



Intervenciones no pesocentristas y principios de salud en todas las tallas en el abordaje del sobrepeso y la obesidad.

Revisión narrativa de la literatura

Non-weight-centric interventions and health at every size principles in overweight and obesity approach. A narrative review of the literature
Intervenções não centradas no peso e princípios de Saúde em Todos os Tamanhos na abordagem do sobrepeso e da obesidade. Revisão narrativa da literatura

Rocío Lema^{1*}

Recibido: 7 de marzo de 2022. Aceptado para publicación: 5 de mayo de 2022.
Publicado en línea: 7 de mayo de 2022.
<https://doi.org/10.35454/rncm.v5n3.384>

Resumen

La perspectiva pesocentrista es criticada por presentar un enfoque reduccionista, donde el peso corporal se considera un indicador suficiente de enfermedad y desestima otros componentes que hacen a la salud y propician el desarrollo de actitudes estigmatizantes. Los tratamientos que explicitan los objetivos de peso y emplean una restricción alimentaria suelen tener una alta tasa de fracaso a largo plazo. El objetivo de la presente revisión es realizar una actualización bibliográfica de los principales estudios que utilizan una intervención basada en el enfoque salud en todas las tallas (*health at every size*) en adultos. Se realizó una búsqueda en PubMed, SciELO y Google Scholar de ensayos clínicos controlados con o sin aleatorización y seguimiento de un mínimo de 3 meses en los últimos 10 años. Se obtuvieron 7 estudios: las intervenciones no pesocentristas evidenciaron hallazgos favorables en la autoapreciación, la autoestima, la autonomía y las conductas alimentarias, sin cambios en los aspectos clínicos y antropométricos. Las modificaciones psicológicas y conductuales se mantuvieron en el seguimiento a largo

Summary

The weight-centric perspective has been criticized as a reductionist approach in which body weight is considered a sufficient indicator of disease, dismissing other components of health and promoting the development of stigmatizing attitudes. Treatment approaches based on weight goals and dietary restriction often have a high long-term failure rate. The objective of this review is to conduct an update of the main studies that use interventions based on the non-weight-centered HAES approach in adults. A bibliographic search was carried out in PubMed, SciELO and Google Scholar of controlled clinical trials with or without randomization and with a follow-up of at least 3 months in the last 10 years. Studies comparing interventions based on HAES principles with conventional interventions or with a control group were included. Seven studies that met the inclusion criteria were analyzed. Non-weight-centered interventions showed favorable findings in terms of self-esteem, autonomy and eating behaviors. No changes were observed in the clinical and anthropometric aspects. Psychological and behavioral changes were maintained

Resumo

A perspectiva centrada no peso é criticada por apresentar uma abordagem reducionista onde o peso corporal é considerado um indicador suficiente de doença, descartando outros componentes que compõem a saúde e promovendo o desenvolvimento de atitudes estigmatizantes. Tratamentos que especificam metas de peso e usam restrição alimentar tendem a ter uma alta taxa de fracasso a longo prazo. O objetivo desta revisão é realizar uma atualização bibliográfica dos principais estudos que utilizam uma intervenção baseada na abordagem Healthy at every size em adultos. Foi realizada uma pesquisa no PubMed, SciELO e Google Acadêmico de ensaios clínicos controlados com ou sem randomização e acompanhamento de no mínimo três meses realizados nos últimos 10 anos. Foram obtidos sete estudos: as intervenções não centradas no peso evidenciaram achados favoráveis na auto-apreciação, autoestima, autonomia e comportamentos alimentares, sem alterações nos aspectos clínicos e antropométricos. As alterações psicológicas e comportamentais foram mantidas no seguimento a longo prazo.



plazo. Se necesitan más estudios donde se incluyan poblaciones diversas, mayor tamaño muestral e instrumentos de evaluación unificados. A lo largo de la formación académica de los profesionales de la salud y fundamentalmente de la nutrición, se hace gran hincapié en la medición de los parámetros corporales como indicadores del éxito de diversos tratamientos. Los abordajes no pesocentristas ofrecen una puerta para dirigir la atención en la persona y promover los cambios psicológicos y conductuales que contribuyan a mejorar la calidad alimentaria y, por consecuencia, la salud integral de las personas.

Palabras clave: salud en todas las tallas, alimentación intuitiva, no pesocentrismo, enfoque neutral del peso.

at long-term follow-up. More studies that include diverse populations, a larger sample size and unified evaluation instruments are needed. Academic training of health professionals and, fundamentally, nutrition professionals, emphasizes measurement of body parameters as indicators of treatment success. Non-weight-centered approaches provide an opportunity to focus on the individual and promote psychological and behavioral changes that contribute to improving diet quality and, consequently, overall health.

Keywords: Health at every size; HAES; Intuitive eating; No weight-centrism; Weight-neutral approach.

São necessários mais estudos que incluam populações diversas, maior tamanho amostral e instrumentos de avaliação unificados. Ao longo da formação acadêmica dos profissionais da saúde e fundamentalmente da nutrição, é dada grande ênfase à medição dos parâmetros corporais como indicadores do sucesso de vários tratamentos.

Abordagens não centradas no peso oferecem uma porta para focar a atenção na pessoa e promover mudanças psicológicas e comportamentais que contribuem para melhorar a qualidade da alimentação e, consequentemente, a saúde integral das pessoas.

Palavras-chave: saúde em todos os tamanhos, alimentação intuitiva, não-pesocentrismo, enfoque neutro de peso.

¹ Hospital Juan A. Fernández, Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina.

*Correspondencia: Rocío Lema.
rociolema@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad⁽¹⁾. El peso suele situarse en el centro del pensamiento y del lenguaje acerca de la salud⁽²⁾. La perspectiva pesocentrista es criticada por presentar un enfoque reduccionista, donde el peso corporal se considera un indicador suficiente para segregar entre personas “sanas” y “enfermas”, lo que desestima otros componentes que hacen a la salud integral⁽³⁾. Dicha perspectiva concibe al peso como un simple balance de energía sin contemplar las interacciones de genes, conductas, experiencias, exposiciones ambientales y factores socioeconómicos que pueden estar influyendo. A su vez, se cree que las personas toman decisiones conscientes y voluntarias acerca de la alimentación y de la actividad física (AF), y que estas pueden ser modificadas y manipuladas⁽²⁾. Dicho fenómeno convierte al exceso de peso en una responsabilidad individual y propicia, o incrementa, el desarrollo de actitudes estigmatizantes⁽⁴⁻⁶⁾. Estas últimas se pueden manifestar verbalmente, a modo de burlas, insultos, estereotipos, nombres despectivos, lenguaje peyorativo, entre otros; físicamente, incluso con manifestaciones de violencia; y, en casos extremos, generar experiencias evidentes de discriminación individual o colectiva⁽⁷⁾.

Los enfoques tradicionales de tratamiento del sobrepeso y la obesidad sostienen que la adiposidad es una causa importante de morbilidad y de riesgo de mortalidad, por consiguiente, suponen que la pérdida del exceso de peso prolongará la vida y consideran que cualquier sujeto decidido puede perderlo y no recuperarlo a través de dieta y ejercicio⁽⁸⁾. Sin embargo, existe evidencia que contradice esto y se establece que algunas personas que pierden peso pueden incluso incrementar el riesgo de enfermedad⁽⁹⁾. Asimismo, se establece que los costos relacionados con la obesidad suponen una gran carga sobre el sistema económico y sanitario^(8,9). En contraposición, las principales intervenciones restrictivas para el descenso de peso al año de seguimiento logran reducciones de hasta 10 % máximo y presentan una tasa de fracaso a largo plazo de hasta el 95 %⁽¹⁰⁾. Los enfoques antipesocentristas plantean que los tratamientos tradicionales repercuten negativamente, lo que genera insatisfacción corporal, conductas alimentarias de riesgo, ciclos de pérdida y recuperación de peso, y discriminación^(2,4,9,11).

El índice de masa corporal (IMC) se ha empleado para establecer una evidencia que favorezca las iniciativas en salud pública relacionadas con el peso, con un argumento en las mejoras en la morbimortalidad y, por tanto, en la reducción de los costos sanitarios. La expectativa de vida es el principal indicador de salud

utilizado en las poblaciones, sin embargo, la afirmación de que la misma se reduce como consecuencia directa de un valor de IMC superior al considerado “normal”, no pudo ser evidenciada en los estudios epidemiológicos grandes. Por el contrario, existe una relación de curva en U entre la expectativa de vida y dicho índice, donde se observaron valores de expectativa más altos en personas con IMC entre 26 y 28 kg/m² que estaban categorizados como sobrepeso⁽¹²⁾. Ciertos autores establecen que postular el mencionado indicador como un factor de riesgo para la salud resulta en mayores costos sanitarios en lugar de reducirlos^(2,9).

La prescripción de pérdida de peso conlleva, en ocasiones, a riesgo de desenlaces negativos, lo que predispone a ciclos de pérdida y rebote^(2,11,13). En la pérdida de peso, el rebote se asocia fundamentalmente con la disminución del gasto energético en reposo y con cambios en los ejes neuroendocrinos hipotálamo-hipofisarios que promueven la recuperación del peso⁽¹⁴⁾. Por otra parte, el estigma en torno a la obesidad aumenta el riesgo de depresión de las personas y afianza aún más las conductas alimentarias desordenadas y los comportamientos alejados de los estilos de vida saludables⁽⁴⁾. Hay evidencia que sostiene que la estigmatización en las personas con exceso de peso puede conducir a mayor ingesta de alimentos, rechazo a las prácticas alimentarias saludables, menor AF y ausencia o retraso en la búsqueda de atención médica^(6,15).

Los beneficios para la salud asociados con la pérdida de peso rara vez muestran una relación de dosis respuesta, es decir, que son similares independientemente de la cantidad de kilogramos descendida. Esto sugiere que el cambio conductual, y no la pérdida de peso misma, tendría un papel más importante en la mejora del estado de salud^(9,11).

El enfoque de salud en todas las tallas (SETLT) es una iniciativa que busca quitar el foco del peso corporal y, en su lugar, fomentar la satisfacción y significancia en el estilo de vida, promoviendo comer de acuerdo con el hambre y desarrollar niveles razonables de AF^(4,16). Sus principios y valores se detallan en la **Tabla 1**. Uno de sus componentes principales es la alimentación intuitiva, la cual se define como aquella que sugiere comer guiándose por los signos fisiológicos del hambre y la saciedad, en lugar de señales externas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Por otra parte, no se emplean dietas específicas ni se clasifican alimentos en categorías dicotómicas de buenos o malos, sino que se seleccionan con base en el disfrute y en el funcionamiento óptimo del organismo⁽²⁰⁾. Mediante la intervención SETLT se pretende reducir el estigma social y la

discriminación, abordar un enfoque de peso neutral y centrarse en la salud y el bienestar general^(4,21).

Frente a lo expuesto, como objetivo se propuso realizar una revisión narrativa no sistemática de los principales estudios que utilizan una intervención basada en el enfoque no pesocentrista SETLT en adultos.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de publicaciones donde se compararon las intervenciones SETLT o de enfoque no pesocentrista con aquellas convencionales o con controles en las bases de datos PubMed, SciELO y Google Scholar durante el período de búsqueda de noviembre de 2021 a enero de 2022. Las palabras claves fueron “*intuitive eating*”, “*neutral weight*”, “HAES”, “*healthy at every size*” para los artículos en inglés y “pesocentrismo”, “no pesocentrismo”, “salud en todas las tallas” y “enfoque neutral de peso” para los artículos en español.

Los criterios de inclusión fueron ensayos clínicos controlados (ECC) aleatorizados o no, con una población entre 18 a 65 años, de ambos sexos, seguimiento mínimo de 3 meses, artículos publicados dentro de los últimos 10 años, tamaño de la muestra mayor o igual de 50 participantes y empleo de grupo control e intervención basada en SETLT. Como criterios de exclusión se desestimaron aquellos trabajos que se consideraran dentro de la población de estudio de sujetos con trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades crónicas no transmisibles y población con IMC mayor o igual de 25 kg/m².

RESULTADOS

Se encontraron 14 ensayos clínicos publicados entre 2012 y 2022, de los cuales 4 fueron desestimados por presentar un tamaño muestral inferior de 50⁽²²⁻²⁵⁾, otros 2 debido a que el seguimiento fue menor de 3 meses^(26,27) y 1 porque solo se encontró disponible el resumen⁽²⁸⁾. En la **Figura 1** se puede apreciar el algoritmo de la selección mencionada. En total se analizaron 7 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión anteriormente mencionados, los cuales se presentan en la **Tabla 2**. Cabe destacar que la totalidad de los mismos incluyó una población de sexo femenino.

Resumen de las intervenciones SETLT incluidas en los estudios

Según los trabajos analizados^(15,29-34) en la presente revisión, se puede apreciar que todos implementaron intervenciones basadas en reuniones grupales con temas

Tabla 1. Principios y valores de la iniciativa SETLT

Valor	Principio
Inclusión de pesos	Respetar la diversidad de tamaños y formas corporales, rechazando la idealización o patologización de pesos específicos
Mejoría de la salud	Apoyar políticas sanitarias que favorezcan e igualen el acceso a la información y las prácticas que mejoren el bienestar humano, considerando la salud no solo física, sino mental, social, espiritual, económica y ambiental tanto de individuos como de comunidades
Cuidado respetuoso	Reconocer los propios sesgos y contribuir para detener la discriminación y el estigma asociados con el peso. Proporcionar los servicios, comprendiendo siempre la edad, la situación socioeconómica, la raza, el género, la orientación sexual y los otros aspectos que tienen impacto en el estigma asociado con el peso
Comer bien	Favorecer una alimentación individualizada, flexible y sustentada en señales internas de apetito, hambre, saciedad, placer y necesidades nutricionales. No proporcionar planes alimentarios externamente regulados o dietas restrictivas para el control del peso
Movimiento que favorece la vida	Apoyar la AF adecuada a las capacidades e intereses, que sea disfrutable y acorde con el grado que elijan
Desacoplar la noción de peso y salud como equivalentes	La salud y el bienestar son integrales y no pueden definirse por indicadores antropométricos, como el peso, el IMC, el porcentaje de grasa corporal, entre otros
No asumir nada acerca de los cuerpos	No presuponer que el tamaño corporal o los valores antropométricos de una persona son evidencia de comportamientos alimentarios, nivel de AF, personalidad, fisiología, moral o estado de salud
Oposición a la persecución de la pérdida de peso	Oponerse al empleo de dietas, fármacos, productos o cirugía con el objetivo principal de perder peso
Desafiar la opresión del tamaño corporal	Desafiar cualquier forma de opresión, sesgo, explotación, marginación, discriminación o violencia contra las personas basándose en su imagen corporal o peso, así como cualquier producto o servicio que perpetúe la opresión
Rechazo al salutismo	No atribuir a los individuos la responsabilidad primaria de su salud. No culparlos si se enferman ni obligarlos moralmente a perseguir la meta de la salud perfecta

IMC: índice de masa corporal. Adaptada de^(2,13).

de discusión fijos. La totalidad de los mismos emplearon muestras compuestas por mujeres. El promedio de duración de las reuniones fue de 90 minutos y los temas abordados incluyeron, en general, la aceptación del cuerpo, el comportamiento alimentario, la AF y la nutrición. Fundamentalmente, en los grupos de intervención SETLT se focalizó en los comportamientos alimentarios para promover el abandono de las conductas restrictivas y el apoyo a la regulación interna del apetito, lo que aumenta la sensibilidad a las señales internas y se reduce a los factores externos^(15,29-34).

A partir de la revisión realizada se puede apreciar que las intervenciones son similares con una duración promedio de 4 meses^(29,30,34), aunque algunos autores emplearon 6 meses para el desarrollo de la misma^(15,31). Borkoles y colaboradores solo emplearon 3 meses, seguido de 9 meses de mantenimiento⁽³²⁾.

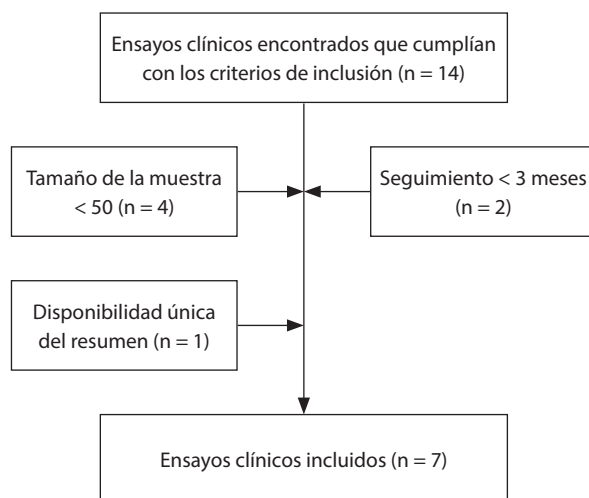


Figura 1. Algoritmo de selección de ensayos clínicos. Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Resumen de los ensayos clínicos controlados

Autor	Metodología	Resultados antropométricos, clínicos y bioquímicos	Resultados psicológicos del comportamiento alimentario, de las prácticas alimentarias y de la AF
Begin y colaboradores, 2019 ⁽²⁹⁾	<p>Diseño: ECC. Se analizaron efectos de grupo, tiempo e interacción con los modelos mixtos, N = 216 mujeres más 110 mujeres del grupo control con IMC \geq 30 kg/m².</p> <p>Intervención: se utilizó el programa de Carboneau y colaboradores⁽³⁰⁾. Las mujeres del grupo control estaban en lista de espera.</p> <p>Seguimiento: 4 meses (corto plazo) y 16 meses (largo plazo).</p>	<p>Parámetros antropométricos: no hubo cambios en el IMC al comparar la interacción por grupo y tiempo (p 0,20); sin embargo, se observó un efecto en el tiempo, donde las participantes de toda la muestra redujeron 1 punto de IMC en el corto (p < 0,0001) y largo plazo (p 0,0086), en comparación con el valor inicial</p>	<p>Comportamiento alimentario: el grupo de intervención mostró una mejor puntuación en la restricción flexible (p 0,0400), desinhibición (p < 0,0001), susceptibilidad al hambre (p < 0,0001), alimentación intuitiva (p < 0,0001), alimentación obsesivo compulsiva (p < 0,0001), autoestima (p < 0,0001), depresión (p < 0,0057) y autonomía (p < 0,0001) a corto y largo plazo</p>
Dimitrov y colaboradores, 2018 ⁽³¹⁾	<p>Diseño: ECC aleatorizado (2:1) de método mixto, n= 58 mujeres con IMC entre 30 y 39,9 kg/m².</p> <p>Intervención: grupo I de SETLT (n = 39) recibió un programa intensivo (sesiones de AF trisemanales nutricionales, individuales bimensuales más 5 talleres filosóficos). Grupo control (n = 19): conferencias educativas bimestrales.</p> <p>Seguimiento: 7 meses</p>	<p>Parámetros antropométricos: sin diferencias en el peso corporal, IMC, CC y relación cintura cadera (p > 0,05)</p>	<p>Prácticas alimentarias: el grupo intensivo mostró una disminución en el consumo diario y total de alimentos ultraprocesados (p 0,0001) y un aumento significativo en el consumo diario de frutas y verduras (p 0,0001).</p> <p>Parámetros psicológicos: el grupo SETLT intensivo presentó mejoras en las subescalas del cuestionario de actitud corporal y todas las escalas de valoración de las figuras (P < 0,05).</p> <p>Actividad física: mejoras en la capacidad aeróbica medida mediante el pico de consumo de oxígeno (p 0,004), la prueba de soporte cronometrado que evalúa la fuerza en las extremidades inferiores (p 0,006) y la prueba <i>timed-up-and-go</i> (p 0,01), que implica los tiempos de levantarse y caminar</p>
Carboneau y colaboradores, 2017 ⁽³⁰⁾	<p>Diseño: cuasiexperimental, N = 326 mujeres de estados nutricionales diversos. 216 del grupo de estudio y 110 del grupo control.</p> <p>Intervención: 13 encuentros semanales de 3 horas y 1 jornada intensiva de 6 horas. Abordaje de temas como disfrute de la AF, alimentación saludable, reconocimiento del hambre y la saciedad, objetivos realistas del peso corporal, influencia de las emociones en la conducta alimentaria, entre otros. El grupo control se encontraba en lista de espera.</p> <p>Seguimiento: posintervención (4 meses) y a los 12 meses</p>	<p>Sin variables de tipo antropométricas, clínicas o bioquímicas en el estudio</p>	<p>Prácticas alimentarias: sin diferencias estadísticamente significativas en el consumo de calorías, carbohidratos, proteínas y grasas. Diferencias en el consumo total de alimentos con alto contenido de azúcar (p 0,0139) en el grupo SETLT, en comparación con el grupo control posintervención. Diferencias estadísticamente significativas en la alimentación intuitiva y en la puntuación del índice de alimentación saludable en el grupo SETLT posintervención (p 0,0237) y al año (p 0,0359). Sin diferencias en el grupo de control a 4 (p 0,70) y 12 (p 0,30) meses</p>

Tabla 2. Resumen de los ensayos clínicos controlados (continuación)

Autor	Metodología	Resultados antropométricos, clínicos y bioquímicos	Resultados psicológicos del comportamiento alimentario, de las prácticas alimentarias y de la AF
Mensingher y colaboradores, 2016 ⁽³²⁾	<p>Diseño: ECC aleatorizado, n= 80 mujeres con IMC > 30 kg/m². Grupo de enfoque de peso neutral (n = 40) y grupo de adelgazamiento convencional (n = 40).</p> <p>Intervención: reuniones grupales semanales con manuales estructurados. El enfoque convencional promovía una pérdida de peso explícita con dieta restrictiva. El enfoque neutral proporcionaba información sobre una regulación fisiológica de apetito, del hambre y saciedad.</p> <p>Seguimiento: posintervención (6 meses) y a los 24 meses</p>	<p>Parámetros antropométricos: pérdida de peso y reducción de IMC posintervención en el grupo restrictivo (<i>p</i> 0,001) y de enfoque neutral (<i>p</i> 0,002); sin embargo, las diferencias ya no eran significativas a los 24 meses (<i>p</i> 0,063 y <i>p</i> 0,057).</p> <p>Parámetros bioquímicos: cambios en el valor de LDL posintervención con respecto al basal solo en el grupo de enfoque neutral (<i>p</i> 0,003). Sin diferencias significativas entre los grupos a largo plazo (<i>p</i> 0,090). Incremento de HDL en ambos grupos (<i>p</i> 0,002) posintervención sin mantenimiento de la diferencia a largo plazo (<i>p</i> 0,073).</p> <p>Parámetros clínicos: sin cambios posintervención ni a los 24 meses en la presión arterial sistólica (<i>p</i> > 0,05)</p>	<p>Prácticas alimentarias: mejora significativa en los puntajes de riesgo dietético posintervención para ambos enfoques (<i>p</i> < 0,001); sin embargo, dichas puntuaciones empeoraron significativamente para el programa convencional (<i>p</i> < 0,001).</p> <p>Cambios significativos en la alimentación intuitiva en el grupo con enfoque tradicional y neutral (<i>p</i> 0,002 y <i>p</i> 0,029, respectivamente) posintervención. Solo se mantuvo a largo plazo este último (<i>p</i> 0,001). Mejora en el consumo de frutas y verduras, y aumento de AF en ambos grupos (<i>p</i> < 0,001) posintervención. Se sostuvo a los 24 meses (<i>p</i> 0,007 y <i>p</i> 0,001).</p> <p>Parámetros psicológicos: mejoras en la calidad de vida y autoestima en el enfoque tradicional y neutral (<i>p</i> < 0,01 y <i>p</i> 0,004), sostenido a los 24 meses en ambos grupos (<i>p</i> 0,004, y <i>p</i> 0,020)</p>
Mensingher y colaboradores, 2016 ⁽¹⁵⁾	<p>Diseño: EC aleatorizado, N = 80 mujeres con IMC > 30 kg/m² asignadas a un grupo de enfoque de peso neutral (n = 40) y un grupo de adelgazamiento convencional (n = 4080), mujeres con IMC > 30 kg/m², grupo de enfoque de peso neutral (n = 40) y grupo de adelgazamiento convencional (n = 40).</p> <p>Intervención: 6 meses de reuniones grupales semanales de 90 minutos basadas en principios SETLT (grupo neutral) o LEARN (adelgazamiento convencional).</p> <p>Seguimiento: posintervención (6 meses) y a los 24 meses</p>	Sin variables antropométricas, clínicas o bioquímicas en el estudio	<p>Alimentación adaptativa: el estigma de peso internalizado influyó en el grado de cambio de las conductas alimentarias adaptativas, independientemente del programa.</p> <p>Alimentación desordenada: las mujeres con alto estigma de peso internalizado no mostraron reducciones en los trastornos alimentarios a corto y largo plazo, independientemente del programa. En cambio, las mujeres con bajo estigma mostraron reducciones a los 6 meses, siendo > el decremento en el programa de peso neutral.</p> <p>Estigma de peso internalizado: mejora posintervención en ambos grupos (<i>p</i> < 0,001). Mantenimiento a 24 meses</p>
Borkoles y colaboradores, 2016 ⁽³³⁾	<p>Diseño: ECC aleatorizado, n = 62 mujeres premenopáusicas con obesidad grado III y IV.</p> <p>Intervención: 3 meses de reuniones semanales, seguido de 9 meses de mantenimiento. El programa presentaba enfoques individuales de AF y comportamiento alimentario basados en SETLT. El grupo control arrancó la intervención luego de 3 meses.</p> <p>Seguimiento: 12 meses</p>	<p>Parámetros antropométricos: el grupo de intervención mostró una disminución significativa en el peso; sin embargo, no se observaron cambios en ningún grupo a 12 meses en comparación con el valor inicial (<i>p</i> > 0,05)</p>	<p>Parámetros psicológicos: Mejora obtenida en el bienestar general y en la autonomía (<i>p</i> < 0,05)</p>

Tabla 2. Resumen de los ensayos clínicos controlados (continuación)

Autor	Metodología	Resultados antropométricos, clínicos y bioquímicos	Resultados psicológicos del comportamiento alimentario, de las prácticas alimentarias y de la AF
Leblanc y colaboradores, 2012 ⁽³⁴⁾	<p>Diseño: ECC aleatorizado, N = 140 mujeres posmenopáusicas, IMC 25-35 kg/m² en el grupo SETLT (n = 48), el grupo de apoyo (n = 46) o un grupo de control (n = 46).</p> <p>Intervención: 14 sesiones semanales de 3 horas y 1 intensiva de 6 horas. Se realizaron discusiones en grupo, ejercicios prácticos y conferencias con temas como el disfrute de la AF, la nutrición saludable, la alimentación intuitiva, entre otros. El grupo de apoyo realizó 14 sesiones de 2 horas con los mismos temas que en el grupo SETLT no guiadas por profesionales y sin recibir información verbal ni impresa. El grupo control estaba en lista de espera.</p> <p>Seguimiento: 4 meses</p>	<p>Parámetros antropométricos: sin cambios en el IMC, peso corporal y CC entre los grupos a los 4 meses ($p > 0,05$)</p>	<p>Comportamiento alimentario: disminución de la ingesta energética diaria y frecuencia de colaciones. La ingesta del desayuno aumentó significativamente con el tiempo, independientemente de la intervención recibida. El grupo SETLT presentó una disminución del hambre externa ($p 0,0009$) correlacionado con una menor ingesta total de energía ($p 0,0007$)</p>

AF: actividad física; CC: circunferencia de la cintura; ECC: ensayo clínico controlado; IMC: índice de masa corporal; SETLT: salud en todas las tallas. Adaptado de ^(15,29-34).

Resumen de los efectos en la salud según los estudios analizados

Los estudios contemplados en la presente revisión evidencian mayoritariamente cambios a nivel conductual o del comportamiento alimentario, que se determinaron mediante diversas escalas y cuestionarios validados; sin embargo, los estudios que evaluaron los aspectos antropométricos^(15,29,34) no presentaron modificaciones, o bien, no las sostuvieron a largo plazo.

Con respecto a los parámetros psicológicos y conductuales, Leblanc y colaboradores⁽³⁴⁾ encontraron una disminución del hambre en respuesta a los estímulos externos, lo que conduce a la reducción de la ingesta energética, resultado similar al obtenido por Begin y colaboradores⁽²⁹⁾ que encontró menos susceptibilidad al hambre. En relación con la alimentación intuitiva, esta vio una mejora de manera unánime en todos los trabajos que la evaluaron^(29-31,34) y, a su vez, en el caso de Mensinger y colaboradores⁽³¹⁾, los cambios adquiridos en la alimentación intuitiva solo se mantuvieron por el grupo de intervención SETLT a los 24 meses, no así en el grupo con enfoque pesocentrista. Sin embargo, se

debe mencionar que existió múltiple heterogeneidad con respecto a los métodos de evaluación de la misma.

A nivel psicológico se observó, de manera coincidente, una mejora en la autovaloración, en la autoestima^(29,31,32) y en la autonomía^(11,24). Fomentar la autonomía relacionada con la alimentación es una de las capacidades más prometedoras para construir la sostenibilidad de resultados positivos en el manejo de la obesidad⁽¹⁶⁾.

Es menester mencionar que existen otros tratamientos no contemplados dentro de los criterios de inclusión de la presente revisión, con abordajes psicológicos basados en la terapia cognitiva conductual (TCC), con enfoque en la promoción de hábitos saludables de alimentación y AF. Según una revisión llevada a cabo por Baile y colaboradores⁽³⁵⁾ en 12 trabajos que emplearon TCC se presentaron modificaciones a nivel antropométrico, pero fundamentalmente en aspectos no nutricionales, como la autoeficacia y la percepción de la calidad de vida, similar a lo obtenido en las intervenciones SETLT analizadas. Sin embargo, para la TCC se aprecia una discrepancia en relación con la modalidad de tratamiento más eficaz, priorizando las individuales

y estableciendo que las grupales no lograron sostener los resultados⁽³⁵⁾. Por otro lado, se estima que la TCC podría mantener los logros durante al menos medio año, en concordancia con las intervenciones SETLT⁽³⁶⁾.

Para finalizar, existe evidencia de actitudes desfavorables automáticas hacia personas con exceso de peso, que pueden tener consecuencias sobre las recomendaciones proporcionadas por los profesionales de la salud^(6,18,37). Se llama sesgo de peso a la internalización de estereotipos que conducen a la desvalorización de las personas hacia sí mismas o hacia otras debido a su peso. Según la evidencia, se observó una reducción del estigma internalizado, que se manifestó tanto en las intervenciones no pesocentristas, como en las convencionales⁽¹⁵⁾. La importancia del sesgo de peso radica en que dicho fenómeno puede convertir a los profesionales de la salud en “diagnosticadores” instantáneos, orientar las intervenciones en pro del exceso de peso y modificar la calidad de la atención y la empatía⁽³⁸⁾. A su vez, puede que este diagnóstico instantáneo implique ignorar otras etiologías y atribuir como única causa de enfermedad al exceso de peso asignado a la responsabilidad individual^(3,18,38).

Limitaciones de la revisión narrativa

Una de las principales limitaciones de la presente revisión fue que solo 2 de los estudios encontrados^(16,31) realizaron una comparación de resultados con un grupo que recibió tratamiento convencional. La mayor parte empleó grupos en lista de espera. Dimitrov y colaboradores⁽³³⁾ compararon una intervención intensiva con otra menos completa y más espaciada sin grupo control. Por su parte, Leblanc y colaboradores⁽³⁴⁾ incorporaron un grupo de apoyo sin participación activa de profesionales de la salud a modo de controlar sus propios sesgos. Otra desventaja radica en que existe múltiple heterogeneidad en las formas de medir los parámetros psicológicos y conductuales, por lo que resulta imposible la comparación estricta.

Con respecto a la muestra, los estudios contemplados en la presente revisión se realizaron con mujeres. Sin embargo, no se encontraron otros estudios que implementen dichas intervenciones en grupos mixtos o exclusivamente en hombres, siendo esta una desventaja importante de la literatura disponible hasta la fecha. Con respecto al estado nutricional al inicio, solo Carboneau y colaboradores⁽³⁰⁾ incluyeron diferentes valores de IMC, siendo predominante los estudios realizados en mujeres con obesidad.

A nivel general, en los ECC disponibles con intervenciones SETLT, una importante limitación encontrada es la ausencia de evaluación cualitativa⁽³³⁾. El trabajo de Sabatini y colaboradores⁽²³⁾ fue de los estudios que, aunque no se incluyó en el análisis, sí empleó un enfoque cualitativo. Se realizó la comparación de un formato SETLT intensificado con un grupo control que solo asistió a conferencias bimensuales y se recabaron experiencias con grupos focales. En el grupo intensivo se evidenció una reducción de la alimentación emocional, de sentimientos de culpa frente al placer, de la autonomía en la elección de alimentos y del acercamiento a actos culinarios⁽²³⁾.

Otro aspecto a reflexionar es si existe aplicabilidad masiva de intervenciones SETLT. La literatura disponible presenta limitaciones, como las mencionadas, que devienen en la dificultad para emplearse sobre la hora de planificar acciones de salud pública⁽⁸⁾. Sin embargo, cabe destacar que en las guías canadienses de obesidad del año 2020⁽³⁹⁾ se establecen consideraciones no pesocentristas, que reconocen que el control de la obesidad debe centrarse en mejorar la salud y el bienestar, y no solo en la pérdida de peso y resaltan que la estigmatización de la misma influye negativamente en el nivel y en la calidad de la atención. Si bien el IMC se incluye en la evaluación del paciente, se destacan sus limitaciones y se establecen medidas antropométricas complementarias de mayor importancia. Asimismo, los autores incluyen dentro de los tratamientos, un enfoque sin dietas para mejorar la calidad de vida, parámetros psicológicos (bienestar general, imagen corporal, percepciones), cardiovasculares, peso corporal, AF y conductas alimentarias con un grado de evidencia C⁽³⁹⁾. Las guías de práctica clínica son instrumentos que se aplican para el abordaje de patologías dentro de la salud pública, por lo que la inclusión de ciertas recomendaciones basadas en un enfoque neutral de peso sugiere que los mismos pueden resultar útiles y costo efectivos en un nivel de abordaje comunitario.

Por último, con respecto a la implementación de la alimentación intuitiva como estrategia antipesocentrista, cabe preguntarse si es viable dado el ambiente obesogénico y de no regulación actual^(8,40). Existe alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos de mala calidad nutricional. Las grandes compañías alimenticias plantean que se ofrecen opciones entre las cuales elegir y que la educación es clave para mejores tomas de decisiones, lo que resalta la responsabilidad individual de los consumidores⁽⁴⁰⁾. Es necesario indagar si es factible el éxito de las intervenciones no pesocentristas

estando inmersos en dicho entorno con las contingencias que presenta⁽⁸⁾.

CONCLUSIONES

De la presente revisión se puede establecer que se necesitan más estudios donde se implementen enfoques no pesocentristas o de SETLT en poblaciones con mayor tamaño, ambos sexos biológicos, diversos grupos etarios y estados nutricionales basales. A su vez, es fundamental que se realicen comparaciones con tratamientos convencionales y no solo con grupos de control sin intervención.

Con respecto a los resultados obtenidos de los abordajes no pesocentristas, como los desarrollados en SETLT, se puede resumir que los mismos generan modificaciones significativas en las prácticas y los comportamientos alimentarios, y estos logran mantenerse en el largo plazo (entendido como un máximo de 2 años); sin embargo, no se evidencian modificaciones en los parámetros antropométricos, bioquímicos y clínicos.

A lo largo de la formación académica de los profesionales de la salud, en especial, de la nutrición, se hace gran hincapié en la medición de los parámetros corporales como indicadores del éxito de diversos tratamientos. Los abordajes no pesocentristas enfocan la atención en la persona y no en el número al promover una educación alimentaria y nutricional para la realización de elecciones basadas en la calidad, en la autorregulación y en el empoderamiento. Es un desafío como profesionales poder ampliar la mirada reduccionista que nos provee estos indicadores antropométricos e invitarnos a reflexionar sobre los sesgos de peso que podemos estar empleando sobre nuestros pacientes.

Retomando la definición de salud, es imperativo contemplar el abordaje de la misma de forma integral. Con esta revisión y actualización se invita a repensar nuevas estrategias que ayuden a la sostenibilidad de las intervenciones nutricionales a largo plazo, evitar el debate polarizado y buscar el terreno en común para la mejora de la salud y el bienestar.

PUNTOS CLAVE

- Reflexiones acerca de la perspectiva pesocentrista y su enfoque reduccionista.
- Las intervenciones de salud en todas las tallas se basan en reuniones grupales con abordaje de temas referentes a la alimentación intuitiva, objetivos realistas de peso y desacople de la valía personal del

peso corporal y de la actividad física orientada a las capacidades propias y al disfrute.

- La mayoría de los estudios evidencian hallazgos en el ámbito conductual y psicológico que se sostienen en el largo plazo (12-24 meses).
- No se apreciaron cambios en los parámetros clínicos y antropométricos.
- Se invita a reflexionar sobre las estrategias no pesocentristas y sus beneficios a largo plazo.

Declaración de relevancia clínica

La presente revisión resume los principales ensayos clínicos donde se emplearon intervenciones no pesocentristas y la evaluación de sus resultados. Existen pocas revisiones en español que analicen ensayos clínicos con intervenciones de salud en todas las tallas. Actualmente, se ha instalado el debate acerca de las estrategias de tratamiento con enfoque neutral de peso y sus beneficios para lograr modificaciones por parte de los pacientes.

Agradecimientos

A todas las nutricionistas del Hospital Juan A. Fernández, en especial, a la residencia de Nutrición.

Financiación

El presente estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. 48.^a edición. Organización Mundial de la Salud. 2014. Último acceso el 27 de febrero de 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202593>
2. 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). doi: 10.1177/2158244018772888
3. Mancuso L, Longhi B, Perez M, Majul A, Almeida E, Carignani L. Diversidad corporal, pesocentrismo y discriminación: la gordofobia como fenómeno discriminatorio. *Inclusive*. 2021;4(2):12-6.
4. Chakravorty T. Fat shaming is stopping doctors from helping overweight patients - here's what medical students can do about it. *BMJ*. 2021;375:n2830. doi: 10.1136/bmj.n2830

5. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: Important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010;100(6):1019-28. doi: 10.2105/AJPH.2009.159491
6. Gómez-Pérez D, Ortiz M, Saiz J. Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: una revisión de la literatura. *Rev Méd Chile*. 2017;145(9):1160-4. doi: 10.4067/s0034-98872017000901160
7. De Domingo B, López Guzmán J. Estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos Bioética*. 2014;25(2):273-84.
8. Penney TL, Kirk SFL. The health at every size paradigm and obesity: Missing empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward. *Am J Public Health*. 2015;105(5):38-42. doi: 10.2105/AJPH.2015.302552
9. Bacon L, Aphramor L. Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr J*. 2011;10(1):1-13. doi: 10.1186/1475-2891-10-9
10. Hall KD, Kahan S. Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Med Clin North Am*. 2018;102(1):183-97. doi: 10.1016/j.mcna.2017.08.012
11. Hunger JM, Smith JP, Tomiyama AJ. An evidence-based rationale for adopting weight-inclusive health policy. *Social Issues Policy Review*. 2020;14(1):73-107. doi: 10.1111/sipr.12062
12. Waaler HT. Height, weight and mortality. The Norwegian experience. *Acta Med Scand Suppl*. 1984;679:1-56. doi: 10.1111/j.0954-6820.1984.tb12901.x
13. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Daniélsdóttir S, Shuman E, Davis C, et al. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: Evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *J Obesity*. 2014;2014:1-18. doi: 10.1155/2014/983495
14. Blomain ES, Dirhan DA, Valentino MA, Kim GW, Waldman SA. Mechanisms of weight regain following weight loss. *ISRN Obesity*. 2013;2013:1-7. doi: 10.1155/2013/210524
15. Mensinger JL, Calogero RM, Tylka TL. Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. *Appetite*. 2016;102:32-43. doi: 10.1016/j.appet.2016.01.033
16. Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc*. 2005;105(6):929-36. doi: 10.1016/j.jada.2005.03.011
17. Barbosa MR, Penaforte FR de O, Silva AF de S. Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(3):118-35. doi:10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165262
18. Alvear-Fernández C, Cruz-Toledo C, Morales-Sáez S, Quiroz-Lagos B, Ogueda-Fuentes F, Nazar G. Estilos de alimentación y su asociación con apreciación corporal, internalización del sesgo del peso y autocompasión. *Ter Psicol*. 2021;39(1):123-44. doi: 10.4067/S0718-48082021000100123
19. Cadena-Schlam L, López-Guimerà G. Intuitive eating: An emerging approach to eating behavior. *Nutr Hosp*. 2014;31(3):995-1002. doi: 10.3305/nh.2015.31.3.7980
20. Linardon J, Tylka TL, Fuller-Tyszkiewicz M. Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2021;54(7):1073-98. doi: 10.1002/eat.23509
21. Ulian MD, Aburad L, da Silva Oliveira MS, Poppe ACM, Sabatini F, Perez I, et al. Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: a systematic review. *Obes Rev*. 2018;19(12):1659-66. doi: 10.1111/obr.12749
22. Jospe M, Taylor R, Athens J, Roy M, Brown R. Adherence to hunger training over 6 months and the effect on weight and eating behaviour: Secondary analysis of a randomised controlled trial. *Nutrients*. 2017;9(11):1260. doi: 10.3390/nu9111260
23. Sabatini F, Ulian MD, Perez I, Pinto AJ, Vessoni A, Aburad L, et al. Eating pleasure in a sample of obese Brazilian women: A qualitative report of an interdisciplinary intervention based on the health at every size approach. *J Acad Nutr Diet*. 2019;119(9):1470-82. doi: 10.1016/j.jand.2019.01.006
24. Ulian MD, Gualano B, Benatti FB, de Campos-Ferraz PL, Roble OJ, Modesto BT, et al. "Now I can do better": A study of obese women's experiences following a nonprescriptive nutritional intervention. *Clin Med Insights Womens Health*. 2015;8:13-24. doi: 10.4137/CMWH.S23163
25. Anglin JC, Borchardt N, Ramos E, Mhoon K. Diet quality of adults using intuitive eating for weight loss - Pilot study. *Nutr Health*. 2013;22(3-4):255-64. doi: 10.1177/0260106015601943
26. Walker DC, Gorrell S, Hildebrandt T, Anderson DA. Consequences of repeated critical versus neutral body checking in women with high shape or weight concern. *Behavior Therapy*. 2021;52(4):830-46. doi: 10.1016/j.beth.2020.10.005
27. Wilson RE, Marshall RD, Murakami JM, Latner JD. Brief non-dieting intervention increases intuitive eating and reduces dieting intention, body image dissatisfaction, and anti-fat attitudes: A randomized controlled trial. *Appetite*. 2020;148:104556. doi: 10.1016/j.appet.2019.104556
28. Webber KH, Mellin L, Mayes L, Mitrovic I, Saulnier M. Pilot investigation of 2 nondiet approaches to improve weight and health. *Altern Ther Health Med*. 2018;24(1):16-20.
29. Bégin C, Carbonneau E, Gagnon-Girouard MP, Mongeau L, Paquette MC, Turcotte M, et al. Eating-related and psychological outcomes of health at every size intervention in health and social services centers across the province of Québec. *Am J Health Promot*. 2019;33(2):248-58. doi: 10.1177/0890117118786326
30. Carbonneau E, Bégin C, Lemieux S, Mongeau L, Paquette MC, Turcotte M, et al. A health at every size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clin Nutr*. 2017;36(3):747-54. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.008

31. Leblanc V, Provencher V, Bégin C, Corneau L, Tremblay A, Lemieux S. Impact of a health-at-every-size intervention on changes in dietary intakes and eating patterns in premenopausal overweight women: Results of a randomized trial. *Clin Nutr.* 2012;31(4):481-8. doi: 10.1016/j.clnu.2011.12.013
32. Mensinger JL, Calogero RM, Stranges S, Tylka TL. A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. *Appetite.* 2016;105:364-74. doi: 10.1016/j.appet.2016.06.006
33. Borkoles E, Carroll S, Clough P, Polman RCJ. Effect of a non-dieting lifestyle randomised control trial on psychological well-being and weight management in morbidly obese premenopausal women. *Maturitas.* 2016;83:51-8. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.09.010
34. Dimitrov Ulian M, Pinto AJ, de Morais Sato P, Benatti F, Lopes de Campos-Ferraz P, Coelho D, et al. Effects of a new intervention based on the health at every size approach for the management of obesity: The "Health and Wellness in Obesity" study. *PLoS One.* 2018;13(7):e0198401. doi: 10.1371/journal.pone.0198401
35. Baile JJ, González-Calderón MJ, Palomo R, Rabito-Alcón MF. La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Clín Contemporánea.* 2020;11(1):1-14. doi: 10.5093/cc2020a1
36. Madjd A, Taylor MA, Delavari A, Malekzadeh R, Macdonald IA, Farshchi HR. Effects of cognitive behavioral therapy on weight maintenance after successful weight loss in women; a randomized clinical trial. *Eur J Clin Nutr.* 2020;74(3):436-44. doi: 10.1038/s41430-019-0495-9
37. Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, Davis SL, Crook ED, Zlomke K. Obesity stigma and bias. *J Nurse Pract.* 2016;12(7):425-32. doi: 10.1016/j.nurpra.2016.05.013
38. Gómez E. Screening nutricional en paciente crítico: Nutritional Risk Screening 2002 para detección del riesgo de malnutrición. *Rev Arg de Ter Int.* 2021;38.
39. 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):875-91. doi: 10.1503/cmaj.191707
40. Piaggio LR. El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud. *Salud Colectiva.* 2016;12(4):605-19. doi: 10.18294/sc.2016.934