

Las Dietas Hacen Daño: una Crítica al Paradigma de Salud Centrado en el Peso

Diets Do Harm: A Critique of the Paradigm Weight-Focused Health

Diana Guadalupe Antonio-Sánchez^a

Resumen

En los últimos años “el sobrepeso” y “la obesidad” se han posicionado entre los más grandes desafíos para la salud pública del país, a tal grado que se han normalizado frases como *la guerra contra la obesidad* para hacer alusión a un enemigo en común, al que se debe eliminar. Para tales fines se han instaurado diversas políticas que en lugar de preservar la salud han resultado en medidas violentas que han fomentado el juicio y la estigmatización hacia los cuerpos gordos. Entre las soluciones individuales que han propuesto diferentes instituciones rectoras destacan la dieta y el ejercicio como dos pilares fundamentales en el tratamiento “anti-gordura”. Sin embargo, poco se habla de las repercusiones que tiene el someterse a dietas para bajar de peso y si realmente existe evidencia científica que demuestre que esa puede ser una alternativa sostenible a largo plazo. Este texto busca problematizar la cultura de las dietas con una lectura diferente al enfoque tradicional de salud centrado en el peso, con la esperanza de contribuir con un cambio de paradigma en la ciencia de la nutrición que evite que más personas en la búsqueda de delgadez terminen perdiendo su salud.

Palabras clave: Dietas, daños, salud, peso.

Abstract

In recent years “overweight” and “obesity” have been positioned among the greatest challenges for the public health of the country, to such a degree that they have normalized phrases like the war on obesity to refer to a common enemy, to which should be removed. For these purposes, they have been established various policies that, instead of preserving health, have resulted in violent measures that have encouraged judgment and stigmatization towards fat bodies. Among the individual solutions that have been proposed different governing institutions highlight diet and exercise as two fundamental pillars in the “anti-fat” treatment. However, little is known talks about the repercussions of undergoing diets to lose weight and if there really is evidence science that demonstrates that this can be a long-term sustainable alternative. This text seeks problematize diet culture with a reading different from the traditional health-centered approach weight, in the hope of contributing to a change of paradigm in nutrition science that prevents more people in the pursuit of thinness end losing his health.

Keywords: Diets, damage, health, weight.

^aUniversidad Abierta y a Distancia de México. División de Ciencias de la Salud, Biológicas y Ambientales. Av. Universidad 1200. Colonia Xoco, Benito Juárez, C.P. 03330 CDMX.

Correspondencia: Diana Guadalupe Antonio Sánchez
Universidad Abierta y a Distancia de México.
Correo electrónico: dianaantoniosanchez@gmail.com

¿Qué es dieta?

Es curioso que uno de los primeros conceptos que se aprenden como estudiante de nutrición es la definición de dieta. Se podría decir que en un nivel académico la dieta es un sustantivo: el conjunto de alimentos que comemos habitualmente sin ponerle una etiqueta de bueno o malo, sin embargo, también se dice que existe una dieta correcta (aquella que cumple con las leyes de la alimentación), lo que lleva a concluir que, por lo tanto, existen formas incorrectas de alimentarse. Por otro lado, la palabra dieta también funciona como verbo “ponerse a dieta” o “hacer dieta” al menos en las últimas décadas ha tenido un significado de sacrificio o restricción alimentaria, y es por ello, que algunos profesionales de la salud para dejar atrás la sombra de la palabra dieta ahora llaman planes de alimentación a las dietas que calculan; entonces, cuando se dice y se sostiene que las dietas hacen daño, me refiero a *todo aquel régimen de consumo alimentario normalmente hipocalórico, que se implementa con la finalidad de disminuir masa grasa o peso corporal, sea prescrito por un profesional de la salud, gurú, la vecina, el influencer, o incluso auto recetado.*

El cuerpo gordo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a “la obesidad” y “al sobrepeso” como acumulaciones anormales o excesivas de grasa en el cuerpo, bajo este escenario, los *cuerpos gordos* serían los que presentan dichas acumulaciones anormales de grasa. Sin embargo, este mismo Organismo describe que el diagnóstico se realiza mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), donde irónicamente el porcentaje de grasa corporal no se evalúa y es el peso corporal la variable determinante; de esta forma, un IMC por arriba de 25 kg/m² se considera “sobrepeso” y superior a 30 kg/m², “obesidad”. Si bien existen otras características a evaluar (como la presencia de síndrome metabólico,

prediabetes, dislipidemia, hipertensión, enfermedad cardiovascular, esteatosis hepática no alcohólica etc.), el diagnóstico por defecto se sigue realizando con el IMC¹.

Ante esta primera incongruencia diagnóstica es necesario realizar algunos matices del término gordo (a) o gordura, ya que es una expresión que se estará utilizando constantemente a lo largo del texto como una alternativa ante los conceptos de “sobrepeso” y “obesidad”. Primero que nada, he de decir que la utilización de estos términos se ha retomado de activistas corporales que se autodenominan personas gordas para quitarle el estigma a la palabra: gordo². Desde esta perspectiva, ser gordo es una característica corporal como cualquier otra, misma que se puede usar para denominar a los cuerpos grandes ya que la categoría “obesidad” (proviene del latín *obedere* que significa *aquel que se come todo*) refuerza la idea de que el gordo es gordo porque come vorazmente, declarando en su raíz etimológica una relación inequívoca y prácticamente unicausal entre el desarrollo de “obesidad” y un exceso en la ingesta alimentaria. Esta interpretación prevalece en la cultura mexicana e influye en la percepción que se tiene sobre las causas de “la obesidad”. Incluso la OMS sugiere que, si bien existen otros factores, la causa fundamental de “la obesidad” es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas¹, y aunque se advierte que no se trata de comer menos sino mejor, el tratamiento dietético “anti-obesidad” se sigue midiendo en calorías, por mucho que se recomiende mejorar la calidad de la dieta (mediante la reducción del consumo de azúcares, alimentos procesados y aumentar las hortalizas, legumbres, frutos secos y fibra), la propia construcción de la dieta inicia contabilizando cuántas calorías contendrá para luego repartirlas en porcentajes de hidratos de carbono, proteínas y lípidos que se transforman en raciones según cada grupo de alimento. Lo que refuerza la idea de que lo importante del tratamiento son las calorías.

Las dietas no funcionan

Existen diversos estudios que afirman el éxito de intervenciones (dietas) para disminuir el peso corporal en adultos. No obstante, haciendo una revisión crítica del método detrás de sus resultados se obtiene que sus hallazgos, provienen de muestras sin representatividad y lo más importante, ninguna presenta un seguimiento a largo plazo³⁻⁵. Es decir, con restricción calórica se puede perder peso, sí, pero la evidencia científica es contundente; del 100% de los dietantes, aproximadamente el 95% van a recuperar el peso perdido, en un promedio de dos a cinco años y en ese mismo intervalo de tiempo, dos terceras partes aumentarán incluso más peso del que perdieron⁶⁻⁸.

Ahora bien, ante tales hallazgos es fácil pensar que, si las personas aumentaron de peso o dejaron de perderlo, no fue porque las dietas sean inefectivas, sino que el sujeto no continuó con la dieta y por eso obviamente con el tiempo, volvieron a su peso inicial o quizás "empeoraron sus hábitos", y como consecuencia lógica ganaron más peso, lo cierto es que el cuerpo siempre va a buscar la homeostasis. Cada persona tiene un rango de peso en el que sin mayor esfuerzo se mantiene ahí fluctuando (un intervalo de 4 a 9 kilos) un *set point* corporal⁹.

También, es sabido que este rango puede "manipularse". En un estudio se sometió a dos grupos de personas a perder o aumentar en un 10% su peso habitual mediante alimentación y actividad física controlada encontrando que en los participantes que aumentaron peso, su metabolismo se aceleró en un 15%, una prueba de que sus cuerpos estaban intentando bajar de peso (regresar a su *set-point*) y los que disminuyeron su peso inicial, se encontró que su metabolismo se desaceleró en un 15%, es decir, el efecto contrario¹⁰.

Esta termogénesis adaptativa, en respuesta a la restricción calórica, da como

resultado un ahorro de energía al reducir el gasto energético en reposo, mediante una disminución de la leptina para evitar que se agoten las reservas de triglicéridos y mantener las funciones biológicas esenciales del cuerpo¹¹. Todos estos hallazgos, permitieron comprender que los humanos están programados biológicamente para estabilizar su peso corporal, que el cuerpo involuntariamente va a instaurar mecanismos para enfrentar el estado de subalimentación que suponen las dietas¹⁰⁻¹².

Además, si existe suficiente evidencia para demostrar que el cuerpo naturalmente se va a resistir a la pérdida de peso ¿por qué las hipótesis siempre apuntan a que son los pacientes los que fallan al perder peso? Lamento ser la portadora de "malas noticias" pero hasta ahora la evidencia científica confirma que no se ha inventado ni una sola forma efectiva para perder peso en el largo plazo^{13, 14}. Lo más irónico de esto, es que uno de los predictores más importantes del aumento de peso, a nivel poblacional, es precisamente haber llevado a cabo una dieta, sin importar los kilos con los que se inicie el proceso¹⁵⁻¹⁷. En otras palabras, hacer dieta no solo es contraproducente para la pérdida de peso, sino que hace que el *set point* se ajuste y en consecuencia el peso habitual aumente¹⁸.

En este mismo sentido, se ha descubierto que los retos de 21 días y las dietas además de ser ineficaces para generar una pérdida de peso sostenible en el tiempo, tampoco resultan en un mejoramiento de la salud o de la calidad de vida¹⁹. Se ha documentado que la preocupación por la delgadez e insatisfacción corporal se relaciona significativamente con el hecho de haberse sometido a un régimen dietario^{20, 21}. En un estudio realizado en Chile, se reportó que el intervalo de edad para iniciar una dieta fue de los 7 a 18 años de edad, cabe destacar que las jóvenes con un "IMC elevado" tuvieron un inicio más precoz en el mundo de las dietas y la restricción alimentaria, que sus homólogas con pesos normativos²⁰.

De manera similar, otro de los efectos más nocivos de las dietas es la desestabilización del peso corporal, es decir, el bucle de perder y recuperar peso de forma repetitiva o weight cycling (al que los cuerpos gordos están más expuestos, como dietantes crónicos), se ha asociado con desenlaces negativos para la salud desde muerte prematura hasta desarrollar enfermedades crónicas²²⁻²⁴. La evidencia que muestra las repercusiones causadas por una pérdida de peso intencional indican que estas conductas son problemas serios de salud para cualquier persona sin importar su peso, no obstante en México, estos factores ni siquiera son considerados en las estrategias para “combatir la obesidad” al contrario el hacer dieta es una medida recomendada por las autoridades sanitarias y se le incita a la población a seguir este tipo de regímenes.

Peso no es salud

El paradigma de salud centrado en el peso es un enfoque que reduce la composición corporal a un simple balance de energía ingerida y gastada, sin problematizar las complejas interacciones que existen entre genes, conductas, experiencias, exposiciones ambientales, y factores socioeconómicos que se encuentran fuera de control, y que en gran medida determinan el peso corporal⁸. Bajo este enfoque, el peso es considerado un indicador suficiente para separar a personas “sanas” de las “enfermas”. Del mismo modo, concibe que las personas toman decisiones conscientes sobre lo que comen y sus niveles de actividad física.

De acuerdo con estas premisas a mayor peso, aumenta también el riesgo a enfermar, por consiguiente, este modelo presupone que la pérdida de ese “peso extra” prolongará la vida y da por hecho que cualquier sujeto con suficiente convicción puede perder dicho peso y no recuperarlo mediante dieta y ejercicio. Estas ideas se institucionalizaron durante 1985 cuando se celebró una Conferencia

sobre las implicaciones de la obesidad para la salud; comparando a un grupo de individuos con “obesidad”, y otro con peso dentro de la categoría de “lo normal”²⁵. Gracias a estos análisis y a otros que coincidían, se llegó a la conclusión de que para determinadas patologías (principalmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoartritis y cáncer) “el exceso de peso” era el común denominador²⁵. Dichos hallazgos fueron y siguen siendo el eje articulador del discurso estigmatizador de la gordura, al grado de ser considerada un factor de riesgo o incluso una enfermedad. Sin embargo, que exista una asociación entre dos variables no significa que una provoque a la otra, es decir, no porque a nivel poblacional se haya encontrado mayor prevalencia de ciertas enfermedades en personas con cuerpos grandes, se puede concluir de forma definitiva que la gordura sea la causa^{8, 26}.

No obstante, una gran cantidad de artículos científicos confirman en mayor o menor medida que entre las causas principales para el desarrollo de diabetes, se encuentra “una mala alimentación”, la que a su vez origina la “obesidad”²⁷. Pese a esto, existen investigaciones recientes que no encuentran una asociación entre el “exceso de peso” y el aumento estadísticamente significativo del riesgo a sufrir diabetes^{22, 26, 28}. Concretamente, en un estudio de casos y controles que buscaba establecer asociaciones entre la “obesidad”, la dieta y el tabaquismo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo dos encontró que un consumo alimentario en el que las grasas superarán el 30% y el azúcar un 10% de la energía total consumida; junto con una ingesta de sal por arriba de los 5 gramos diarios; aunado a un consumo escaso de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y fibra aumentaba el riesgo 84.5 veces²⁹.

En el otro extremo, se encontró una posibilidad de ocurrencia 1.5 veces mayor en los pacientes que presentaban “obesidad”²⁹, cabe destacar que al final del análisis se descartó esta última variable como posible

factor de riesgo ya que el intervalo de confianza (IC) incluía el valor de 1. Este hallazgo podría comenzar a explicar la existencia de personas gordas sin insulinoresistencia y otras con un IMC normal pero con manifestaciones de resistencia a la insulina²⁷. En otras palabras, no todas las personas gordas presentan alteraciones metabólicas, de acuerdo con algunos estudios existe una proporción de un 20 a un 30%, que no presentan trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, ni algún otro factor de riesgo asociado con "la obesidad"³⁰.

Estas "excepciones" comenzaron a plantear una subcategoría: "el obeso sano". Es decir, personas que, si bien habitan en cuerpos con un IMC mayor de 30 kg/m², no presentan resistencia a la insulina ni ningún otro factor de riesgo añadido. De acuerdo con esta categorización el obeso sano sería capaz de acumular el exceso de grasa a nivel del tejido adiposo subcutáneo, mientras que, en el obeso patológico, los depósitos de grasa subcutánea no se expanden y ésta se acumula en otros sitios del organismo (grasa visceral)³⁰. Si bien se han formulado diferentes teorías biológicas y genómicas que intentan explicar esto, lo cierto es que los hallazgos científicos confirman que no hay ninguna enfermedad que únicamente afecte a las personas gordas.

Por otro lado, diversos autores han planteado que las personas obesas sanas son solo un estadio transitorio para desarrollar problemas metabólicos a mediano plazo y algunos otros concluyen tajantemente que no existe tal clasificación porque un obeso nunca podrá estar sano⁵. Ante estas discrepancias resulta interesante mencionar que en los artículos revisados acerca del tratamiento dietético "anti-obesidad" se concluye que las medidas terapéuticas no deben enfocarse únicamente en la pérdida de peso sino en la disminución de grasa subcutánea y principalmente visceral^{5, 31-33}.

Sin embargo, en la guía de práctica clínica para pacientes con obesidad se puntualiza

claramente que la meta del tratamiento dietético es reducir el peso corporal mediante la disminución del número total de calorías consumidas y se hacen recomendaciones muy someras sobre la disminución de grasa, sin hacer énfasis en actividades específicas para limitar el porcentaje de grasa visceral³⁴. En el caso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEO) los criterios de intervención terapéutica que proponen están en función del IMC³⁵, por lo que la grasa visceral no es un parámetro que siquiera se tome en cuenta. La SEEO, en su libro *Obesidad: una enfermedad crónica*; también sugiere que el éxito del tratamiento no debe valorarse únicamente por el peso perdido sino con las mejoras con respecto a las comorbilidades³⁵, sin embargo, en el obeso sin alteraciones metabólicas, el único parámetro a considerar sería la pérdida de peso.

Por último, parece existir un consenso en cuanto a que es mediante la modificación en los estilos de vida como se logra el control clínico de indicadores fisiológicos como la presión arterial, lípidos sanguíneos o la glucosa. La evidencia ha demostrado que la calidad de los carbohidratos de la dieta (más que la cantidad) tienen un mayor impacto en la salud y la mortalidad general³⁶. No obstante, se sigue recomendando un déficit calórico de 500 a 1000 kcal diarias en el consumo dietético habitual o en el requerimiento energético total como parte del tratamiento anti-obesidad³⁴. La restricción calórica no se puede considerar como parte de un estilo de vida saludable como sí lo es mejorar la calidad de la dieta, de la misma forma que la disminución de la grasa visceral no se logra de forma directa perdiendo peso. De hecho, en los estudios en los que se asocia a la restricción calórica para reducir el porcentaje de grasa visceral, en el medio se encuentran otros factores como una ingesta de alimentos balanceados y el ejercicio aeróbico que pueden actuar como variables confusoras³⁷⁻³⁹.

Por otro lado, eso de darle tanto peso al peso, como predictor de bienestar también ha sido refutado en algunos estudios donde se quería encontrar factores predictores para muerte prematura en adultos; sin importar la medición antropométrica que se utilice (IMC, circunferencia abdominal, porcentaje de masa grasa), cuando se revisaron los factores protectores más significativos ninguno se relacionó significativamente con la composición corporal, más bien, con hábitos, en los que la actividad física regular y una mejoría de la capacidad cardiorrespiratoria fueron determinantes^{40,41}. Además de la actividad física, otros factores positivos fueron no fumar, beber alcohol con moderación y consumir niveles recomendados de frutas y verduras.

Un hallazgo importante fue que entre los factores predictores para una muerte prematura se encontraron los ciclos de pérdida-recuperación-ganancia de peso y las conductas descontroladas: atracones, saltarse algún tiempo de comida, prácticas purgativas, abuso de diuréticos o laxantes y utilización de fármacos para perder peso^{41, 42}. Del mismo modo, otros estudios ya concluían que personas gordas pero físicamente activas presentaban la mitad de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares que personas sedentarias dentro de la categoría de IMC "normal"⁶.

Asimismo, los beneficios obtenidos a través del ejercicio aeróbico han sido documentados (mejoras en la sensibilidad a la insulina, reducción de la tensión arterial y de lípidos en sangre) aún en sujetos que no disminuyeron su porcentaje de grasa corporal durante el seguimiento⁴³. Es decir, existe evidencia suficiente para concluir que diversos indicadores en salud pueden mejorar a través del cambio de conductas en salud, sin importar si se baja de peso, ya que son estos hábitos los que determinan los desenlaces en salud. De acuerdo con Bacon²⁶ el peso solo da información sobre el tamaño del cuerpo, no más. Algunas autoras y activistas corporales

se han pronunciado al respecto y consideran que nombrar a alguien enfermo por su peso no es un acto científico sino prejuicioso^{21, 44, 45}.

La cuestión del estigma de peso y discriminación suele ser un tema controversial porque las personas agresoras asumen que las críticas tienen la buena intención de que la persona gorda "recapacite" y se ocupe de su salud; aunque como ya vimos la salud no se mide en kilos. Entonces sí no solo basta con perder peso y el parámetro antropométrico relevante es el porcentaje de grasa visceral por qué la OMS o la Secretaría de Salud no hacen campañas para mencionar que según su propia definición también pueden existir "los delgados obesos", es decir, personas con un "IMC normal", pero con "exceso de grasa visceral". El estigma de peso⁴⁶ es la razón por la que en toda la publicidad para concientizar sobre las enfermedades crónicas no transmisibles las personas afectadas son siempre gordas y por supuesto las ilustran comiendo alimentos industrializados y sentadas o cansadas ¿realmente se piensa que de esta manera se está fomentando su autocuidado? Además, cuando llegan a aparecer personas delgadas en ese tipo de propaganda, ellas sí salen sonriendo y siendo activas físicamente. De verdad se creé que las personas delgadas no comen alimentos hipercalóricos, ¿será que no hay gente delgada que sea sedentaria o que tenga enfermedades crónicas? ¿O que realmente solo los gordos tienen hábitos poco saludables?

Esto no quiere decir que no existan personas gordas con hábitos cuestionables o dañinos, lo verdaderamente grave es que ciertas suposiciones no permitan creer que un cuerpo gordo puede ejercitarse, comer verduras o ser metabólicamente sano. En este sentido, diversos estudios sobre el estigma de peso han concluido que los prejuicios a los que tienen que someterse las personas de cuerpos grandes en los servicios de salud los excluye de asistir con periodicidad^{18, 46}, ya sea porque aunque vayan por un dolor

de garganta el personal de salud atribuye cualquier malestar a su peso o porque durante el seguimiento siempre se ponga en duda y se presuponga su forma de actuar en cuanto a temas alimentarios o relacionados con su actividad física ya que la gordura se sigue considerando una respuesta asociada exclusivamente a los hábitos del individuo²¹.

De igual modo, dicho estigma hacia los cuerpos gordos aumenta el riesgo de depresión y afianza aún más las conductas alimentarias desordenadas y los comportamientos alejados de los estilos de vida saludables⁴⁷. Hay evidencia que sostiene que esta estigmatización puede conducir a mayor ingesta de alimentos hipercalóricos, rechazo a las prácticas alimentarias saludables, menor actividad física y ausencia o retraso en la búsqueda de atención médica²⁶. Otros estudios han descrito como esta discriminación que sufren las personas gordas, así como los ciclos de pérdida y ganancia de peso, configuran una carga muy elevada de estrés que condiciona sus cuerpos a estados inflamatorios crónicos que podrían contribuir de forma importante a las mayores prevalencias reportadas en ciertas patologías, que generalmente son atribuidas a la adiposidad o al "exceso de peso"^{8, 26, 48}.

Por lo tanto, existe una línea de investigación que propone ver "la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad" como resultado de sociedades obsesionadas con hacer dieta. De acuerdo con esta teoría, el weight cycling sería además de un predictor de aumento de peso también, estaría relacionado con el desarrollo de enfermedades que actualmente se atribuyen a la gordura⁴⁹. Es decir, un buen porcentaje de dietantes crónicos (recordemos que el 95% de las personas que se han sometido a una dieta recupera el peso perdido durante la intervención) no tendrían el peso que tienen ahora, no iban a desarrollar diabetes, no tendrían problemas cardiovasculares y actualmente, puede que presenten estas características derivado de los regímenes dietarios a los que se han

sometido a lo largo de su vida y a sus efectos secundarios a nivel físico, metabólico y emocional^{7, 24, 42, 50}.

La industria de las dietas ha sido hábil en equiparar la delgadez con la salud, pero no, no toda la gente delgada está sana ni todos los gordos están enfermos, ni sanos (por supuesto); el punto aquí, es que el tamaño del cuerpo no debería ser una variable determinante para valorar el estado de salud. Se suele aceptar que existe gente "innatamente delgada" y a nadie parece causarle conflicto es más muchas veces hasta son envidiadas, pero el siquiera concebir que hay gente gorda con hábitos saludables, parece prácticamente imposible. Con todos estos prejuicios ya no parece una simple coincidencia que para alcanzar el famoso "peso ideal" la complexión debe ser delgada, y existe un mandato casi obligatorio de aspirar a ese peso no solo para poder ser saludable, sobre todo para que no se cuestione sobre las decisiones alimentarias que se toman consciente o inconscientemente⁴⁶.

Problematizar el mandato de la delgadez revela la mayor paradoja de su principal consigna: las personas gordas tienen que adoptar las conductas necesarias para poder alcanzar "un peso más saludable" pero como es prácticamente imposible adelgazar de forma sostenida en el tiempo, ni la mejor dieta hecha por el mejor nutriólogo puede considerarse una estrategia sostenible y compatible con la salud; entonces, aunque se pierda peso con dicho régimen, ese resultado no puede ser un peso "saludable". Porque el peso saludable poco tiene que ver con la delgadez, es aquel que resulta naturalmente más sencillo de mantener teniendo una vida saludable a nivel global.

Salud en todas las tallas

Health At Every Size (HAES) o Salud en Todas las Tallas se ha posicionado como una alternativa para escapar de la cultura de las

dietas. Esta filosofía de vida es un modelo de promoción de la salud peso incluyente¹³. Es decir, su noción de salud no categoriza a los cuerpos de acuerdo con los kilos de peso, el porcentaje de grasa o el IMC, bajo este paradigma el peso no es una conducta o elección personal y los humanos pueden existir en un amplio rango de pesos o set points⁴⁵.

Este modelo no da por hecho, que todas las personas estén innatamente saludables en cualquier tamaño, sino que la forma de su cuerpo no es concluyente para diagnosticar sus niveles de bienestar⁵¹. En este sentido, uno de sus componentes principales es la alimentación intuitiva, la cual tiene como fundamento el comer guiándose por los signos fisiológicos de hambre y saciedad⁵². En el modelo de alimentación intuitiva la persona tiene la libertad incondicional para poder comer y seleccionar alimentos desde el gozo; además se centra en la aceptación y aprecio por los cuerpos sin importar su forma. Tribole y Resch describen los 10 principios de esta narrativa los cuales se describen brevemente a continuación⁵³:

1. Rechaza la mentalidad de dieta: consiste en identificar y cuestionar las ideas de que existe una manera de alimentarse que garantice que se puede perder peso de manera sostenida y conseguir la delgadez.
2. Honra tu hambre: este principio consiste en conectar nuevamente con las sensaciones; el hambre es un signo de salud, indica que el cuerpo está funcionando de manera adecuada. Reaprender a satisfacer esta señal biológica alista el escenario para volver a desarrollar la confianza en uno mismo y en la comida.
3. Hacer las paces con la comida: consiste en quitarle las etiquetas de buenos y malos a los alimentos, al desmoralizarlos también hay liberación de la culpa que se

siente al comer alimentos considerados como “no saludables”.

4. Reta al policía de la comida: la policía alimentaria controla las reglas injustificadas que la cultura de las dietas ha creado, es una voz que vigila todo lo que se come, el peso y los cuerpos de los demás.
5. Siente tu saciedad: es muy importante empezar a conectar con señales de saciedad, comiendo despacio, y sin distracciones.
6. Descubre el factor de satisfacción: este principio invita a incluir el placer como ingrediente básico en todos los tiempos de comida. La cultura de las dietas ha alejado el poder disfrutar la comida. El placer es una necesidad fisiológica y emocional que se encuentra no solo en los sabores, sino también en toda la experiencia de alimentarse (lugar, compañía y sensaciones).
7. Hacer frente a las emociones con amabilidad: no se puede desligar la alimentación de las emociones. Comer es un recurso que se aprende a utilizar para gestionar las emociones, sin embargo, la comida no puede ser el único recurso con el que se cuenta para gestionar las emociones.
8. Respeta tu cuerpo: respetar el cuerpo significa reconocer sus necesidades y cuidar de él independientemente de si gusta o no, de su forma, tamaño, edad, color de piel o estado de salud.
9. Ejercicio, siente la diferencia: empezar a conectar con el movimiento desde un enfoque del bienestar y el gozo, y no con el deseo intrínseco de modificación corporal o de compensar las calorías ingeridas.
10. Honra tu salud, alimentación amable: se refiere a aprender más sobre nutrición,

sobre cómo llevar una alimentación completa, variada, equilibrada, inocua y adecuada al contexto. Recomienda utilizar la nutrición como una herramienta de prevención y la terapia nutricional para ayudar a disminuir síntomas, mejorar la calidad de vida o incluso sanar la condición de salud, siempre honrando el hambre, la saciedad y el placer.

A pesar de que este paradigma incluye acciones que pueden ser adoptadas de forma individual como la alimentación intuitiva, el movimiento placentero y la positividad corporal, ante todo reconoce los aspectos sociales, económicos, políticos y físicos que juegan un papel mucho más importante como determinantes inmediatos y subyacentes de la salud y el bienestar.

Igualmente, esta forma de entender la salud se encuentra respaldada en la teoría del cambio conductual en la que se propone a la auto-aceptación como el pilar fundamental del autocuidado, es decir, las personas al aceptar su cuerpo desarrollan la capacidad de cuidar de sí mismas y sostener mejorías en sus prácticas de salud. La premisa de que el descontento corporal funciona como incentivo para instaurar cambios beneficiosos a la salud, ha sido rechazada en algunos estudios^{54, 55}. Lo que se ha encontrado es que tiene una relación inversa, el odio corporal solo exacerba un deseo profundo por modificar el cuerpo; al precio que sea, con dietas o con métodos incluso más dañinos⁵⁴.

Es importante mencionar que este enfoque no ha estado exento de críticas, quizás la más contundente es que al promover la aceptación de todos los cuerpos, se desate en las personas la desmesura alimentaria, que esta aceptación será tomada como una invitación a desarrollar conductas nutricionales desfavorables como el consumo de alimentos hipercalóricos, incluyendo la nula actividad física, causando por un lado, que las personas delgadas aumenten de

peso y las gordas se vuelvan más gordas. Sin embargo, estas especulaciones han sido refutadas: ningún estudio aleatorizado y controlado de HAES ha generado un incremento de peso en los participantes. Los estudios de esta índole que monitorean la calidad dietética o conducta alimentaria reportaron una mejoría o por lo menos su mantenimiento⁵⁶. Esto está en contraste directo con "hacer dieta", acto que sí se asocia con el aumento de peso a largo plazo¹⁵⁻¹⁷. Otros estudios han demostrado que incluir este modelo en los planes de estudio a nivel básico y universitario contribuyen a un aumento de la estima corporal y actitudes alimentarias saludables⁵⁷.

Conclusiones

La conclusión de este escrito es una reflexión cordial a alimentarse de la mejor manera que el contexto lo permita, a seguir insistiendo y buscando formas de cuidar y cultivar una salud metabólica, física y mental, haciendo lo que hasta ahora la ciencia concluye que son elementos importantes para una vida saludable sin que la intención primaria al instaurar esas modificaciones en la rutina, sea obligatoriamente perder peso en el proceso. No hay un reflejo más claro de una sociedad que equipara peso con salud que el hecho de que se le tenga más miedo a una báscula que a unos exámenes bioquímicos. Aceptar que se pueden mejorar los hábitos de manera abismal y eso no necesariamente hará perder peso, permite explorar otras formas de alimentarnos que conduzcan a entender que la salud puede existir en muchos tipos de cuerpos. Finalmente, se considera que estar de acuerdo está muy sobrevalorado, se tiene el derecho y la libertad de no coincidir, a tal grado, que si algo causa molestia suficiente como para criticarlo, se debería investigar más sobre el tema, y bueno, no hay nada tan digno como equivocarse y aceptarlo.

Referencias

- 1]. OMS. Obesidad [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 27]. [En línea] https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1
- 2]. Aranda Delgado MM. Devenir gorda. Proceso de identificaciones y afectaciones deseantes. *La Vent Rev Estud género* [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 8];6(53):217–48. [En línea] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362021000100217&lng=es&nrm=iso&tln=es
- 3]. Simons-Morton DG, Obarzanek E, Cutler JA. Obesity research--limitations of methods, measurements, and medications. *JAMA* [Internet]. 2006 Feb 15 [cited 2023 Sep 15];295(7):826–8. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16478906/>
- 4]. Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M. ¿Es Sano Perder Peso? *Rev Salud Publica* [Internet]. 2009;11(5):802–10. [En línea] <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n5/v11n5a13.pdf>
- 5]. Sala-Pons V, Drobnic-Martínez F, Pons-Biescas A. Restricción calórica, un método eficaz, sencillo y saludable para perder peso. *Nutr Clínica y Dietética Hosp* [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 31];37(4):77–86. [En línea] <https://revista.nutricion.org/PDF/PONSSALA.pdf>
- 6]. Gaesser G. Is “Permanent Weight Loss” an Oxymoron? In: Rothblum E, Solovay S, editors. *The Fat Studies Reader*. New York University Press; 2009. p. 37–41.
- 7]. Fischer M, Oberänder N, Weimann A. Four main barriers to weight loss maintenance? A quantitative analysis of difficulties experienced by obese patients after successful weight reduction. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2023 Sep 20];74(8):1192–200. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32001814/>
- 8]. O’Hara L, Taylor J. What’s Wrong With the ‘War on Obesity’? A Narrative Review of the Weight-Centered Health Paradigm and Development of the 3C Framework to Build Critical Competency for a Paradigm Shift. *SAGE Open*. 2018;8(2).
- 9]. Camacho AL. Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. *Rev Endocrinol y Nutr*. 2005;13(4):197–202.
- 10]. Leibel RL, Rosenbaum M, Hirsch J. Changes in Energy Expenditure Resulting from Altered Body Weight. <https://doi.org/10.1056/NEJM199503093321001> [Internet]. 1995 Mar 9 [cited 2023 Sep 15];332(10):621–8. [En línea] <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199503093321001>
- 11]. Ganipiseti VM, Bollimunta P. Obesity and Set-Point Theory. *StatPearls* [Internet]. 2023 Apr 25 [cited 2023 Nov 10]; [En línea] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592402/>
- 12]. Ochner CN, Barrios DM, Lee CD, Pi-Sunyer FX. Biological mechanisms that promote weight regain following weight loss in obese humans. *Physiol Behav* [Internet]. 2013 Aug 5 [cited 2023 Nov 11];120:106–13. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23911805/>
- 13]. Aphramor L. Validity of claims made in weight management research: A narrative review of dietetic articles. *Nutr J* [Internet]. 2010 Jul 20 [cited 2023 Sep 15];9(1):1–9. [En línea] <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-9-30>
- 14]. Applebaum M. Why Diets Fail — Expert Diet Advice as a Cause of Diet Advice as a Cause of Diet Failure. *Am Psychol*. 2008;(April):2000–2
- 15]. Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Eisenberg ME. Why Does Dieting Predict Weight Gain in Adolescents? Findings from Project EAT-II: A 5-Year Longitudinal Study. *J Am Diet Assoc*. 2007 Mar;107(3):448–55.
- 16]. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. *J Adolesc Health* [Internet]. 2012 Jan [cited 2023 Sep 15];50(1):80–6. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188838/>

- 17]. Lowe MR, Annunziato RA, Markowitz JT, Didie E, Bellace DL, Riddell L, et al. Multiple types of dieting prospectively predict weight gain during the freshman year of college. *Appetite* [Internet]. 2006 Jul [cited 2023 Sep 21];47(1):83–90. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16650913/>
- 18]. Tomiyama AJ, Ahlstrom B, Mann T. Long-term Effects of Dieting: Is Weight Loss Related to Health? *Soc Personal Psychol Compass* [Internet]. 2013 Dec 1 [cited 2023 Sep 21];7(12):861–77. [En línea] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/spc3.12076>
- 19]. Schulz M, Liese AD, Boeing H, Cunningham JE, Moore CG, Kroke A. Associations of short-term weight changes and weight cycling with incidence of essential hypertension in the EPIC-Potsdam Study. *J Hum Hypertens* [Internet]. 2005 Jan [cited 2023 Sep 15];19(1):61–7. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15343355/>
- 20]. Contreras A ML, Morán K J, Frez H S, Lagos O C, Marín F MP, Pinto B M de los Á, et al. Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. *Rev Chil pediatría* [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 20];86(2):97–102. [En línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000200006&lng=es&rm=iso&tlng=es
- 21]. Borja BB, Rodríguez FH. La estigmatización del cuerpo obeso: percepción en un grupo de adolescentes mexicanos. *Arch en Med Fam* [Internet]. 2012 [cited 2023 Sep 20];14(1):21–7. [En línea] <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962004>
- 22]. Park K, Hwang H, Cho K, Han K. Body Weight Fluctuation as a Risk Factor for Type 2 Diabetes : Results from a Nationwide Cohort Study. *J Clin Med*. 2019;8(950):11 p.
- 23]. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Weight Change, Weight Fluctuation, and Mortality. *Arch Intern Med*. 2002;162:2575–80.
- 24]. Bangalore S, Fayyad R, Laskey R, DeMicco DA, Messerli FH, Waters DD. Body-Weight Fluctuations and Outcomes in Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2017 Apr 6;376(14):1332–40.
- 25]. Burton BT, Foster WR, Hirsch J, Van Itallie TB. Health indications of obesity: An NIH consensus development conference. *Int J Obes*. 1985;9(3):155–70.
- 26]. Bacon L, Aphramor L. Ciencia del Peso : Evaluando la Evidencia para un Cambio de Paradigma. *Nutr J* [Internet]. 2011;10(9):1–13. [En línea] <http://www.nutritionj.com/content/10/1/9%0A>
- 27]. Costa-Gil JE, Spinedi E. La tormentosa relación entre las grasas y el desarrollo de la diabetes mellitus de tipo 2: actualizado. *Endocrinol y Metab* [Internet]. 2017;4(3):109–23. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1016/j.raem.2017.06.001>
- 28]. Aguilera C, Labbé T, Busquets J, Venegas P, Neira C, Valenzuela Á, et al. Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad? *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 15];147(4):470–4. [En línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000400470&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 29]. Sánchez Martínez B, Vega Falcón V, Gómez Martínez N, Vilema Vizuete GE. Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores. *Rev Univ y Soc*. 2020;12(4):156–64.
- 30]. Griera Borrás JL, Contreras Gilbert J. ¿Existe el obeso sano? *Endocrinol y Nutr* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2023 Oct 29];61(1):47–51. A [En línea] <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-existe-el-obeso-sano-S157509221300140X>
- 31]. Prost M, Martínez R. El costo de la doble carga de la malnutrición. Impacto social y económico en Chile, Ecuador y México [Internet]. 2017. [En línea] https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000110371/download/?_ga=2.145938807.219777263.1576508276-979544760.1497470639
- 32]. Carretero M. Tratamiento de la obesidad. *Offarm* [Internet]. 2002 Mar 1 [cited 2021 May 12];21(3):128–31. [En línea] <http://www.elsevier>

es/es-revista-offarm-4-articulo-tratamiento-obesidad-13028003

- 33]. Rivera J, Colchero M, Fuentes M, González T, Salinas C, Hernández G, et al. La Obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. La obesidad en México: Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. 2018. 190–200 p.
- 34]. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena [Internet]. México; 2018 [cited 2023 Nov 8]. [En línea] <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 35]. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Obesidad: una enfermedad crónica. [Internet]. Bellido Guerrero D, López de la Torre Casares M, Monereo Megías S, editors. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023 [cited 2023 Nov 9]. [En línea] <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=cat09079a&AN=cbu.oai.folio.org.fs00001047.21698303.cfc1.45aa.9288.06672890b8bb&lang=es&site=eds-live&scope=site&custid=s1132340>
- 36]. Zamanillo-Campos R, Chaplin A, Romaguera D, Abete I, Salas-Salvadó J, Martín V, et al. Longitudinal association of dietary carbohydrate quality with visceral fat deposition and other adiposity indicators. *Clin Nutr* [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 9];41(10):2264. [En línea] </pmc/articles/PMC9529821/>
- 37]. Medina-Urrutia A, Jorge-Galarza E, Hafidi M El, Reyes-Barrera J, Páez-Arenas A, Masso-Rojas FA, et al. Effect of dietary chia supplementation on glucose metabolism and adipose tissue function markers in non-alcoholic fatty liver disease subjects. *Nutr Hosp* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2023 Oct 31];39(6):1280–8. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36250773/>
- 38]. Ross R, Soni S, Houle SA. Negative Energy Balance Induced by Exercise or Diet: Effects on Visceral Adipose Tissue and Liver Fat. *Nutr* 2020, Vol 12, Page 891 [Internet]. 2020 Mar 25 [cited 2023 Oct 31];12(4):891. [En línea] <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/4/891/html>
- 39]. Rao S, Pandey A, Garg S, Park B, Mayo H, Després JP, et al. The Impact of Exercise and Pharmacological Interventions on Visceral Adiposity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Long-term Randomized Controlled Trials. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2023 Oct 31];94(2):211. [En línea] </pmc/articles/PMC6410710/>
- 40]. Wei M, Gibbons LW, Kampert JB, Nichaman MZ, Blair SN. Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes. *Ann Intern Med* [Internet]. 2000 Apr 18 [cited 2023 Sep 21];132(8):605–11. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10766678/>
- 41]. McAuley PA, Kokkinos PF, Oliveira RB, Emerson BT, Myers JN. Obesity paradox and cardiorespiratory fitness in 12,417 male veterans aged 40 to 70 years. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(2):115–21.
- 42]. Pietiläinen KH, Saarni SE, Kaprio J, Rissanen A. Does dieting make you fat? A twin study. *Int J Obes (Lond)* [Internet]. 2012 Mar [cited 2023 Sep 21];36(3):456–64. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21829159/>
- 43]. Lamarche B, Després JP, Pouliot MC, Moorjani S, Lupien PJ, Thériault G, et al. Is body fat loss a determinant factor in the improvement of carbohydrate and lipid metabolism following aerobic exercise training in obese women? *Metabolism* [Internet]. 1992 [cited 2023 Sep 16];41(11):1249–56. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1435299/>
- 44]. Sánchez-Quirós G. Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Rev Latinoam Derechos Humanos*. 2021;32(1):1–7.
- 45]. R L. Intervenciones no pesocentristas y principios de salud en todas las tallas en el abordaje del sobrepeso y la obesidad. Revisión narrativa de la literatura. 2022;5(3):47–57. [En línea] <https://doi.org/10.35454/rncm.v5n3.384>

- 46]. Gómez-Pérez D, Ortiz MS, Saiz JL. Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. *Rev Med Chil.* 2017;145(9):1160–4.
- 47]. Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav.* 2008 Apr 1;9(2):203–9.
- 48]. Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, Poelke G, Kemeny ME, McCoy SK, et al. Associations of Weight Stigma With Cortisol and Oxidative Stress Independent of Adiposity. *Heal Psychol.* 2014;33(8):862–7.
- 49]. Mackie GM, Samocha-Bonet D, Tam CS. Does weight cycling promote obesity and metabolic risk factors? *Obes Res Clin Pract.* 2017 Mar 1;11(2):131–9.
- 50]. Montani JP, Schutz Y, Dulloo AG. Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: Who is really at risk? *Obes Rev.* 2015 Feb 1;16(S1):7–18.
- 51]. Schwartzman I. Salud en Todas las Tallas: un nuevo, y necesario, enfoque de trabajo en salud. *Rev Límica.* 2022;III(4):32–40.
- 52]. Grider HS, Douglas SM, Raynor HA. The Influence of Mindful Eating and/or Intuitive Eating Approaches on Dietary Intake: A Systematic Review. *J Acad Nutr Diet [Internet].* 2021 Apr 1 [cited 2023 Sep 16];121(4):709-727.e1. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33279464/>
- 53]. Tribole E, Resch E. Alimentación intuitiva, Un programa revolucionario que funciona. 3ra ed. Nueva York: Martin's Griffin Press; 2012.
- 54]. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *J Adolesc Heal.* 2006 Aug;39(2):244–51.
- 55]. Bruce LJ, Ricciardelli LA. A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite [Internet].* 2016 Jan 1 [cited 2023 Sep 20];96:454–72. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474781/>
- 56]. Beintner I, Emmerich OLM, Vollert B, Taylor CB, Jacobi C. Promoting positive body image and intuitive eating in women with overweight and obesity via an online intervention: Results from a pilot feasibility study. *Eat Behav.* 2019 Aug 1;34:101307.
- 57]. Humphrey L, Clifford D, Morris N. Health at Every Size College Course Reduces Dieting Behaviors and Improves Intuitive Eating, Body Esteem, and Anti-Fat Attitudes. *J Nutr Educ Behav.* 2015;47(4):354–60.

Recibido: 26 de septiembre de 2023.

Corregido: 05 de abril de 2024.

Aceptado: 10 de abril de 2024.

Conflicto de interés: No existe conflicto de interés.