



LA DEFINICIÓN DE “OBESIDAD”

La gordura no había sido considerada obesidad hasta etapas recientes. En 2013, los miembros de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Estadounidense (AMA) votaron en una conferencia anual para definir a la obesidad como una enfermedad. La decisión fue controvertida, ya que estaba en contra de las recomendaciones del Consejo de Ciencia y Salud Pública de la AMA.

El consejo no recomendaba que los delegados definieran la obesidad como una enfermedad¹. La decisión de la AMA provocó un debate continuo sobre la complejidad de la obesidad, incluida la forma de tratarla de la manera más eficaz. Aún no existen maneras confiables y estandarizadas para medir la “obesidad”.

Mucho se ha cuestionado acerca de considera el IMC (Índice de Masa Corporal) como indicador de salud y adiposidad, la AED (Academia de Trastornos Alimentarios) recomienda no utilizarla para definir la relación compleja entre el peso de una persona y su salud².

LA OBESIDAD COMO ENFERMEDAD

Hasta ahora se ha demostrado que un mayor IMC se asocia con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, pero esta correlación puede no ser causalidad ya que los estudios no se ajustan a distintas variables que causan un aumento de peso,

O'Hara, L. & Taylor (2018). DOI: 10.1177/2158244018772888. Traducción: Lilia Graue

Nota sobre entrecorillar la palabra “obesidad” o directamente censurarla (obesidad) sustituyéndola por la palabra gorda.

Nota ejemplo: Parte del trabajo en el movimiento de liberación gorda es reclamar la palabra gorda para despojarla de su connotación negativa o peyorativa. No utilizamos los términos “sobrepeso” u “obesidad” pero para este texto las hemos entrecorillado, debido a que estas palabras patologizan y estigmatizan la obesidad.

1. Rosen, H. Is Obesity A Disease or A Behavior Abnormality? Did the AMA Get It Right? *Mo. Med.* 111, 104 (2014).

2. Nine More Truths About Eating Disorders: Weight and Weight Stigma - Academy for Eating Disorders. <https://www.aedweb.org/publications/nine-truths-weight-disorders>.

3. Bacon, L. & Apraramor, L. Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr. J.* 10, 1-13 (2011).

4. Tomiyama, A. J. et al. How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Med.* 16, (2018).

5. Hughes, V. The big fat truth. *Nature* 497, 428-430 (2013).

6. Katz, D. L. Perspective: Obesity is not a disease. *Nat.* 2014 5087496 508, S57-S57 (2014).

7. Basham, P. & Luik, J. Is the obesity epidemic exaggerated? Yes. *BMJ* 336, 244 (2008).

8. Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H. & Graubard, B. I. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 309, 71-82 (2013).

9. Carnethon, M. R. et al. Association of Weight Status With Mortality in Adults With Incident Diabetes. *JAMA* 308, 581-590 (2012).

10. Srikanthan, P., Horwich, T. B., Press, M. C., Gombeln, J. & Watson, K. E. Sex differences in the association of body composition and cardiovascular mortality. *J. Am. Heart Assoc.* 10, 1-14 (2021).

11. Lainscak, M., von Haehling, S., Doehner, W., & Anker, S. D. The obesity paradox in chronic diseases: facts and numbers. *J. Cachexia. Sarcopenia Muscle* 3, 1-4 (2012).

12. Jaitovich, A. et al. ICU Admission Muscle and Fat Mass, Survival, and Disability at Discharge. *Copeia* 3, 1-4 (2012).

13. Doehner, W., Clark, A. & Anker, S. D. The obesity paradox: weighing the benefit. *Eur. Heart J.* 31, 146-148 (2010).

14. Santos, I., Sniehotta, F. F., Marques, M. M., Caraga, E. V. & Teixeira, P. J. Prevalence of personal weight control attempts in adults: a systematic review and meta-analysis. *Obes. Rev.* 18, 32-50 (2017).

15. Gaesser, G. A. & Angadi, S. S. Obesity treatment: Weight loss versus increasing fitness and physical activity for reducing health risks. *Science* 24, (2021).

16. 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. <https://doi.org/10.1177/2158244018772888>. (2018).

17. Mann, T. et al. Medication search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am. Psychol.* 62, 220-233 (2007).

18. Tomiyama, A. J., Ahlstrom, B. & Mann, T. Long-term Effects of Dieting: Is Weight Loss Related to Health? *Soc. Personal. Psychol. Compass* 7, 861-877 (2013).

19. Logg, C., Stinson, D. A. & Brochu, P. M. Weight Loss Is Not the Answer: A Well-being Solution to the Obesity Problem. *Soc. Personal. Psychol. Compass* 9, 678-695 (2015).

20. Puhl, R. M. & Heuer, C. A. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity* 17, 941-964 (2009).

21. Ullian, M. 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* 13, (2018).

22. Ullian, M. 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* 13, (2018).

23. Carbonneau, E. et al. A Health at Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clin. Nutr.* 36, 747-754 (2017).

24. Ellis-Ordway, N. & Ramseyer Winter, V. Weight Stigma as a Violation of the NASW Code of Ethics: A Call to Action. *Int. J. Soc. Work Values Ethics* 19, 65-81 (2022).

Bibliografía



DESMITIFICAR LA RELACIÓN GORDURA-ENFERMEDAD

Material para profesionales de la salud

como: exposición a contaminantes, historial de dietas, fármacos, estigma de peso, etc.³⁻⁵. El peso hasta ahora había sido considerado un factor de riesgo, que no es lo mismo que enfermedad, porque todas las condiciones asociadas a la obesidad (diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, etc.), pueden ocurrir sin la presencia de esta, y no todas las personas con IMC alto desarrollan estas enfermedades^{3,6,7}.

“Las consecuencias de etiquetar la obesidad como una enfermedad parece ser un precio que la profesión médica está dispuesta a pagar para legitimar la condición. También puede ser un intento de garantizar las ganancias que se obtienen”⁶.

LA RELACIÓN ENTRE PESO Y SALUD

La relación entre el peso y la salud no es lineal (salvo en ambos extremos del espectro). Así lo sugiere un meta-análisis de 97 estudios que incluyen a 2,88 millones de personas, realizado por un equipo de investigadores, dirigido por Katherine Flegal, el estudio concluye que las personas consideradas con “sobrepeso” (categoría del IMC), tienen

un 69% menos de probabilidades de morir que las consideradas dentro del peso “normal” durante el mismo tiempo⁸. Este dato es consistente con el creciente número de estudios en la última década, que muestran que las personas con enfermedades graves como condiciones cardíacas, enfisema y diabetes tipo 2, tienen las tasas de mortalidad más bajas en espectros de peso por arriba de lo “normal”⁹⁻¹³. Una explicación para estos resultados es que las personas con pesos altos tienen más reservas de energía para combatir las enfermedades y condiciones propias de la edad y envejecimiento¹³.

TRATAMIENTO DE LA “OBESIDAD”. ¿TIENE LA ADIPOSIDAD UNA CURA?

Al mismo tiempo en el que se comenzó a alertar a la comunidad sobre el aumento de peso, también aumentaron estos intentos de pérdida a nivel mundial. Un metaanálisis de 72 estudios, incluidos 1.184.942 adultos, reveló que el 42 % de la población general y el 44% de las poblaciones de minorías étnicas informaron haber intentado perder peso¹⁴. Sin embargo, el aumento de peso a nivel de peso en la población se ha triplicado, aumentando el es-

tigma de peso y un “ciclo inútil de pérdida de y ganancia de peso”¹⁵.

El ciclo de peso se ha relacionado a efectos adversos a la salud como: aumento del nivel de triglicéridos y disminución de lipoproteínas de alta densidad, aumento de la presión arterial, resistencia a la insulina, inflamación crónica, aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular^{3,16,17}.

Las dietas recomendadas como la “solución” a la “obesidad” no han demostrado efectividad a largo plazo¹⁷⁻¹⁹. Las personas con pesos más altos son las más afectas por el estigma de peso y sus consecuencias a la salud, entre las que se encuentran el propio aumento de peso, hasta un mayor riesgo de enfermedades crónicas y mortalidad^{4,20}.

Consideremos que la formación en ciencias de la salud debe abordar el sesgo del peso, formando a los profesionales sanitarios sobre cómo se perpetúa y sus efectos potencialmente dañinos en sus pacientes^{4,20}.

Al mismo tiempo, por toda la evidencia acumulada hasta ahora recomendamos una intervención no centrada en el peso^{3,15,21-23}. Proponemos intervenciones basadas en conductas que promuevan salud, basada en indicadores de salud confiables que contemplen el estigma de peso, la discriminación social y un concepto de salud holístico determinado por bienestar integral del individuo^{21,23,24}.



MARCO DE REFERENCIA 3C PARADIGMA DE SALUD CENTRADO EN EL PESO

Premisas del paradigma de salud centrado en el peso

1. El peso corporal está incrementando rápidamente en el mundo
2. El Índice de Masa Corporal (IMC) y otras medidas del peso corporal o gordura son buenos indicadores del estado de salud actual y futuro
3. Un IMC por encima de 24,9 es una causa directa de enfermedad y muerte prematura
4. Los incrementos o decrementos en el peso corporal son causados por un simple desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía de un individuo
5. El peso corporal es por lo menos en parte voluntario y está dentro del control del individuo
6. Los métodos para la pérdida de peso exitosa y sostenida son bien conocidos por la ciencia
7. Cambios ambientales en las últimas décadas han creado un ambiente "obesogénico"
8. Crear un ambiente menos "obesogénico" reducirá la prevalencia de "obesidad"
9. El foco en el peso corporal para todas las personas, y perder peso para las personas con "sobrepeso" y "obesidad" resultará en mejor salud y reducirá los costos personales, sociales y económicos asociados con peso corporal mayor del promedio

CONTEXTO

Promulgadores del paradigma centrado en peso

- Adelgazadores**
 - Mostrar valor moral intentando perder peso
 - Manejar el estigma
 - Negociar la discriminación por talla
- Comunidad científica (creador)**
 - Establecer puntos de referencia / clasificación de obesidad
 - Llevar a cabo investigación
- Profesionales de salud (responsables de cumplimiento / administradores)**
 - Hacer cumplir reglas y soluciones para el peso con pacientes
 - Ofrecer consejo autoritario
- Medios (amplificador / moralizador)**
 - Reportar de manera no crítica "hechos" científicos acerca de la obesidad.
- Filosóficas**
 - Perpetuar el concepto del cuerpo "ideal" para la salud y la belleza.
- Activistas anti-obesidad (partidarios)**
 - Educar al público
 - Movilizar apoyo para las campañas anti-obesidad
- Gobierno (legitimador)**
 - Establecer comisiones anti-obesidad
 - Comisionar reportes de obesidad
 - Desarrollar políticas y programas de salud pública anti-obesidad
 - Industria perdida de peso (partidario oportunista)
 - Desarrollar y vender productos farmacéuticos
 - Promover y llevar a cabo cirugía bariátrica
 - Proveer productos servicios y programas comerciales para perder peso
- Éticas**
 - Maleficencia
 - Patriarcal
 - Culpa al individuo
 - Des-empoderamiento
 - Prescribe tratamiento ineficaz
 - Monitoreo y regulación de cuerpos y conductas
 - Conflictos de interés no declarados
- Niega derechos humanos**
 - Derecho a la salud
 - Derecho a la educación
 - Derecho a la libertad de discriminación

CONSECUENCIAS

Consecuencias del paradigma de salud centrado en el peso

Refuerzo del ambiente adipofóbico

Menor salud y bienestar → Menor calidad de vida

• Portafolio limitado de estrategias

• Liderado por expertos

• Foco de la evaluación en conductas y peso corporal no desenlaces en salud

Técnicas

• Daños conductuales

• Posponer vivir

• Retrasar atención de salud

• Hacer dieta

• Conductas alimentarias y de actividad física alteradas

• Daños físicos

• Menor cuidado de salud

• Menor absorción de nutrientes

• Menor saciedad

• Desestabilización del peso corporal

• Factores de riesgo para enfermedad

• Muerte

• Daños sociales

• Deshumanización

• Discriminación, estigma, prejuicio y otras formas de opresión

CRÍTICAS

Críticas al paradigma de salud centrado en el peso

Empíricas

• Tendencias de peso corporal

• Determinantes de peso corporal

• Asociaciones entre peso y desenlaces en salud

• Ineficaz

• Para manejar el peso corporal

• Contraproducente

• Daños psicológicos

• Insatisfacción

• Distracción

• Incomodidad y estrés

• Pensamiento de deber

• Desconfianza del cuerpo

• Desconexión de la corporalidad o disociación del cuerpo

• Depresión

Ideológicas

• Paradigma de salud biomédico y conductual

• Neoliberal

• Pánico moral

• Objetivista

• Basado en miedo

• Discursos de género, clase y raza

• Éticas

• Maleficencia

• Patriarcal

• Culpa al individuo

• Des-empoderamiento

• Prescribe tratamiento ineficaz

• Monitoreo y regulación de cuerpos y conductas

• Conflictos de interés no declarados

