

REVISIÓN

Acceso Abierto

Ciencia del Peso: Evaluando la Evidencia para un Cambio de Paradigma

Linda Bacon^{1*}, Lucy Aphramor^{2,3}

Resumen

Los linamientos actuales recomiendan que los individuos con "sobrepeso" y "obesos" pierdan peso involucrándose en modificaciones de estilo de vida que incluyen dieta, ejercicio y otros cambios conductuales. Este enfoque induce de manera confiable pérdida de peso a corto plazo, pero la mayoría de los individuos son incapaces de mantener la pérdida de peso a largo plazo y no consiguen los beneficios putativos de una mejoría en la morbilidad y mortalidad. También ha surgido preocupación por el hecho de que este foco en el peso no solo es ineficaz en producir cuerpos más delgados y más sanos, sino que también podría tener consecuencias no intencionadas, contribuyendo a la preocupación con la comida y con el cuerpo, ciclos repetidos de pérdida y recuperación de peso, distracción de otras metas de salud personales y determinantes más amplios de salud, menor autoestima, trastornos alimentarios, otros riesgos para la salud y estigmatización y discriminación por el peso. Esta preocupación ha llamado cada vez más la atención a las implicaciones éticas de recomendar un tratamiento que puede ser ineficaz o dañino. Un movimiento transdisciplinario creciente llamado Salud en Todas las Tallas (Health at Every Size, HAES) desafía el valor de promover la pérdida de peso y la conducta de dieta y defiende un cambio de foco a desenlaces neutrales con respecto al peso. Los ensayos aleatorizados controlados indican que un enfoque de HAES se asocia con mejorías estadística y clínicamente relevantes en medidas fisiológicas (p.ej. tensión arterial, lípidos en sangre), conductas alimentarias (p.ej. hábitos de alimentación y actividad física, calidad dietética) y desenlaces psicosociales (tales como autoestima e imagen corporal), y que HAES logra estos desenlaces en salud de manera más exitosa que el tratamiento para perder peso y sin las contradicciones asociadas con un foco en el peso. Este artículo evalúa la evidencia y las bases que justifican cambiar el paradigma de cuidado de la salud de un foco convencional en la pérdida de peso a HAES.

Introducción

La preocupación por el "sobrepeso" y "obesidad" se refleja en un amplio rango de medidas y políticas dirigidas hacia ayudar a las personas a reducir su índice de masa corporal (BMI)¹. A pesar de la atención por parte del establecimiento de salud pública, una industria privada de pérdida de peso estimada en \$58.6 mil millones anuales en los EUA [1], niveles sin precedentes de insatisfacción corporal [2] y repetidos intentos para perder peso [3,4], la mayoría de las personas son incapaces de mantener la pérdida de peso a largo plazo y no consiguen los beneficios putativos de mejoría en morbilidad y mortalidad [5]. Ha surgido preocupación de que este paradigma enfocado en el peso no solo es ineficaz en producir cuerpos más delgados y más sanos, sino también dañino, contribuyendo a preocupación con la comida y el peso, ciclos repetidos de pérdida y recuperación de peso, distracción de otras metas personales y determinantes más amplios de salud, menor autoestima,

trastornos alimentarios y otros riesgos para la salud, así como estigmatización y discriminación por el peso [6-8]. Al insertarse de manera más firme las competencias basadas en evidencia en los estándares para profesionales de salud, se ha prestado atención a las implicaciones éticas de recomendar un tratamiento que puede ser ineficaz o dañino [5,9].

Un creciente movimiento transdisciplinario llamado Salud en Todas las Tallas (Health at Every SizeSM, HAES²) mueve el foco de manejo de peso a promoción de la salud. La principal intención de HAES es apoyar mejores conductas de salud para personas de todas las tallas sin utilizar el peso como mediador; la pérdida de peso puede o no ser un efecto secundario. HAES está emergiendo como práctica estándar en el campo de los trastornos alimentarios; las siguientes asociaciones explícitamente apoyan este enfoque: Academy for Eating Disorders, Binge Eating Disorder Association, Eating Disorder Coalition, International Association for Eating Disorder Professionals, National Eating Disorder Association [10]. Grupos de derechos civiles, incluyendo la National Association to Advance Fat Acceptance y el Council on Size and Weight Discrimination, también promueven

* Correspondencia: linda@lindabacon.org

¹University of California, Davis, y City College of San Francisco, Box S-80, City College of San Francisco, 50 Phelan Avenue, San Francisco, CA 94112, EUA

La lista completa de información de autores está disponible al final del artículo.

Traducción: Lilia Graue, Mindful Eating México®

HAES. Se ha desarrollado una asociación profesional internacional, la the Association for Size Diversity and Health, compuesta por miembros de una amplia gama de profesiones comprometidos con los principios de HAES.

Salud en Todas las Tallas: Una Revisión de Ensayos Controlados Aleatorizados

Se han realizado varios ensayos clínicos comparando HAES con el tratamiento convencional para la obesidad. Algunas investigaciones se realizaron antes de que el nombre HAES se hiciera de uso común; estos estudios más tempranos típicamente utilizaron los términos “no-dieta” o “alimentación intuitiva” e incluyeron un foco explícito en la aceptación de talla (en oposición a pérdida o mantenimiento de peso). Una búsqueda en Pub Med de “Health at Every Size” o “intuitive eating” o “non-diet” o “nondiet” reveló 57 publicaciones. Se aprobaron los ensayos clínicos controlados (RCTs), y se aprobaron RCTs adicionales de sus referencias. Únicamente se incluyeron estudios con un foco explícito en la aceptación de talla.

La evidencia de estos seis RCTs indica que un enfoque de HAES se asocia con mejorías estadística y clínicamente relevantes en medidas fisiológicas (p.ej. tensión arterial, lípidos en sangre), conductas en salud (p.ej. actividad física, patología de trastornos alimentarios) y desenlaces psicosociales (p.ej. estado de ánimo, autoestima, imagen corporal) [11-20]. (Ver Tabla 1.) Todos los estudios indican mejorías significativas en desenlaces psicológicos y conductuales; las mejorías en autoestima y conducta alimentaria fueron particularmente notables [11-14,16,17,19,20]. Cuatro estudios midieron de manera adicional factores de riesgo metabólicos y tres de ellos indicaron mejoría significativa en por lo menos algunos de estos parámetros, incluyendo tensión arterial y lípidos en sangre [11,12,16,17,19,20]. Ningún estudio encontró cambios adversos en ninguna variable. Un séptimo RCT reportado en un congreso encontró también resultados significativamente positivos [18], así como un estudio controlado no aleatorizado [21] y cinco estudios sin control [22-26].

Todos los estudios controlados mostraron tasas de retención sustancialmente mayores o, en una instancia, tan alta, como el grupo control, y todos los estudios no controlados también mostraron altas tasas de retención. Dado el bien documentado recidivismo típico de los programas de pérdida de peso [5,27,28] y el daño potencial que puede surgir [29,30], este aspecto es particularmente notable.

Suposiciones subyacentes al paradigma convencional (enfocado en el peso)

Hacer dieta y otras conductas para perder peso son populares en la población general; en políticas de salud pública y en el ámbito del cuidado a la salud se promueven ampliamente como solución para el “problema” de la obesidad. Existe cada vez mayor preocupación acerca de la tergiversación endémica de la evidencia en estas políticas de manejo de peso [5,8].

Los investigadores han demostrado formas en que el prejuicio y la convención con respecto al peso interfieren con el razonamiento científico robusto, de tal manera que la investigación en obesidad parece “disfrutar inmunidad especial de los estándares aceptados en la práctica clínica y ética de publicación” [5,8,31]. Esta sección discute las suposiciones que subyacen al paradigma actual centrado en el peso, presentando evidencia que refuta su mérito científico y desafía el valor de promover manejo de peso como medida de salud pública.

Suposición: La adiposidad supone un riesgo significativo de mortalidad.

Evidencia: Excepto en extremos estadísticos, el IMC – o cantidad de grasa – únicamente predice débilmente la longevidad [32]. La mayoría de los estudios epidemiológicos reportan que las personas que tienen sobrepeso o están moderadamente obesas viven por lo menos tanto como las personas con peso normal, y con frecuencia más [32-35]. Un análisis de los National Health and Nutrition Examination Surveys I, II, and III, que siguieron a la mayor cohorte nacionalmente representativa de adultos en EUA determinó que la mayor longevidad estaba en la categoría de sobrepeso [32]. De acuerdo con el reporte, publicado en la revista JAMA y revisado y aprobado por el CDC y el National Cancer Institute, “[este] hallazgo es consistente con otros resultados reportados en la literatura.” Sin duda, la revisión más concienzuda de los datos recolectó datos para más de 350,000 sujetos de 26 estudios y encontró que el sobrepeso se asocia con mayor longevidad que el peso normal [36]. Más recientemente, Janssen analizó datos en adultos mayores (entre quienes ocurre más de 70% de las muertes) – también de 26 estudios publicados – y de igual manera no encontró evidencia de exceso de mortalidad asociado con sobrepeso [37]. El estudio de Americans’ Changing Lives llegó a una conclusión similar, indicando que “cuando factores socioeconómicos y otros factores de riesgo son controlados, la obesidad no es un factor de riesgo significativo para la mortalidad; y... para las personas de 55 años o mayores, tanto el sobrepeso como la obesidad confieren un riesgo significativamente menor de mortalidad” [38]. El análisis más reciente, publicado en el New England Journal of Medicine, concluyó que el sobrepeso se asociaba con mayor riesgo, pero únicamente llegó a esta conclusión después de restringir el análisis excluyendo el 78% de las muertes [39]. También utilizó una categoría de referencia mucho más estrecha que la categoría de “peso normal” utilizada para la mayoría de los otros estudios, lo que contribuyó también a que el riesgo relativo para el sobrepeso fuera mayor.

Existe un patrón robusto en la literatura epidemiológica que ha sido nombrado la “paradoja de la obesidad” [40,41]: la obesidad se asocia con mayor sobrevivencia en muchas enfermedades. Por ejemplo, las personas obesas con diabetes tipo 2 [42], hipertensión [43,44], enfermedad cardiovascular [41,45], y enfermedad renal crónica [46] tienen todas mayor longevidad que personas más delgadas con estas condiciones [47-49]. Asimismo, las personas obesas que han tenido infartos al miocardio, bypass coronario [50], angioplastia [51] o hemodiálisis [52] viven más que las personas más delgadas con estas historias [49]. Adicionalmente, los adultos mayores obesos

