4 Diagnóstico y evaluación clínica integral

De la historia clínica al plan terapéutico: una evaluación centrada en la persona

4.1 Evaluación clínica integral y diagnóstico

Tras obtener el permiso del paciente para hablar del peso, la evaluación comienza con la historia clínica y la anamnesis dirigida, recogida en la Tabla 1, que permite un abordaje individualizado desde la primera consulta.[1]

Tabla 1. Datos clínicos en la evaluación del paciente con obesidad.

Factores desencadenantes	Dejar de fumar, menopausia, gestaciones...
Historia familiar	Número de familiares de primer grado con obesidad
Historia ponderal	Edad de comienzo, cambios de peso (causas y magnitud)
Historia alimentaria*	Patrón de ingesta, hábito de picoteo, apetito-saciedad, compulsividad, dietas previas
Actividad física*	Grado y tipo, capacidad física, cambios de hábitos
Historia psicosocial*	Entorno personal, ambiente y actividad profesional, ritmo sueño-vigilia
Imagen corporal	Autovaloración, focalizaciones, grado de aceptación
Hábitos tóxicos y fármacos	Psicofármacos, insulina y otros fármacos asociados a ganancia de peso

*Cuestionarios de uso clínico orientativos: EDI, GHQ-28, RAPA.

Fuente: Elaboración propia a partir de Kushner y Ryan.[1]

El siguiente paso es la evaluación del exceso de adiposidad.[2-3] El IMC no estima de forma apropiada el riesgo cardiometabólico ni el grado real de adiposidad, por lo que conviene confirmarlo con medidas directas o parámetros antropométricos adicionales (Tabla 2); en personas con IMC > 35 kg/m² puede asumirse el exceso de adiposidad sin necesidad de otras medidas.[2]

Tabla 2. Parámetros complementarios de adiposidad.

Parámetro	Qué evalúa	Método / cálculo	Interpretación clínica
Perímetro de cintura (PC)	Adiposidad abdominal / grasa perivisceral; buen predictor de mortalidad cardiovascular.	Punto medio entre la costilla inferior y la cresta ilíaca, tras espiración normal.	Patológico si > 88 cm (mujeres) o > 102 cm (hombres).
Índice cintura-altura (ICA, WtHR)	Riesgo cardiometabólico inicial; estimación indirecta de adiposidad abdominal.	ICA = PC (cm) / altura (cm).	ICA > 0,5 indica aumento del riesgo; es el indicador recomendado para el cribado inicial.[4-5]
Bioimpedancia eléctrica	Porcentaje de agua corporal, masa grasa y masa muscular.	Medición preferentemente en ayunas.	Estimación indirecta de la composición corporal.
Ecografía metabólica	Valoración cuantitativa del tejido adiposo y muscular.	Valoración ecográfica cuantitativa.	Evaluación morfofuncional más precisa del tejido adiposo y muscular.[6]

En pacientes con IMC ≥ 30 kg/m² debe completarse la valoración con el riesgo global, las comorbilidades y la funcionalidad, mediante la estadificación de Edmonton (EOSS) resumida en la Tabla 3.[7-9]

Con esta información se obtiene una visión real del paciente —no solo de su peso en kilogramos, sino de cómo la obesidad afecta a su salud física y psíquica y a su vida laboral y social—, lo que permite un abordaje más personalizado y con mayor probabilidad de adherencia.[10]

Tabla 3. Escala de estadificación de la obesidad de Edmonton (EOSS), ejemplos orientativos.

EOSS 1 comorbilidad premórbida	EOSS 2 comorbilidad controlada	EOSS 3 comorbilidad no controlada o severa
Prediabetes; presión arterial límite; dislipidemia leve sin tratamiento.	Diabetes mellitus tipo 2; hipertensión arterial; LDL 130-160 mg/dl.	Enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca, ateromatosis severa, arteriopatía periférica; LDL ≥ 160 mg/dl.
ERC con FG 60-89,9 ml/min/m² (grado A1, albuminuria normal); esteatosis leve.	ERC con FG 30-59,9 ml/min/m² (grado A2); esteatosis moderada o con elevación de enzimas hepáticas.	ERC con FG < 30 ml/min/m² (grado A3); hígado graso con disfunción metabólica.
Artralgias y limitaciones mecánicas ocasionales; ronquidos, AOS leve; distimia ocasional.	Osteoartritis; AOS; trastorno ansioso-depresivo controlado y estable.	Limitaciones funcionales importantes; AOS severa; trastorno psiquiátrico con seguimiento por Psiquiatría.

Fuente: Adaptada de Sharma y Kushner.[7]

4.2 Abordaje en consulta: el modelo 5 As y el factor psicológico

La valoración integral puede estructurarse en el modelo 5 As *(Ask, Assess, Advise, Agree, Assist),* que favorece un abordaje centrado en la persona e incluye de forma explícita la influencia de los factores psicológicos en el afrontamiento de la enfermedad.[9,11-12]

4.3 Estigma y comunicación clínica

El estigma de peso influye de forma creciente en el desarrollo, el diagnóstico, el manejo y la prevención de la obesidad, por lo que se recomienda a cada profesional revisar sus propias creencias y su trato hacia esta enfermedad.[15] Conviene distinguir el sesgo de peso (actitudes o juicios negativos relacionados con el peso), el sesgo de peso internalizado (esas mismas creencias dirigidas hacia uno mismo), el estigma de peso (su

manifestación mediante estereotipos sociales) y la discriminación (el trato injusto derivado de todo lo anterior).[15]

Este ciclo tiene un correlato clínico bien descrito: el sesgo de peso genera un estado emocional negativo que reduce la motivación y la implicación del paciente; ese rechazo hacia uno mismo favorece conductas de evitación y aislamiento, que a su vez retrasan la búsqueda de ayuda médica, dificultan la adherencia al tratamiento y terminan aumentando la comorbilidad y la mortalidad. Reducir el sesgo de peso y reforzar la autoeficacia del paciente puede revertir esta espiral y mejorar el afrontamiento y el logro de metas terapéuticas.[15]

Para una valoración más específica del sesgo de peso pueden emplearse el Test de Asociación Implícita, orientado a profesionales sanitarios, y el *Weight Self-Stigma Questionnaire* (S-WSSQ), dirigido al paciente.

Tabla 4. Modelo 5 As aplicado a la consulta de obesidad.

ASK **Pedir permiso**	Evitar sesgos, resistencias y experiencias previas negativas.	«¿Te parece bien que dediquemos unos minutos a hablar sobre tu peso y cómo puede estar influyendo en tu salud?»
ASSESS **Evaluar**	Evaluación integral, incluyendo la esfera psicológica y el estigma en el contexto vital de la persona.	Ansiedad y trastornos del ánimo, ingesta emocional, conductas restrictivas o compensatorias, interiorización del estigma, insatisfacción corporal.
ADVISE **Aconsejar**	Asesorar sobre la enfermedad y su tratamiento.	Estado de salud e impacto de la obesidad; causas (modelo 4 M: mecánico, metabólico, mental y socioeconómico); opciones de tratamiento; beneficios de perder un 5 % del peso; límites y expectativas realistas.
AGREE **Acordar**	Expectativas realistas y centradas en la persona.	Objetivos SMART: específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales.
ASSIST **Acompañar**	Acompañar en el proceso terapéutico.[13]	Derivaciones, seguimiento, recursos, identificación de barreras, equipo interdisciplinar; si se detectan barreras psicológicas, se integra intervención psicológica específica.[14]

Fuente: Adaptada de Wharton *et al.*[9]

Tabla 5. Trato estigmatizante frente a un enfoque centrado en la persona.

Trato estigmatizante	Trato con sensibilidad, empatía y respeto
«Obesidad = falta de disciplina o pereza»	Obesidad = enfermedad crónica, multifactorial y compleja.
Enfoque exclusivamente biomédico, centrado solo en el peso.	Abordaje psicosocial y multidisciplinar, centrado en la salud y la calidad de vida.
«Obeso», «persona obesa»; atribuir cualquier queja al exceso de peso.	Lenguaje centrado en la persona («persona con obesidad»); evaluación clínica sin sobreatribución al peso.
Culpabilizar, avergonzar o dar consejos directivos («tienes que...»).	Intervención motivacional empática; explorar y consensuar objetivos con la persona.
Entorno clínico no adaptado.	Entorno accesible, adaptado y respetuoso (privacidad, mobiliario, tiempos).

Fuente: Elaboración propia.

4.4 Planteamiento de objetivos

Antes de iniciar el plan terapéutico conviene explorar, junto al paciente, su disposición al cambio, su motivación intrínseca, sus expectativas y autoeficacia percibida, y sus valores y metas personales, ya que la motivación intrínseca y la autoeficacia son los mediadores centrales de un cambio de comportamiento sostenido. Los objetivos deben formularse en términos SMART, priorizando metas significativas para el paciente y dejando que sea él quien las proponga siempre que sea posible.[16]

Tabla 6. Formulación de objetivos.

No recomendado	Recomendado
«Tienes que adelgazar / bajar de peso»	«Trabajemos objetivos de salud»; «vamos a tratar de reducir un 5-10 % del peso en 3-6 meses»
«Tienes que moverte más»	«Puedes caminar 30 minutos, 4 días por semana»
«Tienes que hacer dieta»	«Podemos establecer 3 comidas estructuradas al día, evitando picoteos entre horas»

Fuente: Elaboración propia.

Bibliografía

1. Kushner RF, Ryan DH. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. JAMA. 2014;312(9):943-52. doi: 10.1001/jama.2014.10432
2. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221-62. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4
3. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, Halford JCG, Sbraccia P, Yumuk V, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. Nat Med. 2024;30(9):2395-9. doi: 10.1038/s41591-024-03095-3
4. Ashwell M, Gibson S. Waist-to-height ratio as an indicator of 'early health risk': simpler and more predictive than using a 'matrix' based on BMI and waist circumference. BMJ Open. 2016;6(3):e010159. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010159
5. National Institute for Health and Care Excellence. Overweight and obesity management [Internet]. Londres: NICE; 2025 [citado 2026 sep 13]. (NICE guideline; NG246). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng246
6. García Almeida JM, García García C, Vegas Aguilar IM, Bellido Castañeda V, Bellido Guerrero D. Morphofunctional assessment of patient's nutritional status: a global approach. Nutr Hosp. 2021;38(3):592-600. doi: 10.20960/nh.03378
7. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. Int J Obes (Lond). 2009;33(3):289-95. doi: 10.1038/ijo.2009.2
8. Lecube A, Azriel S, Barreiro E, Blay G, Carretero J, Ciudin A, et al. Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas. Madrid: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO); 2024.
9. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ. 2020;192(31):E875-91. doi: 10.1503/cmaj.191707
10. Lemstra M, Bird Y, Nwankwo C, Rogers M, Moraros J. Weight loss intervention adherence and factors promoting adherence: a meta-analysis. Patient Prefer Adherence. 2016;10:1547-59. doi: 10.2147/PPA.S103649
11. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician. 2013;59(1):27-31.
12. Altés A, Aranbarri I, Cuatrecasas G, Morales C, Alonso-Jerez JL. Addressing the obesity challenge: a model for personalized management in primary care. Semergen. 2026;52(5):102757. doi: 10.1016/j.semerg.2026.102757
13. Porca C, Rodríguez-Carnero G, Tejera C, Andújar P, Casanueva FF, Crujeiras AB, et al. Effectiveness to promote weight loss maintenance and healthy lifestyle habits of a group educational intervention program in adults with obesity: IGOBE program. Obes Res Clin Pract. 2021;15(6):570-8. doi: 10.1016/j.orcp.2021.10.003
14. Baile JI, González-Calderón MJ, Palomo R, Rabito-Alcón MF. La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. Rev Clin Contemp. 2020;11:e3.
15. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med. 2020;26(4):485-97. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x
16. Grup d'Estudi de l'Obesitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Guia ABCD abordatge de l'obesitat. Barcelona: CAMFiC; 2024.