1. Enfermería	1. <a href="#">Nursing D009729</a>	1. <a href="#">Enfermería</a>
2. Obesidad	2. <a href="#">Obesity D009765</a>	2. <a href="#">Obesidad</a>
3. Tratamiento	3. <a href="#">Therapeutics D013812</a>	3. <a href="#">Terapéutica</a>
4. Entorno	4. <a href="#">Environment D004777</a>	4. <a href="#">Ambiente</a>
5. Terapia Conductual	5. <a href="#">Cognitive Behavioral Therapy D015928</a>	5. <a href="#">Terapia cognitiva-conductual</a>
6. Grupos de apoyo	6. <a href="#">Self-help groups D012657</a>	6. <a href="#">Grupos de autoayuda</a>

Tabla 1. Descriptores de lenguaje

○ Criterios de inclusión y exclusión definidos:

La búsqueda bibliográfica se limita a través de criterios de selección para todas las bases consultadas que sirven para afinar de la forma más pertinente y coherente los resultados, como se menciona en la tabla 2.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intervalo de publicación: últimos 10 años (2012-2022).</li> <li>● Free full text.</li> <li>● Personas adultas 18-65 años</li> <li>● Idiomas: español e inglés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mujeres embarazadas.</li> <li>● Literatura donde el tema principal no es el objeto de nuestro estudio.</li> <li>● Revisiones bibliográficas.</li> </ul>

Tabla 2. Criterios de selección

● **Resultados**

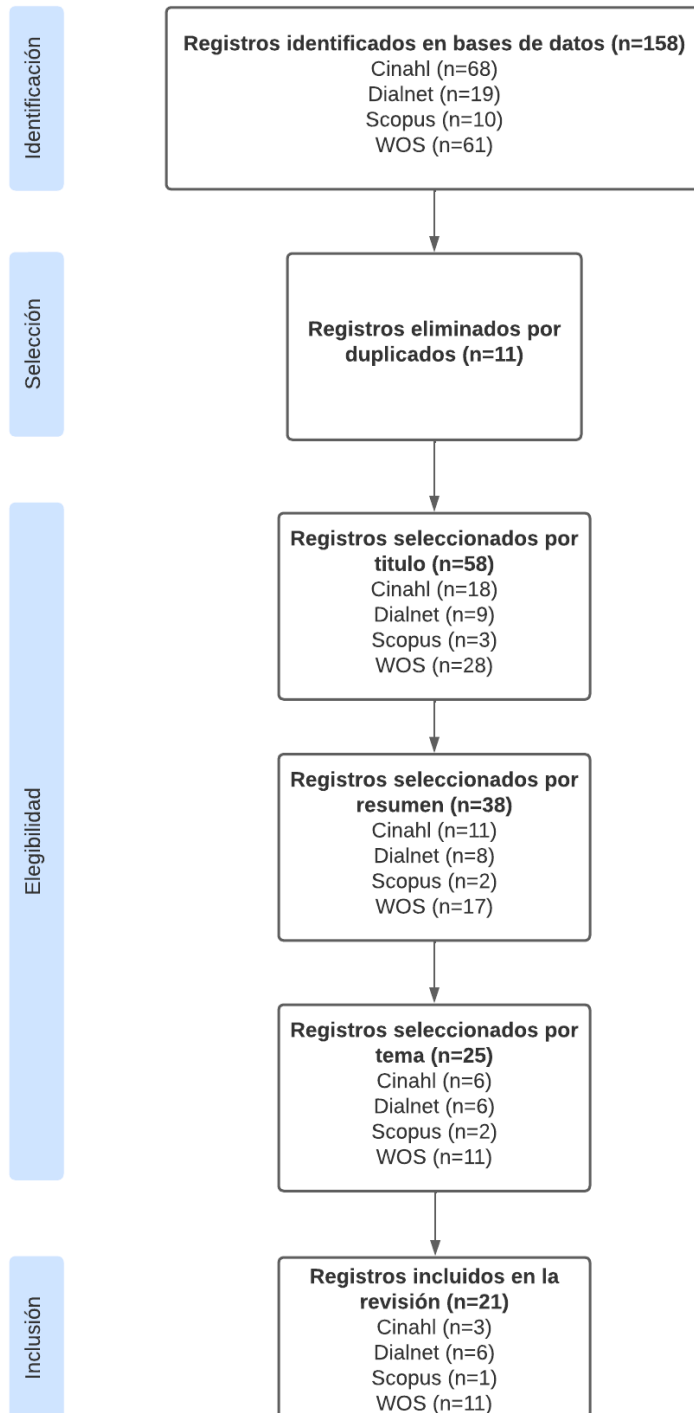
○ Estrategia de búsqueda:

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Nº docs hallados	Filtros aplicados	Nº docs cogidos
Cinahl (online)/E	Obesity AND cognitive behavioural therapy	165	Full text, 2012-2022,	25
	Obesity AND self-help groups	20		8

BSCOhost	Nursing AND obesity AND Environment	221	language: English	35
Dialnet plus	Obesidad AND terapia cognitiva-conductual AND enfermería	6	Texto completo, 2010-2019, Idioma: español	4
	Grupos de autoayuda AND obesidad	5		4
	Obesidad AND enfermería AND terapéutica	30		11
WOS	Nursing AND cognitive behavioural therapy AND obesity	50	Open access, 2012-2022, Idioma: English	26
	Obesity AND therapeutics AND cognitive behavioural therapy	14		9
	Obesity AND cognitive behavioural therapy AND environment	55		26
Scopus	Nursing AND obesity AND cognitive AND behavioural AND therapy	21	All open access, 2012-2022, Idioma: English	6
	Nursing AND obesity AND therapeutics	5		1
	Self-help AND groups AND environment AND obesity	7		3

Tabla 3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

○ Diagrama de flujo:



- Tabla de descripción de documentos seleccionados

Autor, año, país	Título	Objetivo	Metodología	Resultados y/o conclusión
Paniagua Urbano J.A., 2017, España  (Paniagua-Urbano, 2017)	Impacto del programa interdisciplinar I <sup>2</sup> AO <sup>2</sup> liderado por enfermería sobre la obesidad y comorbilidad	Determinar la eficacia y efectividad del programa I <sup>2</sup> AO <sup>2</sup> sobre la obesidad, comorbilidad metabólica y psicológica asociada y su repercusión en la calidad de vida a corto (6 meses), medio (12 meses) y largo plazo (24 meses).	Estudio: analítico, longitudinal, ambispectivo, experimental, cuantitativo  Muestra: un grupo aleatorio de 74 hombres y mujeres obesos y con sobrepeso (grupo experimental, n = 37; grupo de control, n = 37)  Intervención: se aplicó un programa interdisciplinario (actividad física, terapia cognitivo-conductual y manejo dietético) de 12 meses -con medidas en pretest, 6 meses, 12 meses y 1 año de seguimiento-coordinado por la enfermera.	El grupo experimental se sometió a un programa durante 12 meses con abordaje integral e interdisciplinar. La intervención física consistió en cuatro sesiones semanales de actividad física durante cuarenta minutos; se iniciaba con ejercicios de estiramiento seguidos de treinta minutos de trabajo aeróbico con una etapa de recuperación, dirigidos por el monitor de CAFD. Los psicólogos realizaron una sesión mensual de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), con sesenta minutos de duración, basado en técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y entrenamiento de habilidades, entre otras. Las enfermeras se encargaron de la Educación para la salud, manteniendo una sesión mensual de sesenta minutos dedicada al abordaje de la obesidad y su comorbilidad, profundizando en la modificación de hábitos erróneos y, la elección y elaboración de menús saludables. El médico y la nutricionista llevaron conjuntamente la evaluación clínica y nutricional del paciente, vigilando las interacciones fármaco-nutrientes y supervisando cualquier desequilibrio o reacción adversa que pudiese ocurrir. Los pacientes asignados al grupo control fueron visitados únicamente con la finalidad de exploración y recogida de datos de las diferentes variables de investigación, manteniendo las recomendaciones habituales por sus profesionales de Atención Primaria (AP), sin participar en el programa objeto de análisis. El programa I <sup>2</sup> AO <sup>2</sup> mostró un efecto beneficioso sobre todos los parámetros antropométricos evaluados. Las pruebas de peso (F3; 216 = 79,99; p <0,001) e índice de masa corporal (F3; 216 = 77,47; p <0,001) indican una gran eficacia de intervención: el grupo

				<p>experimental tuvo una pérdida de peso de 7,2 kg (-8,3%), en comparación con una ganancia de 0,9 kg (+ 1,0%) en el grupo control. También hubo una respuesta positiva de las comorbilidades metabólicas en el grupo de intervención. El programa interdisciplinario ha mejorado significativamente la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), tanto en parámetros de salud física como en salud mental. El análisis de ansiedad muestra que no hay efecto de la intervención sobre S-STAI (<math>F_2, 144 = 0,246, p = 0,782</math>), que ha aumentado en ambos grupos. Sin embargo, hay un efecto en T-STAI (<math>F_2; 144 = 8,872; p &lt; 0,001</math>), que sólo aumenta en el grupo de control.</p>
Castañeda-Sánchez O. et al, 2015, México	Impacto de un grupo de autoayuda en el manejo del síndrome metabólico (Castañeda-Sánchez et al., 2015)	Evaluar el impacto de un grupo de autoayuda en pacientes con síndrome metabólico en una unidad médica del Instituto Mexicano del Seguro Social	Estudio: analítico, longitudinal, ambispectivo, experimental, cuantitativo  Muestra: dos grupos de pacientes con criterios de síndrome metabólico, uno experimental y otro de control, conformados por 32 pacientes cada uno  Variables: datos sociodemográficos, estilo de vida, cuadro clínico, perfil biofísico y criterios de síndrome metabólico.	Se estudiaron dos grupos conformados por 32 pacientes cada uno, con 71.9% de mujeres en el experimental y 53.1% en el de control. La reducción del peso y circunferencia de cintura resultaron significativas en el grupo experimental ( $p \leq 0.05$ ). La evaluación de la capacitación fue de 100%; la metabólica fue menor a 80%, pero la diabetes e hipertensión obtuvieron resultados significativos ( $p \leq 0.05$ ). Concluyendo que existe un impacto positivo respecto al control de las enfermedades que componen el síndrome metabólico en pacientes que asisten a grupos de autoayuda. La participación activa e informada del paciente y su interacción e intercambio de experiencias con otros que portan los mismos padecimientos, facilitan cambios conductuales favoreciendo el control de sus enfermedades, así como el apego farmacológico y no farmacológico otorgado por el grupo multidisciplinario de la salud, a diferencia de aquellos que solo asisten a su consulta normal.
Suriá Martínez R. et al, 2011,	Grupos de apoyo virtuales dedicados a	Estudiar la presencia diferencial en internet de foros	Estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional, cuantitativo	Existe una tendencia creciente en la aparición de nuevos foros de Internet para problemas de salud. Los resultados indican que enfermedades como la obesidad, el SIDA, la anorexia, la ansiedad y el cáncer parecen los más tendentes a

España	problemas de salud: estudio de su tipología y análisis de su representatividad (Martínez & Vázquez, 2011)	dirigidos a pacientes en función del problema de salud y de la naturaleza o tipo de foro y averiguar si el patrón de representatividad de determinados problemas de salud en los foros de Internet es reflejo del encontrado en los grupos de apoyo tradicionales.	Instrumento de medida: cuantificar los foros de internet dedicados a diferentes problemas de salud y grupos de apoyo tradicionales.	contar con grupos de autoayuda en la red. Indagando sobre cuáles pueden ser las variables que influyen en la proliferación de unos grupos virtuales y no de otros, se plantean ciertos aspectos: la accesibilidad y rapidez, la prevalencia de la enfermedad, la naturaleza del foro y otras variables como las características propias de la enfermedad, por el resultado del tratamiento, por la escasa información que se tenga de la enfermedad o por otros aspectos que dificultan o imposibilitan la asistencia a otras formas de apoyo y que favorecen la búsqueda de medios menos presenciales y más anónimos. Concluyendo estos resultados nos sugieren que los grupos de enfermedades antes nombrados, ya sea cara a cara o a través de la red, son propensos a buscar apoyo.
Fernández Ruiz V., 2018, España	Síndrome metabólico: análisis poblacional, evaluación del tratamiento integral y propuesta de nomenclatura enfermera (Fernández Ruiz, 2018)	Ampliar la atención y mejora de la práctica enfermera en pacientes con síndrome metabólico (SM), aportando un diagnóstico NANDA, un resultado NOC e intervenciones enfermeras NIC para pacientes	Estudio: analítico, longitudinal, ambispectivo, experimental, cuantitativo  Muestra: 74 sujetos diagnosticados de obesidad.	En el ensayo clínico aleatorio se encontró una reducción progresiva y significativa para todos los parámetros clínicos, bioquímicos y antropométricos analizados en diferentes momentos. En el grupo experimental (GE), se observó una remisión del 48.1% de SM a corto plazo (83.8% en el mediano plazo), mantenida 12 meses después de la intervención. A diferencia del grupo control (CG), que aumentó la prevalencia en un 2,7% desde la evaluación inicial hasta la finalización del estudio. Se observó una tendencia similar para el RCV: el 100% de los integrantes del GE presentaron un riesgo de moderado a bajo después de 24 meses, en comparación con el GC que presentaba sujetos clasificados en todas las categorías de RCV. En el estudio retrospectivo, se encontró una reducción progresiva y estadísticamente significativa del SM y de todos los parámetros bioquímicos como consecuencia de la cirugía, excluyendo el

		<p>con este síndrome. Evaluar la eficacia de un programa interdisciplinario, dirigido por enfermeras, en relación con la SM y el riesgo cardiovascular (RCV). Determinar la eficacia de las cirugías e influencia de estas en la comorbilidad psiquiátrica y el RCV en la población de estudio.</p>		<p>colesterol de las lipoproteínas de alta densidad, que incrementó significativamente el valor. Además, el RCV mostró una tendencia idéntica, según la cual, todos los sujetos se clasificaron como de bajo riesgo durante la evaluación final. Se presenta la publicación de un diagnóstico de NANDA para etiquetar pacientes con SM, un resultado de NOC para objetivar las variaciones analíticas implicadas en él, intervenciones enfermeras indicadas en las alteraciones de las patologías involucradas en esta entidad metabólica. En base a las últimas ediciones publicadas de nomenclatura de enfermería se podría establecer como diagnósticos enfermeros relacionados con el trastorno metabólico: estilo de vida sedentario (00168), mantenimiento ineficaz de la salud (00099), disposición para mejorar la nutrición (00163), obesidad (00232), sobrepeso (00233), riesgo de sobrepeso (00234), riesgo de nivel de glucemia inestable (00179), riesgo de deterioro de la función cardiovascular (00239), entre otros; para planificar los cuidados se propondrán diferentes resultados NOC, tales como: equilibrio electrolítico (0606), equilibrio en el estilo de vida (2013), estado cardiopulmonar (0414), estado nutricional: determinación de bioquímicas (1005), estado nutricional (1004), estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009), peso: masa corporal (1006), conducta de pérdida del peso (1627), conducta de adhesión (1600), conducta de adhesión: dieta saludable (1621), conducta de cumplimiento: actividad prescrita (1632), conducta de cumplimiento: dieta prescrita (1622), conocimiento: estilo de vida saludable (1855), conocimiento: actividad prescrita (1811), conocimiento: dieta saludable (1854), conocimiento: control de la diabetes (1820), conocimiento: control de la hipertensión (1837), conocimiento: manejo del peso (1841), participación en el ejercicio (1633), entre otras (NOC, 2013); y las intervenciones NIC propias del cuidado como por ejemplo: manejo de los electrolitos (2000), monitorización nutricional (1100), manejo de la</p>
--	--	---	--	--

				medicación (2380), fomento del ejercicio (0200), enseñanza: ejercicio prescrito (5612), enseñanza: dieta prescrita (5614), terapia nutricional (1120), manejo de la nutrición (1100), manejo de la hiperglucemia (2120), manejo de la hipoglucemia (2130), manejo del peso (1260), asesoramiento nutricional (5246), ayuda para disminuir el peso (5660), etapas en la dieta: cirugía para la pérdida de peso (1024), entre otras.
Pastor Monerri A., 2013, España	Recursos y herramientas en la educación terapéutica para el abordaje de la obesidad (Monerri, 2013)	Establecer las diferencias existentes entre educación para la salud (EpS) y educación terapéutica (ET), introduciendo los métodos educativos de la ET y los recursos y herramientas más frecuentes que se pueden encontrar para la promover el autocuidado, la autogestión de la obesidad y conseguir la mejora de la calidad de vida.	Estudio: descriptivo, retrospectivo, cualitativo  Recoger terminología aplicada a la educación de la obesidad.	La educación de pacientes forma parte del tratamiento de la enfermedad y es imprescindible para obtener resultados satisfactorios. Transferir competencias al paciente es una tarea compleja para la cual los profesionales de salud deben formarse. Su buena voluntad y actitud generosa son condiciones imprescindibles, pero no son suficientes. Se precisa de una metodología específica, respetando el protagonismo del otro, no siendo el protagonista el que educa. La educación terapéutica es más eficiente desde el trabajo en equipo de los distintos profesionales sanitarios y es preciso un cambio en la orientación del trabajo de los centros de salud, para dejar de tratar únicamente la enfermedad y trabajar para fomentar la educación y promoción para la salud.
Bimbela Serrano M.T., 2016,	Estrategias de educación terapéutica en	Realizar programa de educación nutricional,	Estudio: analítico, longitudinal, prospectivo, experimental, cuantitativo	En este estudio se aprecia que, con independencia del método educativo nutricional utilizado, existen múltiples factores medioambientales que influyen en la reducción de peso y el

España	el tratamiento de la obesidad del adulto con riesgo cardiovascular en la consulta de enfermería comunitaria (Bimbela Serrano et al., 2016)	evaluar los posibles cambios de la muestra objeto de estudio tras su realización, conocer el estado de la muestra objeto de estudio, la elaboración de un diagrama de flujo u organigrama que permita al profesional llevar a cabo la toma de decisiones y conocer la adherencia a los tipos de dietas empleados en el programa de adelgazamiento y mantenimiento.	Muestra: 50 personas en dos grupos de 25 pacientes, equivalente al 36,23% de la población que cumplía los criterios de inclusión (138 personas) de la consulta de enfermería de un Centro de Salud rural de la provincia de Teruel (Centro de Salud de Calaceite).	mantenimiento del peso perdido. La motivación para disminuir de peso es uno de los factores más influyentes. También en el tratamiento de la obesidad como patología crónica, el aprendizaje de hábitos de vida saludables, el incremento de la actividad física y el soporte psicológico, son los factores más importantes para incrementar la motivación, en la reducción ponderal y el control de la impulsividad en la ingesta. Finalmente, la concienciación del paciente como protagonista activo del tratamiento, ayuda a mejorar los factores predisponentes, favorecedores y de refuerzo después de realizar un programa de educación para la salud y sugiere que el comportamiento ante patologías crónicas se puede cambiar.
Bardus M. et al, 2018, Líbano	Intervención móvil autodirigida (WaznApp) para promover el control del peso entre los	Examinar la viabilidad de una intervención de pérdida de peso autodirigida, dirigida a de una institución académica,	Estudio: analítico, longitudinal, ambispectivo, experimental, cuantitativo  Muestra: Los participantes fueron asignados aleatoriamente en proporciones iguales a los	Este estudio contribuye a la creciente evidencia sobre aplicaciones móviles para el control del peso. Los resultados de este proyecto informaron sobre la viabilidad del uso de aplicaciones móviles populares y disponibles en el mercado como intervenciones autodirigidas para el control del peso. Además, este estudio proporcionará información preliminar sobre la aceptabilidad y eficacia potenciales del uso de aplicaciones para el control de peso.

	empleados de una universidad libanesa: Protocol for un ensayo piloto aleatorizado y controlado de viabilidad (Bardus et al., 2018)	utilizando una aplicación de entrenamiento virtual con funciones JITA1 (Lark) y una aplicación de autoayuda para contar calorías (MyFitnessPal). Además, estimar los efectos de la intervención sobre los principales resultados del estudio.	grupos de intervención (Lark) y de control (MyFitnessPal).	
Kristina Carlén, et. al. 2021, Suecia	Una intervención de cambio de peso sostenible: Influencia del grupo de autoayuda y las expectativas. (Carlén & Kylberg, 2021)	Encontrar un modelo de reducción de peso sostenible para personas con obesidad y evaluar la importancia de las expectativas antes de entrar en el programa de reducción de	Estudio: cuantitativo, analítico, longitudinal, experimental y prospectivo aprobado por The Regional Ethical Review Board de Gothenburg de Suecia.  Muestra: 26 participantes de 30 o más años con un IMC>30kg/m <sup>2</sup>	Nuestros resultados mostraron que aquellos que se habían unido a un grupo de autoayuda habían reducido su peso significativamente (-6,0 kg) en comparación con los que no lo habían hecho (-1,4 kg). Además, los que expresaron una expectativa más madura del cambio de comportamiento hacia un estilo de vida saludable mostraron una reducción de peso ligeramente mayor (-6,1 kg) que los que expresaron pocas expectativas (-3,7 kg). Nuestros resultados indican que el grupo de autoayuda puede ser una parte esencial de un programa de reducción de peso. El grupo de autoayuda es una estrategia novedosa para reforzar la sostenibilidad en la reducción de peso. El estudio también destaca la importancia de identificar las expectativas de cambio de

		peso.		comportamiento antes de participar en un programa.
Aliny Lima Santos, et. al. 2012, Brasil	Sentimientos y experiencias de vida de los individuos que participan en un grupo de apoyo para el control de la obesidad: un estudio exploratorio. (Santos et al., 2012)	Conocer el significado de "hacer frente a la obesidad" para los participantes de un grupo de autoayuda para obesos, así como identificar su percepción respecto a la participación en el grupo.	Estudio: cualitativo fenomenológico y exploratorio  Muestra: 14 participantes de un grupo de autoayuda para obesos de la ciudad de Maringá-PR.	Los relatos mostraron sentimientos de prejuicio, auto prejuicio, desaliento e inadecuación social generando inseguridad, fuga social y dificultades para mantener una relación. Los participantes afirmaron que participan en el grupo en busca de apoyo, comprensión y relación con individuos que simpatizan con sus problemas, evidenciando cambios en sus vidas debido a esa participación. Implicaciones para la enfermería: El trabajo con grupos reduce costes y tiempo en la asistencia prestada, además de proporcionar mayores oportunidades de convivencia entre profesionales y clientes, reduciendo la relación vertical entre ellos y facilitando la mejora de la oferta en cuidados de salud.
Shohreh Mortezaei Shemiran, et. al. 2020, Irán	Comparación de los efectos de la terapia de grupo de aceptación y la terapia de grupo cognitivo-conductual sobre los hábitos de vida, la conducta alimentaria desordenada y el estilo de	Comparar los efectos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) sobre los hábitos de vida, las conductas alimentarias desordenadas y el estilo de vida promotor de la salud en mujeres obesas.	Estudio: cuantitativo, analítico, longitudinal y cuasiexperimental con un diseño pretest-postest-seguimiento y un grupo de control no comparable.  Muestra: 45 mujeres de la región 2 de la ciudad de Teherán, Irán	Los resultados de la presente investigación mostraron que la TAC y la TCC fueron eficaces sobre los hábitos de los trastornos alimentarios y los estilos de vida promotores de la salud en las mujeres obesas exploradas. Los cambios logrados se mantuvieron estables hasta la fase de seguimiento ( $P < 0,001$ ). Además, el TAC tuvo más éxito que la TCC en la mejora de los componentes de los hábitos de vida y las responsabilidades en materia de salud en los sujetos del estudio ( $P < 0,001$ ).  Teniendo en cuenta el efecto significativo de la TAC y la TCC en grupo, se recomienda utilizar estos métodos para mejorar la salud mental de las personas obesas.

	vida promotor de la salud en mujeres obesas. (Mortezaei Shemirani et al., 2021)			
V. Abilés, et. al. 2013, España	Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en candidatos obesos a cirugía bariátrica con y sin trastorno por atracón. (Abilés et al., 2013)	Analizar los cambios en la psicopatología general y específica de los candidatos a cirugía bariátrica (BS) con obesidad mórbida tras la terapia cognitivo-conductual (TCC) y evaluar las diferencias entre pacientes con y sin trastorno por atracón (TAC) y entre pacientes con grados de obesidad III y IV, estudiando su influencia en la pérdida de peso.	Estudio: cuantitativo observacional, analítico (casos-control), longitudinal y prospectivo.  Muestra: 110 pacientes de edades de 18 a 59 años con obesidad mórbida	Basalmente los pacientes con TA mostraron mayor ansiedad y depresión y menor autoestima y calidad de vida que aquellos NTA ( $p < 0,05$ ). También mostraron mayor preocupación por la comida, el peso y la figura revelando sentir más hambre, temor y culpa, importándoles más el contexto ( $p < 0,005$ ). Tras TCC, las diferencias en autoestima, depresión y desórdenes alimentarios desaparecieron, asociado a una significativa mejoría en pacientes con TA. No hubo diferencias entre los grados de obesidad III y IV en ninguno de los tests pre y post-TCC aplicados. El análisis multivariante demostró la efectividad de la TCC para tratar la psicopatología independientemente de la presencia de TA o del grado de obesidad. Tras 1 año post-TCC, la pérdida de peso con respecto a la basal fue $> 10\%$ en 67 pacientes. Sin diferencia entre los grupos de estudio.  La TCC es efectiva en el tratamiento de la comorbilidad psicológica, independientemente de la presencia de TA y del grado de obesidad.
Meelim Kim, et. al.	Análisis de aprendizaje	Este estudio pretende utilizar	Estudio: cuantitativo, analítico post hoc,	Una mayor tasa de compromiso se asoció con una mayor pérdida de peso a las 8 semanas ( $r=-0,59$ ; $P<0,001$ ) y a las 24 semanas ( $r=-0,52$ ;

<p>2021, Corea del Sur</p>	<p>automático para identificar fenotipos de comportamiento digital para compromiso y resultados de salud Eficacia de una intervención de salud móvil para la obesidad: ensayo controlado aleatorizado (Kim et al., 2021)</p>	<p>un enfoque de aprendizaje automático para investigar el rendimiento de los fenotipos multivariantes en la predicción de la tasa de compromiso y los resultados de salud de la terapia cognitivo-conductual digital.</p>	<p>longitudinal y experimental. Es un ensayo clínico en el cual hubo un doble ciego (técnicos y personal clínico).  Muestra: 37 mujeres de Seúl de entre 18 y 39 años con un IMC de entre 25 y 40 kg/m<sup>2</sup> que además sean usuarias de teléfonos inteligentes y hubieran obtenido una puntuación por encima de 68/112 en la escala de motivación situacional</p>	<p>P=0,001). Aplicando el enfoque de aprendizaje automático, una menor autoestima en el fenotipo convencional y unas mayores medidas de motivación dentro de la aplicación en los fenotipos digitales explicaron comúnmente tanto el compromiso como los resultados de salud. Además, 16 tipos de fenotipos digitales (es decir, una menor ingesta de alimentos ricos en calorías y aperitivos por la noche y una mayor frecuencia de interacción con los mentores) predijeron las tasas de compromiso (R2 medio 0,416, SD 0,006). La predicción del cambio de peso a corto plazo (media R2 0,382, DE 0,015) se asoció con 13 fenotipos digitales diferentes (es decir, menor ingesta de alimentos ricos en calorías y carbohidratos y mayor ingesta de alimentos bajos en calorías). Por último, 8 medidas de fenotipos digitales (es decir, menor ingesta de carbohidratos y tentempiés por la noche y mayor motivación) se asociaron con un cambio de peso a largo plazo (media R2 0,590, DE 0,011). Nuestros hallazgos demostraron con éxito cómo múltiples constructos psicológicos, como los fenotipos emocionales, cognitivos, conductuales y motivacionales, dilucidan los mecanismos y la eficacia clínica de una intervención digital utilizando el método de aprendizaje automático. En consecuencia, nuestro estudio diseñó un modelo interpretable de fenotipo digital, incluyendo múltiples aspectos de la motivación antes y durante la intervención, prediciendo tanto el compromiso como la eficacia clínica. Esta línea de investigación puede arrojar luz sobre el desarrollo de la prevención avanzada y la terapéutica digital personalizada.</p>
<p>Julien S.Baker, et. al. 2022, Francia y China</p>	<p>Obesidad: Tratamientos, Conceptualizaciones y Futuras Direcciones</p>	<p>El objetivo de este artículo es destacar brevemente los tratamientos antiobesidad</p>	<p>Estudio: un informe cuantitativo, observacional, analítico y longitudinal.  Muestra: toma como referencia la población</p>	<p>En última instancia, concluimos que esta enfermedad polifacética tiene muchas opciones de tratamiento (dieta, deporte, suplementos pro y prebióticos, medicación, cirugía bariátrica y abordajes del comportamiento); sin embargo, los tratamientos en general no tienen éxito. Las opciones de tratamiento requieren un enfoque multifacético en el que la exploración psicológica ayude a acotar las</p>

	para un Problema Creciente (Baker et al., 2022)	utilizados actualmente y su ineficacia de forma aislada como tratamientos individuales de la obesidad debida a causas multifactoriales.	estadounidense.	numerosas opciones disponibles para tratar la obesidad. También observamos que las poblaciones pobres y los individuos económicamente comprometidos tienen un acceso limitado a los tratamientos disponibles. Incluso centrarse en la detección psicológica no será suficiente para controlar esta epidemia sin una cooperación sostenida y significativa del gobierno y la comunidad. Además, parece imperativo que nos centremos en el asesoramiento basado en la web y en la inteligencia artificial para que el tratamiento de la obesidad sea factible y rentable para todas las personas, independientemente de su situación económica. Por lo tanto, este informe destaca estrategias novedosas y propone la combinación de intervenciones modificadas que han tenido éxito en el pasado para hacer frente a esta enfermedad multifactorial. Además, sugerimos incorporar el asesoramiento basado en la web y la inteligencia artificial para que el tratamiento sea factible y rentable para todas las personas y poblaciones de todas las edades. Esperamos que este documento sirva para concienciar y estimular el debate entre gobiernos, responsables políticos y profesionales médicos en relación con este problema creciente y alarmante.
Ralf Veit, et. al. 2021, Alemania	La disminución de la activación de la corteza prefrontal en pacientes con trastorno por atracón se asocia con la impulsividad rasgo y mejora después del	Investigar la red frontal utilizando espectroscopia funcional del infrarrojo cercano (fNIRS) durante una tarea de hacer/no-hacer específica de alimentos para evaluar el control inhibitorio en	Estudio: cuantitativo, analítico, experimental, prospectivo y longitudinal. Se trata de un ensayo controlado randomizado de ciego simple  Muestra: 24 (20 mujeres y 4 hombres) participantes de entre 19 y 63 años con un IMC de entre 22'6 y 59'7 kg/m <sup>2</sup> con trastorno por	Encontramos un efecto significativo de inhibición de la respuesta (nogo menos go), en términos de una mayor respuesta de hemoglobina oxigenada en el córtex prefrontal bilateral en ambos grupos. La mayor respuesta se observó cuando se instruyó a los participantes para que fueran a por alimentos sanos y contuvieran su respuesta a las señales de alimentos no sanos con alto contenido calórico. Los pacientes con TPA, especialmente aquellos con rasgos de impulsividad más elevados, mostraron una activación más débil del córtex prefrontal durante la inhibición de la respuesta, predominantemente en el hemisferio derecho. Curiosamente, tres meses después del tratamiento, los pacientes del grupo de tratamiento aumentaron su actividad del córtex prefrontal derecho

	<p>tratamiento centrado en la impulsividad basado en un ensayo controlado aleatorio IMPULS (Veit et al., 2021)</p>	<p>pacientes con trastorno de atracón en comparación con controles sanos y comparado antes frente a después del tratamiento.</p>	<p>atracción (TPA). Se tomó a un subgrupo de 12 participantes sanos de entre 24 y 60 años con un IMC entre 20'9 y 27 kg/m<sup>2</sup>.</p>	<p>durante la inhibición de la respuesta. Asimismo, el aumento de la activación del córtex prefrontal se correlacionó con una disminución de la impulsividad rasgo después del tratamiento. Nuestros resultados sugieren que los pacientes con TPA tienen recursos limitados para activar el córtex prefrontal cuando se les pide que inhiban una reacción ante estímulos específicos de la comida. Sin embargo, este efecto podría deberse en parte a las diferencias en el IMC entre el grupo CS y TPA. La terapia cognitivo-conductual dirigida a la conducta alimentaria impulsiva puede mejorar el funcionamiento del córtex prefrontal durante la inhibición de la respuesta.</p>
<p>Kerri N. Boutelle, et. al. 2016, EE.UU.</p>	<p>Un ensayo abierto que evalúa un programa de modificación del sesgo de atención para adultos con sobrepeso que comen compulsivamente (Boutelle et al., 2016)</p>	<p>Realizar una evaluación preliminar de un programa de modificación del sesgo de atención (ABM Food) diseñado para entrenar la atención alejada de las señales de comida.</p>	<p>Estudio: cuantitativo, analítico, longitudinal, prospectivo y experimental. Es un ensayo abierto con una condición de tratamiento, adoptando un diseño pre-post de grupo único.</p> <p>Muestra: 9 adultos estadounidenses de San Diego, California con un IMC entre 25 y 40 kg/m<sup>2</sup> que tuvieran trastorno por atracón.</p>	<p>Los resultados mostraron que el programa ABM-Food es un tratamiento factible y aceptable para adultos que se dan atracones. Los datos iniciales de eficacia mostraron una disminución del peso, de los síntomas de trastornos alimentarios, de los atracones, de la pérdida de control y de la receptividad a la comida en el entorno, así como cambios en el sesgo de atención. La mayoría de estos efectos se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento.</p> <p>Este ensayo abierto proporciona pruebas iniciales de la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de ABM-Food para individuos que sufren atracones y tienen sobrepeso u obesidad</p>
<p>Mercedeh Masoumi Alamout, et. al. 2020, Irán</p>	<p>Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la</p>	<p>Evaluar el efecto de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) sobre la pérdida de peso,</p>	<p>Estudio: cuantitativo, analítico, longitudinal y prospectivo. Es un ensayo cuasiexperimental</p> <p>Muestra: 45 mujeres de</p>	<p>Los resultados de este estudio revelaron que la MBCT, junto con la terapia dietética, había sido significativamente más eficaz en la pérdida de peso, la disminución del IMC, la reducción de la presión arterial sistólica (PAS) y el sesgo atencional hacia las señales de comida en comparación con la terapia dietética sola (<math>P \leq 0,01</math>). MBCT no tuvo un impacto significativo en la disminución de la presión</p>

	<p>pérdida de peso, la mejora de la hipertensión y el sesgo atencional a las señales alimentarias en personas con sobrepeso. (Alamout et al., 2020)</p>	<p>la hipertensión y el sesgo atencional hacia las señales alimentarias en un grupo de mujeres afectadas por esta dolencia.</p>	<p>entre 30 y 50 años con sobrepeso (IMC entre 25 y 29'9 kg/m<sup>2</sup>)</p>	<p>arterial diastólica (PAD) en los participantes en la fase de seguimiento. Este estudio demostró que la MBCT junto con la terapia dietética convencional fue más eficaz en la pérdida de peso, la disminución del IMC, el control de la hipertensión, así como el sesgo atencional hacia las señales alimentarias que la terapia dietética sola.</p>
<p>Joaquín S. Galindo Muñoz, et. al. 2019, España</p>	<p>La Terapia de Entrenamiento Cognitivo Mejora el Efecto del Tratamiento Hipocalórico en Sujetos con Sobrepeso/Obesidad: Un ensayo clínico aleatorizado (Galindo Muñoz et al., 2019)</p>	<p>Determinar si las mejoras en la función cognitiva pueden contribuir a una mayor pérdida de peso en pacientes con obesidad</p>	<p>Estudio: cuantitativo, analítico, longitudinal, prospectivo y experimental. Es un ensayo clínico randomizado con un doble ciego.  Muestra: 56 participantes con sobrepeso u obesidad con un IMC&gt;27kg/m<sup>2</sup>,</p>	<p>Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que determina el efecto de una terapia combinada de entrenamiento cognitivo y dieta hipocalórica sobre parámetros cognitivos y antropométricos en adultos con obesidad. Aunque los datos obtenidos en el presente estudio han demostrado que la relevancia clínica de esta intervención fue escasa, el análisis estadístico reveló una mejora significativa en todos los parámetros antropométricos, probablemente mediada por una mejora en la memoria de trabajo. Por lo tanto, este tipo de intervenciones cognitivas serían útiles para aumentar la eficacia de los tratamientos hipocalóricos. Dada la escasez de intervenciones de entrenamiento de las funciones ejecutivas en el contexto de las intervenciones de control de peso, este tipo de intervención combinada podría suponer los primeros pasos hacia una intervención más adecuada para estos pacientes. Serán necesarios más estudios para mejorar la intervención cognitiva y, por tanto, su efecto sobre los parámetros antropométricos.</p>
<p>Mark A.</p>	<p>Impacto a</p>	<p>Describir los</p>	<p>Estudio: cuantitativo,</p>	<p>Los participantes asignados a la intervención intensiva de estilo de</p>

Espeland, et. al. 2014, EE. UU.	largo plazo de la intervención conductual de pérdida de peso en la función cognitiva (Espeland et al., 2014)	resultados del primer ensayo clínico aleatorizado y controlado de una intervención que tiene el tamaño, la duración y la adherencia suficientes para examinar si la pérdida de peso intencionada inducida por el estilo de vida tiene efectos a largo plazo sobre la función obesos con diabetes tipo 2,	descriptivo y transversal. Es un estudio auxiliar de un ensayo clínico controlado y aleatorizado.  Muestra: 978 individuos obesos y con sobrepeso, con edades entre 45 y 76 años y con diabetes de tipo 2.	vida perdieron una media (SE) del 11,1% (0,4%) y el 7,2% (0,5%) de peso en los años 1 y 8, respectivamente, en comparación con el 1,0% (0,2%) y el 3,3% (0,5%) en el grupo de control ( $p < 0,001$ ). Las puntuaciones medias de las pruebas de función cognitiva compuestas ajustadas por covariables fueron similares en los dos grupos ( $p = 0,69$ ), y no se encontraron diferencias significativas en ninguna prueba cognitiva individual. Hubo algunas pruebas de un efecto diferencial (interacción nominal $p = 0,008$ ) para una comparación preespecificada: La intervención intensiva en el estilo de vida se asoció con un beneficio medio relativo para la función cognitiva compuesta de 0,276 (intervalo de confianza del 95%: 0,033, 0,520) DE entre los individuos con un índice de masa corporal inferior a 30 kg/m <sup>2</sup> al inicio del estudio, en comparación con un déficit medio relativo de 0,086 (-0,021, 0,194) DE entre los individuos con una masa corporal superior o igual a 30 kg/m <sup>2</sup> .  Ocho años de intervención intensiva en el estilo de vida no alteraron la función cognitiva en adultos obesos con diabetes tipo 2; sin embargo, hubo pruebas de beneficio entre los individuos con sobrepeso, pero no obesos. En este estudio transversal no se evaluaron los cambios en la cognición.
Mark A. Espeland, et. al. 2018, EE. UU.	Diferencias relacionadas con el sexo en la prevalencia de deterioro cognitivo entre adultos obesos y con sobrepeso con	Explorar los factores que podrían explicar los resultados de estudios anteriores: si podría atribuirse a diferencias entre	Estudio: cuantitativo, analítico, longitudinal, prospectivo y experimental. Es un ensayo controlado aleatorizado con un ciego simple  Muestra: 5145 individuos	La obesidad acelera el deterioro cognitivo más en hombres que en mujeres. Se observó un menor deterioro cognitivo en mujeres que en hombre en lo que se refiere a deterioro cognitivo leve y demencia; además las mujeres habían obtenido mejores resultados en los exámenes de función cognitiva y memoria. Se observó una mayor asociación de la DMII con el riesgo de padecer Alzheimer en mujeres que en hombres. Muchos estudios no mostraron diferencias claras entre ambos sexos en lo que se refiere a obesidad relacionada con DMII, pero se

	diabetes tipo 2 (Espeland et al., 2018)	mujeres y hombres en cuanto a demografía, estilo de vida, atención médica y genotipo, y si su magnitud varía en función de los factores de riesgo	durante 2001-2004 con un índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m <sup>2</sup> (>27 kg/m <sup>2</sup> si recibían insulina), del cual más de un 50% eran mujeres	destaca que en las mujeres se estudió y observó la influencia de los factores de riesgo, donde a menor factor de riesgo mejor pronóstico existía y viceversa.  Entre los adultos con sobrepeso y obesidad con diabetes mellitus tipo 2, los factores de riesgo tradicionales no explicaron la menor prevalencia de deterioro cognitivo observada en las mujeres en comparación con los hombres.
Virginia Esperanza Fernández-Ruiz, et. al. 2020, España	Eficacia de un Programa Interdisciplinar Realizado en Personas Obesas Respecto a Hábitos Nutricionales y Comorbilidad Metabólica: Un ensayo clínico controlado y aleatorizado (Fernández-Ruiz et al., 2020)	Determinar la eficacia de un programa multidisciplinar basado en ejercicio, terapia cognitivo-conductual y educación sanitaria para mejorar la comorbilidad metabólica, el índice de masa corporal (IMC) y los hábitos nutricionales entre adultos obesos, a corto (12 meses) y a largo plazo (24	Estudio: cuantitativo, analítico, longitudinal, prospectivo y experimental. Es un ensayo clínico controlado aleatorizado de ciego simple.  Muestra: Se realizó un muestreo aleatorio (299), población total (3262). Una muestra de 74 sujetos diagnosticados de obesidad (grupo experimental, n = 37 y grupo control, n = 37) con un (IMC) > 30 kg/m <sup>2</sup> fueron empleados.	La intervención se basa en alimentación sana, ejercicio y terapia cognitivo-conductual. La intervención tuvo un efecto positivo sobre los hábitos nutricionales (F2;144 = 115,305; p < 0,001). El grupo experimental aumentó la ingesta de frutas y verduras ingesta de frutas y verduras (F2;144 = 39,604; p < 0,001), así como de alimentos enriquecidos (F2;144 = 10,076; p < 0,001) y redujo las grasas, aceites y dulces F2;144 = 24,086, p < 0,001). En el grupo experimental, se observó una reducción del IMC de 2,6 a 24 meses. En el seguimiento, ningún participante presentaba hábitos nutricionales inadecuados, frente al 35,1% del grupo de control ( $\chi^2 = 33,398$ ; p < 0,001). También hubo una respuesta positiva de las comorbilidades metabólicas en el grupo de intervención. Conclusiones: El programa interdisciplinario mejoró todos los parámetros metabólicos, el IMC y los hábitos nutricionales de los participantes, manteniendo los a largo plazo (24 meses).

		meses).		
Corrine I. Voils, et. al. 2020, EE. UU.	Protocolo de Partner2Lose: ensayo controlado aleatorizado para evaluar la participación de la pareja en la pérdida de peso a largo plazo. (Voils et al., 2020)	Evaluar una novedosa aplicación de los principios de la terapia cognitivo-conductual de pareja (CBCT) en una intervención grupal para el inicio de la pérdida de peso seguida de una intervención individual de mantenimiento.	Estudio: cuantitativo, analítico, longitudinal, prospectivo y experimental. Es un ensayo controlado aleatorio paralelo  Muestra: cinco cohortes de 45-50 parejas cada una. Los participantes de entre 18-74 años de edad y un IMC > 27 kg/m <sup>2</sup> , y que vivan con sus parejas; las parejas solo se les requería ser mayores de 18 años y que tuvieran un teléfono inteligente.	<p>En cuanto a los resultados, se utilizarán estadísticas descriptivas, incluidos gráficos, para resumir todas las variables del estudio. Se examinarán cuidadosamente los supuestos de distribución de las variables de resultado continuas y, si es necesario, se realizarán transformaciones. Construiremos gráficos de trayectorias individuales y medias de las variables de resultados longitudinales para comprender sus tendencias generales a lo largo del periodo de estudio. Además, exploraremos la variabilidad y la estructura de correlación de las variables de resultados longitudinales.</p> <p>Partner2Lose es uno de los primeros ECA actualmente en marcha en querer probar la eficacia de una intervención de terapia cognitivo-conductual de parejas para cambiar fundamentalmente la forma en que las parejas piensan y se comunican sobre la pérdida de peso, con el objetivo principal de demostrar que la pérdida de peso en pareja es más eficaz que la pérdida individual, ambos formando parte de grupos de apoyo.</p> <p>Al enseñar a las parejas los papeles de hablante y oyente para la resolución conjunta de problemas y el intercambio de pensamientos y sentimientos, pretendemos que las parejas consideren la pérdida de peso como un problema de la pareja y no como un problema del participante. Al animar a las parejas a desarrollar conjuntamente objetivos y planes de apoyo, pretendemos que los participantes adopten y se adhieran a comportamientos dietéticos y de actividad física más saludables. Nuestra intervención representa un enfoque práctico y sostenible para hacer avanzar el intratable problema de la obesidad.</p>

- **Discusión**

- Objetivo 1: "Identificar las intervenciones enfermeras que se realizan para el abordaje psicosocial de la obesidad"

Basándose en uno de los modelos de Educación sanitaria, el modelo motivacional emplea la motivación y la persuasión para hacer posible que el paciente adquiriera las herramientas necesarias para cambiar su conducta o comportamientos, conceptos como la TCC se entienden como la intervención que aborda los patrones de conducta disfuncionales ayudando al paciente a identificar y realizar cambios en su forma de pensar y actuar; y, o motivación autoinducida en este caso, según la teoría de la autodeterminación; ambos toman importancia pudiendo desarrollar programas donde estas junto con la educación y la comunicación se encuentran enfocadas en aumentar las capacidades del paciente para gestionar su condición (Bimbela Serrano et al., 2016).

En la terapia cognitivo-conductual encontramos intervenciones o técnicas individuales como el planteamiento de objetivos de pérdida de peso realistas dentro de las condiciones que se hayan integrado en el programa de manera personalizada en cada paciente, la reestructuración cognitiva y aprendizaje de control de estímulos, donde se le enseña al paciente a identificar y modificar los pensamientos y factores que puedan influir negativamente en su pérdida de peso, el autorregistro de ingesta diaria escrito, describiendo especialmente las emociones asociadas a todo el proceso, el refuerzo positivo de las metas alcanzadas, el entrenamiento en relajación si el paciente experimenta ansiedad;(Bimbela Serrano et al., 2016) y técnicas en grupo como el soporte social y/o familiar, el uso de un paciente experto el cual *"tiene el rol de intercambiar conocimientos y experiencias a otras personas que padecen la misma enfermedad crónica, para comprometerlos en los autocuidados"* (Monerri, 2013), el uso de medios audiovisuales, el uso de dramatización o sociodrama las cuales son representaciones llevadas a cabo por una parte del grupo y la otra parte observa y discute sobre lo observado, el uso de juegos y concursos educativos... entre muchos otros (Monerri, 2013) De manera un poco más específica existen programas que buscan profundizar en el concepto de TCC como el ABM (programa de modificación del sesgo de atención) que emplea este tipo de terapia en pacientes para que estos sean capaces de controlar y apartar la atención de las señales de comida (Boutelle et al., 2016) o ahondar más en cómo afecta la obesidad a la persona, donde se ha observado que la persona obesa tiene el córtex prefrontal más débil que una persona sin obesidad, lo cual hace que le sea más difícil controlar e ignorar las señales de comida. (Veit et al., 2021)

Se ha hecho hincapié en la necesidad de hacer responsable al paciente de sus cuidados, proporcionándole herramientas para la modificación de su conducta y constituyendo a la persona como eje central para la modificación de sí mismo, es decir, el paciente se convierte en el posibilitador

de cualquier cambio que tenga que realizar en sus actuaciones y los profesionales de enfermería son los encargados de brindar apoyo en todo momento, para ello se precisa una concienciación activa del profesional para formarse adecuadamente y aprender a trabajar desde el interior del paciente, todo ello posibilitando la mejora de factores predisponentes, propiciantes y de refuerzo en la conducta del paciente ante enfermedades crónicas como es la obesidad. (Moneris, 2013)

Dentro de esta ayuda proporcionada se ha manifestado la disponibilidad de grupos de soporte o apoyo como punto de tratamiento, los cuales se encuentran enunciadas en las NIC como [5450] Terapia de grupo (Butcher et al., 2019; Elsevier B. V, 2023). Los grupos de apoyo son aquellos donde los miembros pertenecientes a este, de manera voluntaria, se apoyan entre ellos con muestras de igualdad y reciprocidad en el entendimiento de su enfermedad y que comparten un total de 4 dimensiones: *la comprensión compartida, la ayuda mutua, la posibilidad de obtener información y la comunidad social construida sobre una convivencia social*; estos representan una estrategia innovadora para fortalecer la sostenibilidad de la pérdida de peso (Carlén & Kylberg, 2021), ya que la participación activa e informada del paciente, así como su interacción y el intercambio de experiencias con otros que padecen las mismas condiciones, fomentan cambios conductuales. (Castañeda-Sánchez et al., 2015) Todo ello para facilitar la expresión de sentimientos como prejuicios, autocrítica, desánimo e inadaptación social, inseguridad, aislamiento social y dificultades para mantener relaciones. Además, la terapia cognitivo-conductual refuerza la consolidación del cambio de conducta que se implementa para alcanzar los objetivos preestablecidos y garantiza que el paciente pueda lograr sus objetivos personales de manera autónoma.

Muchas de las intervenciones antes nombradas se encuentran descritas dentro de la NIC como: [4820] Orientación de la realidad, [4700] Reestructuración cognitiva, [4350] Manejo de la conducta, [4360] Modificación de la conducta, [4480] Facilitar la autorresponsabilidad, [5270] Apoyo emocional, [5330] Control del estado de ánimo, [4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales, [4330] Arteterapia, [4430] Terapia con juegos, [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos, [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo, [5430] Grupo de apoyo, [5450] Terapia de grupo, [5604] Enseñanza en grupo, [5606] Enseñanza individual, entre muchas otras. (Butcher et al., 2019; Elsevier B. V, 2023)

Aun así, se han encontrado con la predisposición a tratar la obesidad de manera *multidisciplinar*, donde se trabaja con la persona desde diferentes ámbitos sanitarios, como la nutrición o la medicina, pero estos últimos no se combinan o comunican entre ellos, por lo que sugieren la posibilidad de implementar un cambio de mentalidad que comience a trabajar de manera *interdisciplinar*, donde todos los equipos sanitarios trabajan y se desarrollan como un todo. Para posibilitar este cambio apuntan que se necesita del equipo de enfermería como representación de una figura líder dentro de

esta labor para coordinar y hacer de vínculo entre el equipo de profesionales, el paciente y sus necesidades, y la gestión de los recursos de la comunidad con el fin de establecer un mejor proceso de atención y cuidados de esta población diana. (Paniagua-Urbano, 2017)

Refieren que es indispensable que los diferentes profesionales sanitarios realmente comiencen a trabajar en equipo para implementar modelos comunitarios donde la educación terapéutica del paciente sea más eficiente, y englobe habilidades de prevención y promoción de la salud para asegurar mejores resultados en la persona.

- Objetivo 2: “Analizar la eficacia de los diferentes tipos de intervenciones enfermeras”

La mayoría de los tratamientos existentes hoy en día han demostrado ser de limitada eficacia donde en muchos de los casos no se consigue alcanzar la pérdida de peso óptima y tampoco mantener lo poco perdido (Alamout et al., 2020). Por ello para lograr mantener hábitos saludables a largo plazo se ha visto la necesidad de incorporar otras intervenciones como las conductuales y psicológicas, junto a las líneas de tratamiento antes descritas, ejemplos de estas siendo las NIC de enfermería como [4360] la modificación de la conducta y [4470] la ayuda en la modificación de sí mismo implementadas a través de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la participación en grupos de apoyo (Paniagua-Urbano, 2017; Santos et al., 2012).

Hay estudios que han revelado una mayor de pérdida de peso cuando se implementa una intervención psicosocial como son la TCC o la participación en grupos de apoyo (Galindo Muñoz et al., 2019), en el caso de la TCC se ha obtenido un 35'5% más de pérdida de peso cuando este tipo de programa se ha implementado que cuando no (Abilés et al., 2013); otro donde este ha sido capaz de sostener un 10% más de las pérdidas de peso en el plazo de un año que cuando este programa no se encontraba implementado (Baker et al., 2022); y otro donde la eficacia de la entrevista motivacional ha mejorado al combinarse con la TCC, permitiendo a la persona identificar y corregir los pensamientos o patrones de conducta que le llevan a vivir una vida no saludable (Bimbela Serrano et al., 2016) .

Además, si a este tipo de programa de intervención se le añade una participación interdisciplinar de los profesionales sanitario también se ha obtenido que son más eficaces y duraderas las pérdidas de peso en personas obesas, siendo por ejemplo de entre 2'5kg a 7'2kg más que en una persona sometida al proceso de atención convencional(Fernández-Ruiz et al., 2020; Paniagua-Urbano, 2017). También se ha visto la efectividad de los grupos de apoyo donde los participantes consiguen perder más peso y sostener esa perdida en el tiempo. Sin embargo, no hay suficientes estudios que puedan consolidar estos resultados encontrados (Carlén & Kylberg, 2021).

Asimismo, la implementación de terapias en grupos de apoyo conlleva una disminución en los costes y tiempo de atención, generando más oportunidades para la interacción entre profesionales y

pacientes, y mejorando la oferta de cuidados para la obesidad (Santos et al., 2012) La combinación de diversas técnicas, tales como adoptar hábitos de vida saludables, aumentar la actividad física y brindar apoyo psicológico, aumentan la motivación del individuo en el tratamiento de la obesidad, y por tanto la eficacia de las intervenciones empleadas (Kim et al., 2021).

- Objetivo 3: “Identificar las nuevas tecnologías en el tratamiento de la obesidad”

La Era digital es una influencia que se debe tener en cuenta, dado que ya se ve reflejado en el aumento de uso de nuevas tecnologías en el mundo sanitario. Las propuestas más innovadoras se enfocan en el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para implementar intervenciones sobre el control del peso a lo largo de todas las etapas de la vida. (Kim et al., 2021)

Se ha podido observar que hoy en día las personas con obesidad tienen mayor tendencia a buscar apoyo en las redes, ya que el sistema sanitario muchas veces ha supuesto ser más inaccesible y con unos resultados de tratamiento fallidos o incompletos, por ello investigaciones ya emplean aplicaciones móviles ya existentes o prototipos de pérdida o control de peso y/o servicios de mensajería digital como las empleadas en el estudio Waznapp (Lark, MyFitnessPal, SparkPeople, MyPlate, My Diet Diary, and My Diet Coach) o el ABM food program para formar parte de los tratamientos que proponen de cara a la comunidad, demostrando ser una herramienta útil en la pérdida de peso, en mejorar la motivación de la persona, mejorar su estado emocional y en poder llevar un seguimiento de la persona de manera indefinida, ya que son aplicaciones autodirigidas; plantean la necesidad de estudiar su uso para valorar si realmente son viables como parte del tratamiento de la obesidad. (Baker et al., 2022; Voils et al., 2020)

Además, se plantea el concepto de “huella digital”, explicada como el rastro que la persona deja al usar cualquier plataforma de internet, la cual puede llegar a ser eficiente a la hora de identificar grupos de riesgo, ya que con ella sería posible actualmente identificar los hábitos diarios de una persona; (Kim et al., 2021)

- **Conclusión**

En este trabajo se ha buscado conocer las intervenciones psicosociales enfermeras para el abordaje de la obesidad, identificando la terapia cognitiva-conductual y los grupos de apoyo como dos de las intervenciones psicosociales más notables en este campo, pudiendo observar cómo estas si son más eficaces en comparación con las intervenciones físicas de dieta y ejercicio, y la necesidad de implementación de nuevas tecnologías para poder reforzar un mejor abordaje en el tratamiento de esta enfermedad. Siendo lo más relevante de esta revisión la enfatización en las intervenciones psicosociales existentes para destacar los cuidados óptimos hacia la obesidad, recogiendo información disponible que facilite y aporte mejoras en el tratamiento.

Los resultados obtenidos respaldan la existencia de intervenciones enfermeras en el ámbito psicosocial aplicables a la APS, mostrando que con ellas se puede alcanzar un mayor manejo y seguimiento del tratamiento e implementar el uso de nuevas tecnologías para ayudar con esta labor y poder acercarse más a la población. Se busca reflejar que las personas con obesidad a menudo experimentan problemas emocionales que afectan su capacidad para adoptar hábitos saludables y perder peso, incluso pueden desencadenar comportamientos poco saludables. Por ello, es primordial intervenir en el aspecto psicosocial de la enfermedad en cuestión.

A lo largo del estudio se han encontrado ciertas limitaciones que no han permitido alcanzar con total éxito los objetivos planteados, aunque existan intervenciones enfermeras descritas en la bibliografía recolectada, estas no han sido estudiadas con suficiente profundidad en el campo psicosocial, además de la falta de estudios destaca la falta de seguimiento que hay para valorar si los tratamientos que se realizan son efectivos a largo plazo, y la falta de estudios en hombres, ya que la mayoría se realizan en mujeres y no se destacan de ninguna manera las posibles diferencias de sexo (Espeland et al., 2018), y por tanto no permiten personalizar los cuidados o curas que se quieran emplear.

Respecto a todo ello, planteamos para futuras líneas de investigación establecer y desarrollar políticas sanitarias que alcancen la calidad asistencial, entendida como un conjunto de las mejores prácticas basadas en el uso eficiente de los recursos disponibles y la consecución de la satisfacción del paciente con la atención recibida, como la cooperación entre la atención primaria y la salud pública (Bright et al., 2019) esto ayudará a reducir costes y tiempo de atención haciendo que todos los que participan en este proceso puedan mejorar la atención prestada por una parte, y disponer de servicios sanitarios que realmente supongan un cambio en su vida por la otra, reflejándose en la disminución de la incidencia mundial de obesidad; la realización de más estudios basados en la evidencia que puedan contribuir a la práctica enfermera para poder disponer de mayor autonomía y liderazgo a la hora de realizar los planes de cuidados integrales más eficaces y personalizados que tengan en cuenta el sexo de la persona, su accesibilidad a los recursos y métodos más efectivos para llevar un seguimiento más

controlado y duradero como el uso de nuevas tecnologías (Baker et al., 2022), ya que pueden favorecer a la divulgación de información sanitaria como métodos y técnicas de prevención de muchas enfermedades, y convertirse en un método eficiente de comunicación entre los profesionales sanitarios, destacando la enfermería, y la población, lo cual puede contribuir a mejorar su calidad de vida reforzando estilos de vida saludables. (Monerris, 2013). Es importante considerar la implementación de intervenciones que generen satisfacción emocional en el paciente, como el trabajo conjunto de parejas en grupos de autoayuda (Voils et al., 2020)

## ● Bibliografía

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Obispo, A., Gandara, N., Luna, V., & Fernández-Santaella, M. C. (2013). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica con o sin trastorno por atracón. *Nutricion Hospitalaria*, 28(5), 1523–1529. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6699>
- Abordaje de la Obesidad*. (n.d.).
- Alamout, M. M., Rahmanian, M., Aghamohammadi, V., Mohammadi, E., & Nasiri, K. (2020). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on weight loss, improvement of hypertension and attentional bias to eating cues in overweight people. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.12.010>
- Asamblea Mundial de la Salud. (1997). *Informe sobre la salud en el mundo 1997 Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203972>
- Baker, J. S., Supriya, R., Dutheil, F., & Gao, Y. (2022). Obesity: Treatments, Conceptualizations, and Future Directions for a Growing Problem. *Biology*, 11(2). <https://doi.org/10.3390/biology11020160>
- Bardus, M., Hamadeh, G., Hayek, B., & Al Kherfan, R. (2018). A self-directed mobile intervention (WaznApp) to promote weight control among employees at a lebanese university: Protocol for a feasibility pilot randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 20(5), 1–14. <https://doi.org/10.2196/resprot.9793>
- Bimbela Serrano, M. T., Vidal Peracho, C., & Bernués Vázquez, L. (2016). *Estrategias de educación terapéutica en el tratamiento de la obesidad del adulto con riesgo cardiovascular en la consulta de enfermería comunitaria*. <https://zaguan.unizar.es/record/48610>
- BIREME. (2023). *DeCS – Descriptores em Ciências da Saúde*. <https://decs.bvsalud.org/es/>
- Boutari, C., & Mantzoros, C. S. (2022). A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. *Metabolism*, 133, 155217. <https://doi.org/10.1016/J.METABOL.2022.155217>
- Boutelle, K. N., Monreal, T., Strong, D. R., & Amir, N. (2016). An open trial evaluating an attention bias modification program for overweight adults who binge eat. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.04.005>
- Bright, D., O'Hare, K., Beesley, R., & Tapp, H. (2019). Tipping the scales: Provider perspectives on a multi-disciplinary approach to obesity. In *Experimental Biology and Medicine* (Vol. 244, Issue 2, pp. 183–192). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1535370219825639>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (H. K. Butcher, G. M. Bulechek, J. M. Dochterman, & C. M. Wagner, Eds.; Séptima edición) [Book]. Elsevier.
- Carlén, K., & Kylberg, E. (2021). An intervention of sustainable weight change: Influence of self-help group and expectations. *Health Expectations*, 24(4), 1498–1503. <https://doi.org/10.1111/hex.13290>
- Castañeda-Sánchez, O., Angélica Guzmán, M., Cervantes-García, B. I., Mejía-Contreras, R., Brito-Zurita, O. R., Myozoti, V., Rojas-Gurrola, R., & Villegas-Marín, G. (2015). Impacto de un

- grupo de autoayuda en el manejo del síndrome metabólico. *Atención Familiar*, 22(4), 102–107. [https://doi.org/10.1016/s1405-8871\(16\)30062-1](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30062-1)
- Cuadro, E., Baile, J. I., Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 97–107. <https://doi.org/10.1016/J.RMTA.2015.10.001>
- Darias Curvo, S., & Campo Osaba, M. A. (2016). *Enfermería comunitaria II* (E. Acebes Seisdedos & DAE, Eds.; 3ª edición). DAE. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/628/?key=bTVoYldVOVrOVdTVkpCSm01dlpHODIOakk0Sm1abFkyaGhQVEI3TWpNd01qRTNNakF5T1NaMGFYQnZYM0J5YjNoNVBUQW1jR0Z6YzNkdmNtUTlWa2xTUjBsTVNRPT1kWE5sYw%3D%3D>
- De la Fuente Ramos, M. (2017). *Enfermería Medico-Quirúrgica V* (E. Acebes Seisdedos & DAE, Eds.). DAE. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/620/?key=bTVoYldVOVrOVdTVkpCSm01dlpHODIOakl3Sm1abFkyaGhQVEI3TWpNd01qRTNNakF6TkNaMGFYQnZYM0J5YjNoNVBUQW1jR0Z6YzNkdmNtUTlWa2xTUjBsTVNRPT1kWE5sYw%3D%3D>
- De la Vega Morales, R. I., & Cruz Hernández, L. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 28(1), 85–94. <https://doi.org/10.25009/PYS.V28I1.2541>
- Eknayan, G. (2008). Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(1), 47–51. <https://doi.org/10.1093/NDT/GFM517>
- Elsevier B. V. (2023). *NNNConsult*. <https://www.nnnconsult.com/>
- Espeland, M. A., Carmichael, O., Yasar, S., Hugenschmidt, C., Hazzard, W., Hayden, K. M., Rapp, S. R., Neiberg, R., Johnson, K. C., Hoscheidt, S., & Mielke, M. M. (2018). Sex-related differences in the prevalence of cognitive impairment among overweight and obese adults with type 2 diabetes. *Alzheimer's and Dementia*, 14(9), 1184–1192. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.05.015>
- Espeland, M. A., Rapp, S. R., Bray, G. A., Houston, D. K., Johnson, K. C., Kitabchi, A. E., Hergenroeder, A. L., Williamson, J., Jakicic, J. M., Van Dorsten, B., & Kritchevsky, S. B. (2014). Long-term impact of behavioral weight loss intervention on cognitive function. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(9), 1101–1108. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu031>
- Fernández Ruiz, V. E. (2018). Síndrome metabólico: análisis poblacional, evaluación del tratamiento integral y propuesta de nomenclatura enfermera. *Proyecto de Investigación*: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/61039>
- Fernández-Ruiz, V. E., Ramos-Morcillo, A. J., Solé-Agustí, M., Paniagua-Urbano, J. A., & Armero-Barranco, D. (2020). Effectiveness of an interdisciplinary program performed on obese people regarding nutritional habits and metabolic comorbidity: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph17010336>
- Galindo Muñoz, J. S., Morillas-Ruiz, J. M., Gallego, M. G., Díaz Soler, I., Del Carmen Barberá Ortega, M., Martínez, C. M., & Morante, J. J. H. (2019). Cognitive training therapy improves the effect of hypocaloric treatment on subjects with overweight/obesity: A randomised clinical trial. *Nutrients*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/nu11040925>

- Guillén Riebeling, R. (2014). *Psicología de la Obesidad: esferas de vida, multidisciplinar y complejidad* (El Manual Moderno, Ed.). <https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/39672>
- Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2), 0–0. <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
- Kim, M., Yang, J., Ahn, W. Y., & Choi, H. J. (2021). Machine learning analysis to identify digital behavioral phenotypes for engagement and health outcome efficacy of an mHealth intervention for obesity: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6). <https://doi.org/10.2196/27218>
- Lustig, R. H., & Fennoy, I. (2022). Historical Review The History of Obesity Research. *Hormone Research in Paediatrics*, 1–11. <https://doi.org/10.1159/000526520>
- Lustig, R. H., Sen, S., Soberman, J. E., & Velasquez-Mieyer, P. A. (2004). Obesity, leptin resistance, and the effects of insulin reduction. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28(10), 1344–1348. <https://doi.org/10.1038/SJ.IJO.0802753>
- Martinez Ortega, R. M., & Rubiales Paredes, M. (2010). *Actualización y Prevención de la Obesidad para Enfermería* (Ediciones Difusión Avances de Enfermería, Ed.; 1st ed.). <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/165/2/>
- Martínez, R. S., & Vázquez, M. B. (2011). Grupos de apoyo virtuales dedicados a problemas de salud: Estudio de su tipología y análisis de su representatividad. *Anales de Psicología*, 27(1), 210–220. <http://revistas.um.es/analesps>
- Ministerio de Sanidad de España. (n.d.). *Ministerio de Sanidad - Profesionales - CS-AtencionPrimaria*. Retrieved April 26, 2023, from <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
- Monerris, A. P. (2013). Recursos y herramientas en la educación terapéutica para el abordaje de la obesidad. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*, 6(2), 18–24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6343756>
- Mortezaei Shemirani, S., Sanaei Zaker, B., Tajeri, B., Sodagar, S., & Meschi, F. (2021). Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy and Cognitive-Behavioral Group Therapy on Life Habits, Disordered Eating Behavior, and Health-Promoting Lifestyle in Obese Women. *Journal of Arak University Medical Sciences*, 23(6), 944–957. <https://doi.org/10.32598/jams.23.6.6165.1>
- NANDA International. (2021). *NANDA Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023* (T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, & Camila Takáo Lopes., Eds.; 12<sup>o</sup>) [Book]. Elsevier. <https://www-clinicalkey-com.sabidi.urv.cat/student/nursing/content/toc/3-s2.0-C20210005022>
- NAOS, & Salgado Méndez, E. (2011). *Invertir la tendencia de la obesidad estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. 1–38. <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- National Heart Lung and Blood Institute, N. (2022, March 24). *Sobrepeso y obesidad - Causas y factores de riesgo | NHLBI, NIH*. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sobrepeso-y-obesidad/causas>
- Niño Martin, V. (2019). *Cuidados enfermeros al paciente crónicos II* (DAE, Ed.). <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/717/1102/>

- NLM, NIH, HHS, & USA.gov. (n.d.). *Home - MeSH - NCBI*. Retrieved April 20, 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>
- OECD. (2019). *The Heavy Burden of Obesity*. <https://doi.org/10.1787/67450D67-EN>
- Organización mundial de la Salud. (2021, June 9). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Paniagua-Urbano, J. A. (2017). *Impacto del programa interdisciplinar I<sup>2</sup>AO<sup>2</sup> liderado por enfermería sobre la obesidad y comorbilidad* [Universidad de Murcia]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154916>
- Quintana, I., Mendoza Llanos, R., Bravo, C., & Mora-Donoso, M. (2018). *ENFOQUE PSICOSOCIAL. CONCEPTO Y APLICABILIDAD EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA*.
- Ramos Pino, J. M., & Carballeira Abella, M. (2021). Obesidad y sobrepeso: conceptualización e intervención desde la enfermería en España. *ENE Revista de Enfermería, ISSN-e 1988-348X, N.º. 15, 2, 2021, 389(15), 8*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30273-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30273-8)
- Santos, A. de L., Pasquali, R., & Marcon, S. S. (2012). Feelings and living experiences of individuals taking part in a support group for control of obesity: An exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing, 11(1)*, 3–13. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120002>
- SEEDO Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. (2000). SEEDO'2000 consensus for the evaluation of overweight and obesity and the assessment of obesity management. *Medicina Clinica, 115(15)*, 587–597. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(00\)71632-0](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(00)71632-0)
- Veit, R., Schag, K., Schopf, E., Borutta, M., Kreutzer, J., Ehlis, A. C., Zipfel, S., Giel, K. E., Preissl, H., & Kullmann, S. (2021). Diminished prefrontal cortex activation in patients with binge eating disorder associates with trait impulsivity and improves after impulsivity-focused treatment based on a randomized controlled IMPULS trial. *NeuroImage: Clinical, 30*. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2021.102679>
- Voils, C. I., Shaw, R., Adler, R., Jeanes, E., Lewis, M. A., Sharp, W., Cronin, K. A., Hetzel, S., Mao, L., Johnson, H. M., Elwert, F., Pabich, S., Gavin, K. L., Yancy, W. S., & Porter, L. S. (2020). Protocol for Partner2Lose: A randomized controlled trial to evaluate partner involvement on long-term weight loss. *Contemporary Clinical Trials, 96*. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2020.106092>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). *WHO European Regional Obesity: Report 2022*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- World Obesity Federation. (2019). *Spain | World Obesity Federation Global Obesity Observatory*. [https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data\\_prevalence](https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_prevalence)

- **Anexo 1**

**Clasificación del sobrepeso y la obesidad según el IMC (SEEDO 2000)**

	Valores límites del IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25-26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27-29,9
Obesidad de tipo I	30-34,9
Obesidad de tipo II	35-39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40-49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	> 50

IMC: índice de masa corporal.