

TRABAJO FIN DE GRADO

2023-2024

GRADO EN MEDICINA



“ANÁLISIS ÉTICO DEL PARADIGMA PESOCENTRISTA”

Autora: María del Carmen Angulo Meseguer

Tutora: Mercedes Martínez León

“Donde quiera que se ama el arte de la Medicina se ama también a la humanidad.”

Hipócrates.

"Cada paciente es una historia de vida, una oportunidad para ejercer la medicina con humildad, respeto y compasión."

Rachel Naomi Remen.

"La ciencia y la medicina se ocupan del cuerpo, mientras la filosofía trata de la mente y del alma, tan necesarias para un médico como la comida y el aire."

Noah Gordon.

ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Introducción y justificación	4
3. Objetivos.....	5
4. Material y métodos	6
5. Desarrollo del tema	6
5.1 Contexto social e histórico de la obesidad	6
5.2 Tratamiento de la obesidad centrado exclusivamente en el peso. Efectividad y consecuencias.....	8
5.2.1 Índice de masa corporal.....	9
5.2.2 Estigma de peso y la relación médico-paciente.....	10
5.2.3 Trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad	11
5.2.4 <i>Weight cycling</i> o efecto yo-yo.....	12
5.3 Nuevas formas de abordaje: paradigma neutral de peso	13
6. Discusión	15
7. Conclusiones	18
8. Bibliografía.....	19
9. Anexo	22
10. Póster.....	25

1. Resumen

La obesidad se define como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Esta se relaciona con enfermedades como la diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer. En las últimas décadas, su prevalencia ha aumentado debido a los estilos de vida modernos, sin embargo, los esfuerzos para reducirla no han sido exitosos. El enfoque tradicional, centrado en la pérdida de peso, ha demostrado ser ineficaz a largo plazo. Además, se le ha relacionado con efectos adversos como trastornos de la conducta alimentaria y otros problemas de salud mental, fluctuaciones periódicas en el peso y una peor atención sanitaria a causa de la discriminación que sufren estos pacientes. Se propone un cambio de paradigma, que prioriza los hábitos de vida saludable y resultados positivos en salud global, en lugar de enfocarse solo en la pérdida de peso.

Abstract

Obesity is defined as excessive fat accumulation which could be harmful to health. It is related to diseases such as diabetes type 2 and some types of cancer. In the last decades, its prevalence has risen due to modern lifestyles, nonetheless, the efforts to reduce it have not been effective. The traditional paradigm, focused on losing weight, has proven to be ineffective in the long term. Furthermore, has been linked to adverse effects such as eating disorders and other mental health problems, weight cycling, and worse health care due to the discrimination suffered by these patients. A paradigm shift is proposed, which prioritizes healthy lifestyle habits and positive outcomes in global health, instead of focusing only on weight loss.

2. Introducción y justificación

La obesidad lleva siendo un problema preocupante en las últimas décadas. Según The World Obesity Federation: “800 millones de personas están viviendo actualmente con obesidad, de los cuales 39 millones son niños menores de 5 años (2020) y 340 millones son niños y adolescentes entre las edades de 5 y 19 años. Además, hay al menos 1 billón más de personas en riesgo de sobrepeso u obesidad.” Este aumento drástico de la prevalencia de la obesidad se lleva produciendo desde hace 40 años.

Paralelamente, múltiples encuestas demuestran una alta prevalencia de los intentos de pérdida de peso en los últimos 40 años, durante los cuales, la prevalencia de la obesidad se ha incrementado aproximadamente 3 veces más. A pesar de todos los esfuerzos por

poner el foco en la pérdida de peso, no parece que estén dando resultados según las estadísticas.

Por otro lado, clásicamente la pérdida de peso se ha centrado en un principio de balance energético negativo, donde principalmente intervienen dos variables: dieta y actividad física. Sin embargo, se ha descubierto que intervienen otros factores como la genética, las influencias intrauterinas y posnatales, el insomnio, el estrés psicológico, el nivel socioeconómico, etc. De hecho, se ha determinado que los factores biopsicosociales son más determinantes en la ganancia de peso que las decisiones personales y la responsabilidad individual.

Además, los repetidos esfuerzos de pérdida de peso pueden contribuir al aumento de este (efecto yo-yo), y estas fluctuaciones constantes de peso en el tiempo, se ha sugerido, que pueden estar asociadas con importantes riesgos para la salud. A todo esto, se suma, una tendencia creciente de conductas estigmatizantes relacionadas con el peso, lo cual también tiene implicaciones perjudiciales en la salud de las personas, ya sea de forma directa o indirecta.

En base a toda esta información, surge la necesidad de realizar este TFG, el cual se basa en la realización de una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar más a fondo el tratamiento actual de la obesidad. Así como, conocer si las medidas de intervención centradas exclusivamente en el peso son eficaces a largo plazo, las consecuencias que pueden tener en los pacientes y cómo pueden influir en la relación médico-paciente. Todo esto con la finalidad de poder encontrar intervenciones más efectivas, que tengan un impacto positivo en la salud de la población y que nos permitan ofrecer, como profesionales sanitarios, una asistencia ética, de calidad y basada en la evidencia científica actual.

3. Objetivos

Entre los objetivos de este trabajo se encuentra uno principal o general:

- Analizar éticamente el tratamiento actual de la obesidad centrado exclusivamente en la pérdida de peso

Y dentro de los específicos:

- Exponer las causas relacionadas con la obesidad.

- Conocer el contexto sociocultural de la obesidad y el impacto que tiene el estigma de peso.
- Investigar si es eficaz y las consecuencias que tiene en la salud tanto física como psicológica de los pacientes el tratamiento de la obesidad centrado sólo en la pérdida de peso.
- Estudiar cómo influye en la relación médico-paciente el tratamiento de la obesidad centrado sólo en la pérdida de peso.
- Buscar alternativas en el tratamiento de la obesidad que muestren ser eficaces y que nos permitan ofrecer una asistencia más ética, de calidad y basada en la evidencia científica.

4. Material y métodos

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica del análisis ético del paradigma pesocentrista.

Para su realización se han utilizado las siguientes fuentes de información:

- Búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando términos en inglés y en español (“pesocentrismo”, “obesidad”, “ética tratamiento sobrepeso”) combinados mediante los operadores booleanos AND y OR. Para seleccionar los artículos relevantes en el desarrollo de este trabajo, se descartó aquellos que por su título o resumen no concordaban con el tema. Los artículos restantes están incluidos de forma directa o indirecta en este trabajo.
- Búsqueda en páginas oficiales de asociaciones y grupos de trabajo relacionados con los actuales tratamientos de la obesidad y el sobrepeso.
- Datos oficiales aportados por el Instituto Nacional de Estadística sobre la prevalencia de obesidad y hábitos de vida saludable en España.

5. Desarrollo del tema

5.1 Contexto social e histórico de la obesidad

La gordura es algo inherente a la historia del ser humano, así nos ha quedado reflejado en elementos culturales como la estatuilla de la Venus de Willendorf (27.500-25.000 a.C), tratados médicos como *La grande chirurgie, chirurgica magna* (1363) de Gay de Chauliac en donde aparece la primera definición importante de la obesidad, obras

pictóricas como *Las tres gracias* (1555) de Rubens , *La monstrua desnuda* (1680) de Juan Carreño de Miranda o el indistinguible estilo del pintor Fernando Botero (1932-2023). (1–3)

Esta vuelta en la historia, también nos permite reconocer que existe un componente sociocultural muy grande en relación con la obesidad, así como el acceso a los alimentos y el esfuerzo para conseguirlos. Un ejemplo claro podría ser el período central de la Edad Media (siglos XI-XII) donde la población estuvo sometida a grandes hambrunas y sólo unos pocos privilegiados disponían de víveres para alimentarse en función de sus necesidades. En esos momentos la gordura representaba un poder social y físico. (1)

En la otra cara de la moneda, estamos viviendo en las sociedades industrializadas una transición en nuestro estilo de vida y hábitos alimentarios en los últimos 35 años, marcada principalmente por dos procesos históricos: una transición demográfica, la inversión en la tendencia de la fertilidad y la mortalidad; y una transición epidemiológica, la bajada de la prevalencia de las enfermedades infecciosas para dar paso a las enfermedades crónicas y degenerativas. (4)

Por otro lado, también se están produciendo cambios en nuestros patrones de actividad física. Con anterioridad predominaban labores como la agricultura o la minería que suponían un gran gasto energético; mientras que ahora prevalecen más los trabajos del sector servicios. Al mismo tiempo, también discurre una transición nutricional desde las dos últimas décadas del siglo XX, caracterizada por una dieta alta en grasas saturadas y azúcares y baja en fibra. Además, de un mayor aumento de productos ultra procesados y cadenas de comida rápida. (4) Paralelamente se ha producido un importante desarrollo industrial y tecnológico que ha supuesto facilidades a la hora de trasportarnos y que ha dado impulso al proceso de globalización, influenciando en gran medida nuestra forma de socializar a través de las redes sociales y quedando constantemente expuestos a contenido publicitario. (5)

Todo ello conforma un estilo de vida obesogénico que ha supuesto un aumento drástico en la prevalencia de la obesidad en los últimos 40 años. (6) Según la OMS: “En 2022, 2500 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales más de 890 millones eran obesos.” (7) Esto supone que 43% de la población adulta mundial está en situación de sobrepeso y 16% en obesidad. Estas cifras no están muy lejos de la realidad en España, ya que según el INE en la *Encuesta de Condiciones de Vida* (2022) se estimó que la prevalencia de sobrepeso era 34.3% y de obesidad 14.1%. (8)

Es importante destacar que estos cambios obesogénicos tienen una mayor tendencia en países con bajos y medios ingresos, observando que la tasa de obesidad y sobrepeso anual en USA y Europa es 0.25, mientras que, en Asia, norte de África y América Latina estas cifras son 2-5 veces mayores (4). Incluso se observa, de manera general, un gradiente norte-sur tanto en Europa como dentro de España, siendo las CCAA más afectadas Andalucía, Murcia, Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha. (9) Según el Informe anual de Salud 2022: “Dos de cada diez adultos son obesos y a menor nivel educativo mayor prevalencia de obesidad” y “Las personas con menor nivel educativo presentan el doble de obesidad que aquellas con nivel de educación superior.”

Figuras 1-4 (Anexo)

5.2 Tratamiento de la obesidad centrado exclusivamente en el peso. Efectividad y consecuencias.

De manera simultánea al aumento de la prevalencia de la obesidad, también se producía un incremento en la prevalencia de los intentos de pérdida de peso. Desde finales de 1980, la prevalencia de hacer dieta con el objetivo de bajar de peso en EE. UU. ha sido 40% entre las mujeres y 25% entre los hombres. Se estima que en EE. UU., según *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* entre 2013-2016 intentaron perder peso 66.7% adultos con obesidad. (10) Estos datos son similares a nivel mundial, ya que, en un metaanálisis de 72 estudios, donde participaban 1.184.942 adultos en total, reveló que el 42% de la población general y el 44% de las poblaciones de minorías étnicas habían intentado bajar de peso. (11)

No obstante, a pesar de todos estos esfuerzos y recursos, estudios demuestran que las principales intervenciones restrictivas para la pérdida de peso después de un año de seguimiento logran reducciones de hasta 10% máximo, obteniendo una tasa de fracaso de 95% a largo plazo. (12) En un metaanálisis de 29 estudios, donde se estudiaba la pérdida de peso a largo plazo, más de la mitad del peso en los individuos se recuperó a los dos años, y a los cinco, más del 80% del peso perdido. (13)

Por otro lado, durante mucho tiempo se ha pensado que el origen de la obesidad se centraba en un desbalance energético entre las calorías ingeridas y las consumidas; sin embargo, se ha demostrado que las causas relacionadas con esta son complejas y multifactoriales, teniendo mucho más peso los factores biopsicosociales que la responsabilidad individual y las elecciones personales. (14) Se han descrito causas genéticas (algunos estudios han estimado que la heredabilidad de la obesidad es entre 40% y 70%) (15), epigenéticas (tienen un importante papel, ya que los individuos con un perfil genético de alto riesgo para la obesidad son más susceptibles para desarrollarla

en un ambiente obesogénico), inactividad física, ingesta calórica excesiva, ambiente intrauterino, influencias posnatales, insomnio, fármacos, enfermedades, estatus socioeconómico, nivel educativo, etnia, estrés psicológico, disruptores endocrinos y microbiota intestinal, entre otros. *Figura 5 (Anexo)*. (14)

Además, el clásico enfoque utilizado para el abordaje de la obesidad se ha relacionado con otros problemas como: el estigma de peso, los trastornos de la conducta alimentaria y el *weight cycling* o efecto “yo-yo”, teniendo consecuencias perjudiciales para la salud.(6)

5.2.1 Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC) surgió a mediados de 1800 como una herramienta para medir de forma indirecta la grasa corporal; no obstante, se trata de una medida imperfecta ya que no tiene en cuenta factores importantes como la edad, el género, la estructura ósea, la distribución de la grasa corporal o la masa muscular, entre otros. Por otro lado, se considera una medida con escasa sensibilidad y especificidad, por lo que puede dar lugar a clasificaciones erróneas y suponer sesgos en los estudios que tratan la grasa corporal, así como los que estiman los efectos de la obesidad en la salud. (16) Por ejemplo, en un estudio se comparó el porcentaje de grasa corporal utilizando métodos directos como la densitometría o DEXA e indirectos como el IMC. Se consideró obesidad si el porcentaje de grasa era superior a 25% en varones y 35% en mujeres. Se obtuvo que el 8% de los hombres y el 7% de las mujeres se clasificaron erróneamente como obesos utilizando el IMC, y que el 41% de los hombres y el 32% de las mujeres que no eran considerados obesos según el IMC, sí que lo eran en función de su porcentaje de grasa corporal. (17)

Esto podría explicar por qué en los últimos años se han encontrado incongruencias en la relación entre el IMC y la mortalidad. Algunos metaanálisis aseguran que hay un aumento del riesgo de mortalidad entre los adultos con un $IMC > 25\text{kg/m}^2$ y otros no encuentran relación y/o afirman que se observa una menor mortalidad en los adultos clasificados con sobrepeso. (6) Un metaanálisis que estudió la relación entre la expectativa de vida y el IMC, describió que ésta seguía una curva U, de tal forma que las personas con $IMC 26\text{-}28\text{kg/m}^2$ presentaban valores más altos de expectativa de vida. (18). También es importante destacar, que muchos de los estudios que analizan la relación IMC-mortalidad raramente consideran otros factores que tienen importancia significativa sobre el riesgo de mortalidad, como el ejercicio cardiovascular, enfermedad coronaria, historia familiar de DM y/o HTA, hábito tabáquico y/o abuso de otras drogas

y antecedentes psiquiátricos, entre otros; incrementando aún más la probabilidad de sesgos. (6,19)

5.2.2 Estigma de peso y la relación médico-paciente

El estigma de peso se define como el rechazo social y la devaluación que recae en aquellos individuos que no cumplen con las normas sociales predominantes sobre peso y figura corporal adecuados; teniendo lugar en muchos ámbitos de la esfera cotidiana, así como: laboral, educativo, familiar, medios de comunicación o sanitario. (20) Este nace de la suposición errónea de que la obesidad se relaciona con una cuestión puramente individual; cuando en realidad, la evidencia actual muestra que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja, progresiva y recidivante, en la que influyen muchos factores de carácter conductual, medioambiental, genético y metabólico. (21)

Este rechazo puede llevar a actitudes negativas, estereotipos, prejuicios y discriminación, siendo habitual que a estas personas se las caracterice por ser perezosas, incompetentes, glotonas, sin fuerza de voluntad e incluso pacientes difíciles. Todas estas conductas dañinas se han visto que tienen efectos adversos en la salud de las personas, reduciendo su calidad de vida e interfiriendo en los esfuerzos para mejorar su salud, perder peso o prevenir su ganancia. (21,22)

Entre estos efectos adversos se encuentran: conductas alimentarias desadaptativas, (principalmente trastornos por atracón), mala relación con el ejercicio físico, fluctuaciones constantes de peso (*weight cycling* o efecto yo-yo) y aumento del estrés psicológico, lo cual puede desencadenar respuestas fisiológicas al estrés que supongan una desregulación del eje neuroendocrino, contribuyendo a una mayor adiposidad y al aumento del riesgo de la morbilidad cardiovascular y metabólica. (22)

Por otro lado, los entornos sanitarios son un punto clave para este tipo de violencias, ya que se ha visto que muchos profesionales sanitarios muestran prejuicios y actitudes negativas hacia este tipo de pacientes (23). Según un informe de la OMS publicado en 2017: "El 69% de los adultos con obesidad reportan experiencias estigmatizantes por parte de los sanitarios." (24) Esto lleva a que estos pacientes experimenten estrés en los entornos sanitarios, pierdan la confianza en los profesionales, se adhieran menos a los tratamientos, retrasen sus visitas médicas o eviten la búsqueda de atención sanitaria por miedo a ser juzgados. (21)

Por todo ello, es importante formar a los profesionales sanitarios para evitar este tipo de conductas dañinas, sobre todo, reforzando la idea de que la obesidad no es una cuestión que derive de la autodisciplina y la responsabilidad individual, sino que se trata de un

problema complejo. Entendiendo esta complejidad, podremos acompañar mejor a nuestros pacientes en sus procesos de salud.

5.2.3 Trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad

Al igual que ha habido un aumento de la prevalencia de obesidad en las últimas décadas, también han incrementado los casos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), casi como la insatisfacción corporal y el uso de prácticas no saludables para el control del peso.

Por otro lado, en cuanto a los TCA, se hablaba de un perfil definido de mujer adolescente o adulta joven; no obstante, este se ha ampliado al género masculino, edades menores, personas con diferente peso, tamaño y forma corporal y diferentes etnias y niveles socioeconómicos. (25) Dentro de estos, encontramos diferentes entidades diagnósticas definidas por el DSM-V: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, otros trastornos específicos de la alimentación, pica y trastorno por rumiación. (26)

Las que más se han visto asociadas con la obesidad son la BN y el TA, ambas caracterizadas por episodios recurrentes de atracones, en los que existe un consumo excesivo de comida en un periodo corto de tiempo, acompañado de la sensación de pérdida de control. (27) En un estudio longitudinal en España, se vio que en pacientes mujeres con diagnóstico de TCA, la prevalencia de antecedentes de obesidad fue 28.8%, siendo 87 % por TA. Este mismo reveló, que en la primera década de los 2000, el antecedente de obesidad se triplicó entre los pacientes que consultaban por TCA. (28) También se estimó que aproximadamente el 30% de los pacientes obesos que consultan para bajar de peso presentaban un posible TA. (25)

Esta asociación entre los TCA y la obesidad se cree que puede estar explicada por factores de riesgo compartido como hacer dieta, preocupaciones por el peso e insatisfacción corporal, hablar sobre el peso y la figura corporal y experimentar estigma de peso. En concreto, las dietas restrictivas se estudiaron que pueden llevar a atracones por desregulación en las señales de hambre/saciedad y la atracción de alimentos restringidos. (29) Otro estudio observó que en mujeres adolescentes que se sometían a dietas altamente restrictivas tenían 18 veces más riesgo de desarrollar TA que en aquellas que no realizaban dietas. (30)

Se estima que dos tercios de los pacientes con TA viven en cuerpos grandes. Habitualmente es infradiagnosticado y hay una larga demora hasta que se inicia el tratamiento, aproximadamente 10 años desde el inicio de la sintomatología. Esto se cree

que puede estar explicado por diferentes factores como la vergüenza y el estigma que sufren los pacientes, lo que retrasa la búsqueda de atención sanitaria, poco conocimiento tanto por la población general como por los profesionales sobre el TA y la ineficacia en establecer un plan terapéutico, ya que muchas veces estos pacientes reciben asistencia sobre pérdida de peso u otro síntoma psiquiátrico en vez de por el TCA. (31)

Finalmente, la obesidad y los TCA son entidades abordadas de forma separada y desde enfoques de trabajo diferentes, a pesar de tener en común diversos factores de riesgo. Se ha estudiado su asociación, pero es necesario que se siga investigando, sobre todo, en vista a un abordaje conjunto y multidisciplinar, ya que hacerlo de forma aislada podría suponer un tratamiento ineficaz y el aumento del riesgo de desarrollar la otra patología. (25)

5.2.4 *Weight cycling* o efecto yo-yo

Como se comentaba con anterioridad, son muchos los pacientes que no consiguen mantener la pérdida de peso de forma prolongada. Se estima que menos del 20% de los adultos que intentan perder peso, consiguen mantener una pérdida del 10% durante un año. (32) En consecuencia, muchos de ellos vuelven a intentarlo, experimentando fluctuaciones periódicas de peso. Este proceso, aunque no ha sido del todo definido por la comunidad científica, se conoce como *weight cycling* (WC) o *efecto yo-yo*. Supone ciclos de pérdida de peso producidos de forma intencional, seguidos de ciclos de recuperación de peso involuntarios.

Se estima que su prevalencia ronda 20-35% en hombres y 20-55% en mujeres. Es más frecuente entre las personas con obesidad y sobrepeso, pero no exclusivo, ya que también lo pueden experimentar personas en régimen de normopeso que quieran adelgazar por cuestiones personales, profesionales o deportivas. (10)

Las razones que puedan explicar esta recuperación del peso no están del todo establecidas. Una de las hipótesis refiere que durante el proceso de pérdida de peso se producen una serie de cambios en los péptidos intestinales, el tejido adiposo y sus hormonas correspondientes y el gasto metabólico, que promueven en conjunto dicha recuperación.(33)

Desde hace años y hasta ahora ha sido objeto de debate si el WC tiene efectos perjudiciales para la salud. Aún no está del todo claro y es necesaria mucha investigación al respecto, pero existe cierta evidencia de que sí podría tener efectos adversos. (6) Un metaanálisis publicado en 2019, informó que el WC se asoció con un

aumento del 41% en el riesgo de mortalidad por todas las causas y un incremento del 36% en el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. (34) Se ha sugerido también que la fluctuación sostenida en el equilibrio energético, como sucede en el WC, puede llevar a variaciones en los factores de riesgo cardiovascular en los periodos de recuperación de peso, así como la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la carga de trabajo cardiaca, la actividad simpática y niveles de glucosa y lípidos en sangre mayores que los valores normales de referencia; pudiendo desencadenar HTA y/o dislipemia. (35) También, se ha estudiado su posible relación con la hiperinsulinemia y la resistencia en la insulina. Un metaanálisis publicado en 2021 mostró que las variaciones en el peso eran un fuerte predictor independiente para la diabetes de nueva aparición. (36)

El origen de estas asociaciones no es conocido actualmente; no obstante, un reciente estudio sugiere que el WC a largo plazo supone un aumento de los depósitos grasos y una disminución de la masa muscular, como consecuencia de la disminución del gasto metabólico basal. Esto supone una serie de adaptaciones inmunológicas que dan lugar a un proceso de metainflamación y estrés oxidativo, pudiendo desencadenar una menor tolerancia a la glucosa, dislipemia, sarcopenia, diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares y esteatohepatitis no alcohólica. (37)

5.3 Nuevas formas de abordaje: paradigma neutral de peso

Hasta ahora el manejo de la obesidad se ha abordado desde un enfoque pesocentrista, es decir, basado en el peso exclusivamente. Este está siendo bastante cuestionado en los últimos años por su ineffectividad y por desestimar que la obesidad es una cuestión compleja, crónica y multifactorial; lejos de tratarse de una elección personal provocada por la falta de responsabilidad individual y/o fuerza de voluntad. Esta forma de entender el problema dificulta contemplar que existen otros factores favorecedores de salud más allá de la bajada de peso, propiciando el desarrollo de conductas estigmatizantes y prejuicios hacia las personas con obesidad (38), y que se han relacionado con un aumento morbilidad y mortalidad independientemente del peso o el IMC. (39)

También se ha observado que este tipo de enfoque se relaciona con una serie de inconvenientes a largo plazo como: recuperación del peso perdido, trastornos de la conducta alimentaria (principalmente trastorno por atracón), otros trastornos psiquiátricos como depresión, insatisfacción corporal, baja autoestima acompañada de sentimientos de frustración y culpa y *weight cycling*; el cual se ha asociado a un mayor riesgo de obesidad sarcopénica, morbilidad y mortalidad. (6,40)

Por otro lado, cada vez son más los estudios que sugieren que mantener un estilo de vida físicamente activo podría ser más factible que intentar bajar de peso o mantenerlo.

En un metaanálisis se observó que el riesgo de mortalidad asociado a obesidad fue ampliamente atenuado con niveles moderados-altos de ejercicio aeróbico (EA), siendo incluso más bajo que los individuos con IMC normal que no entrenaban. (41) Otro estudio concluyó que realizar entrenamientos de fuerza se asociaba a menor riesgo de enfermedades crónicas y mortalidad independientemente del IMC. (42) También se han observado estos beneficios a nivel de los depósitos de grasa hepática y grasa abdominal visceral. El EA reducía los niveles de grasa en personas con sobrepeso u obesidad, a pesar de que la pérdida de peso había sido menor de 1kg. Además, se observó que la reducción de la grasa abdominal tras la realización de entrenamiento físico continuado fue 21.3%; mientras que la lograda exclusivamente con restricción calórica fue solo 13.4%.(43)

Este tipo de intervenciones basadas en los hábitos de vida saludables y que priorizan el bienestar físico y psicológico, adaptándose a las necesidades personales y circunstanciales del paciente, se recogen bajo el paradigma neutral de peso. Más allá de no poner el foco en el peso, esta forma de trabajo promueve la aceptación del tamaño corporal, la realización de ejercicio físico por placer y el seguimiento de una alimentación nutritiva y balanceada, donde se enfatiza alimentación consciente, es decir, aquella basada en las respuestas fisiológicas de hambre y saciedad del organismo. Es poca la literatura actual encontrada al respecto, pero algunos estudios reportan mejoras a largo plazo en las conductas alimentarias, la ingesta energética, la percepción del estrés y síntomas depresivos, la autoestima, la calidad vida, el nivel de actividad física y otros marcadores como los niveles de LDL, colesterol total e índice de cintura-cadera. (40,44)

Todavía falta mucha investigación al respecto que estudie y elabore estrategias de promoción de la salud que no sean estigmatizantes. En el camino por conseguirlo, la Asociación de Médica Canadiense (CMA) publicó en 2020 una guía práctica sobre el abordaje de la obesidad en adultos. En ella se señala la necesidad de que el tratamiento de la obesidad se base en principios de manejo de enfermedades crónicas basadas en la evidencia, validando las experiencias personales de los pacientes. (45) Por ello, ofrece una serie de pasos a seguir por parte de los profesionales sanitarios en este tipo de intervenciones:

1. Reconocer la obesidad como una condición compleja y de larga duración, que implica por parte de los profesionales de la salud solicitar el consentimiento del paciente para proporcionar orientación y apoyo en el tratamiento, asegurándose de hacerlo de manera imparcial y sin prejuicios.

2. Evaluar al paciente utilizando las medidas apropiadas, identificando las causas subyacentes, las complicaciones y las barreras para el tratamiento de la obesidad.
3. Discutir las opciones principales del tratamiento (asesoramiento dietético y actividad física) y las terapias complementarias que puedan ser necesarias (tratamiento psicológico, farmacológico y/o quirúrgico).
4. Acordar con el paciente los objetivos del tratamiento, priorizando los resultados en salud y no solo el peso, dando valor al bienestar físico y psicológico del paciente.
5. Comprometerse con el paciente para realizar seguimientos continuos y reevaluaciones. Además, promover la mejora de la atención de este tipo de pacientes.

Para finalizar, aunque todavía no se conocen muy bien los beneficios de este tipo de intervenciones debido a la escasez de estudios y literatura científica sobre el tema, es importante darles impulso, sobre todo desde la responsabilidad de la ética profesional. Como profesionales sanitarios, nuestra labor médica debe basarse en los principios de beneficencia y no maleficencia. La beneficencia implica que el tratamiento que estamos aportando sea beneficioso, y después de décadas intentado tratar la obesidad, falta evidencia que respalde que la pérdida de peso se logra mantener a largo plazo o que los programas enfocados a la prevención del aumento de peso sean beneficiosos. Por otro lado, la no maleficencia supone no hacer daño, y hay muchas investigaciones que han sugerido que este tipo de intervenciones pueden provocar efectos perjudiciales como estigmatización, trastornos de la conducta alimentaria y fluctuaciones periódicas de peso como el efecto yo-yo. Todas estas preocupaciones éticas hacen cuestionar el paradigma centrado en el peso y replantear la existencia de alternativas mejores para el tratamiento de la obesidad que no causen daño a los pacientes. A pesar de que todavía falta mucha investigación al respecto, el paradigma neutral de peso podría ser una de las posibles alternativas. (46)

6. Discusión

La obesidad se define según la OMS como: “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.”(7) Este exceso de adiposidad puede predisponer al individuo para el desarrollo de algunas enfermedades como DM tipo 2, esteatosis hepática no alcohólica, enfermedades de la vesicular biliar y algunos tipos de cáncer. (45) Es conocido que en los últimos 40 años ha aumentado de manera considerable la prevalencia de la obesidad, principalmente debido a los estilos de vida

de las sociedades modernas, lo que supone vivir en un ambiente obesogénico. (4) Paralelamente a este cambio, han ido aumentando los intentos para bajar de peso entre la población general. Al mismo tiempo, también han aumentado los esfuerzos por parte de los gobiernos y las organizaciones por frenar este fenómeno; sin embargo, no se han obtenido dichos resultados estadísticamente. (5)

La forma que tradicionalmente se ha utilizado para manejar la obesidad ha sido centrada exclusivamente en el peso, partiendo de asunciones simplistas como: “Comer menos. Moverse más.” No obstante, actualmente se sabe que la obesidad es una cuestión multicausal, donde los factores biopsicosociales tienen mucho más peso que la responsabilidad individual. (14) Además, es cuestionable la utilización de este modelo, ya que no se ha demostrado que la pérdida de peso sea factible a largo plazo, terminando fracaso en el 95% de los casos.(12) A esto se suma, que muchos pacientes acaben teniendo fluctuaciones en su peso, ya que vuelven a adelgazar y recuperar el peso perdido constantemente. Esto ya no solo puede suponer problemas de salud mental por los sentimientos de frustración asociados, sino que también se ha visto que puede tener efectos adversos en el organismo como mayor riesgo de obesidad sarcopénica, morbilidad y mortalidad. (6)

Asimismo, puede llevar a alteraciones en la conducta alimentaria y/o la utilización de prácticas no saludables para lograr bajar de peso. No se conoce aún muy bien la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, pero no sería inesperable encontrarlas de manera simultánea frecuentemente, ya que comparten varios factores de riesgo como la insatisfacción corporal y la preocupación por la comida. (27) Entre los TCA, el que más se ha relacionado con la obesidad ha sido el Trastorno por Atracción, el cual es con frecuencia infradiagnosticado y con una demora en el tratamiento de hasta 10 años desde que aparecieron los síntomas iniciales. Es importante seguir investigando la asociación entre estas dos entidades, ya que podría ser una de las causas principales de obesidad en un grupo determinado de pacientes. (31)

Por otro lado, este paradigma puede llevar a prejuicios y estigma en este tipo de pacientes, llegando a presuponer que son personas vagas, irresponsables, glotonas, débiles e incluso pacientes difíciles. Esta discriminación se da en muchos ámbitos de la esfera social, pero sobre todo en los servicios sanitarios. Son muchos los pacientes que retrasan la búsqueda de atención sanitaria por miedo a ser juzgados y/o mal atendidos.(21) Esto es importante, ya que se está quedando desatendida una parte de la población que de *per se* tiene mayores riesgos de morbilidad y mortalidad por su condición.

Como consecuencia a todos estos problemas derivados del paradigma pesocentrista, han ido apareciendo líneas de investigación que sugieren un cambio de perspectiva. Una alternativa podría ser el paradigma neutral de peso, donde se priorizan los hábitos de vida saludables y los resultados positivos en salud, más allá de la pérdida exclusiva de peso. Esto podría ser favorable, ya que se ha visto que la promoción de un estilo de vida activo, sobre todo, la realización de ejercicio aeróbico y de fuerza se relacionan con menor riesgo de morbilidad y mortalidad, y mayores beneficios en salud que la pérdida de peso en sí misma. (6) Además de optimar estos valores, el paradigma neutral de peso se ha relacionado con mejorías en las conductas alimentarias, mayor satisfacción corporal y autoestima y mayor mantenimiento a largo plazo de conductas saludables, tales como el ejercicio físico regular y una dieta equilibrada.(38)

Aun es necesaria mucha investigación sobre el paradigma neutral de peso, sobre todo, en cuanto si hay evidencia de que sea efectivo y superior al actual. Independientemente de que todavía no se disponga de esta información, desde el punto de vista de la ética profesional, el manejo de la obesidad centrado exclusivamente en el peso resulta cuestionable; ya no sólo porque no se ha demostrado que sea efectivo a largo plazo, sino que también está suponiendo un prejuicio para los pacientes, tanto por los efectos adversos que supone, como el estigma de peso y la desatención en los centros sanitarios.

Aunque la obesidad sea un problema preocupante y este asociada con la predisposición de múltiples patologías, nuestro deber como profesionales es actuar en función de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, por lo que, si actualmente no se dispone de tratamientos efectivos para la obesidad, nuestro fin será aportar los recursos que puedan ser más beneficios para nuestros pacientes, sin que supongan ningún prejuicio para ellos, como la promoción de los hábitos de vida saludable. Al mismo tiempo, también es importante la revisión de nuestros actos y prejuicios que pueden estar sesgando nuestra labor profesional, teniendo un gran impacto directa o indirectamente en la salud de nuestros pacientes.

7. Conclusiones

- La obesidad es un problema complejo y multicausal, cuya prevalencia ha ido en aumento en los últimos 40 años, principalmente debido a los estilos de vida modernos que propician un ambiente obesogénico. Paralelamente, han ido creciendo los intentos tanto individuales como gubernamentales para combatirlo; sin embargo, estos esfuerzos han sido insuficientes.
- El enfoque tradicional para manejar la obesidad, centrado en la pérdida de peso, ha demostrado ser ineficaz a largo plazo, además de producir efectos adversos como estigma y discriminación, alteraciones o trastornos en la conducta alimentaria o fluctuaciones constantes en el peso, que se han sugerido que pueden suponer un aumento de riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Surge la necesidad de reexaminar y posiblemente reestructurar los enfoques tradicionales del tratamiento de la obesidad. Una posible alternativa podría ser el paradigma neutral de peso. Este se ha relacionado con una mayor satisfacción corporal, mejor calidad de vida y salud mental y mayor mantenimiento de las conductas saludables a largo plazo.
- Desde la perspectiva ética, los profesionales sanitarios deben operar desde los principios de la beneficencia y no maleficencia. Dado que los tratamientos actuales para la obesidad no son efectivos a largo plazo y pueden causar prejuicios, es crucial promover hábitos de vida saludable, enfocándose en la salud global y el bienestar de los pacientes.

8. Bibliografía

1. Kantor R. Revista El Malpensante. 2021 [citado 10 de abril de 2024]. Una historia de la gordura. Disponible en: <https://www.elmalpensante.com/articulo/1749/una-historia-de-la-gordura>
2. La Vanguardia [Internet]. 2020 [citado 10 de abril de 2024]. El rastro de la obesidad en el arte. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-antigua/20200528/481427614695/obesidad-arte-venus-willendorf-ultima-cena-monstrua-desnuda.html>
3. El cuerpo humano en la historia del arte - Demos el PASO [Internet]. 2022 [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: https://demoselpaso.com/https-demoselpaso-com-obesidad-sintapujos-com-blog-arte-cuerpo_humano_historia_arte/
4. Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes*. noviembre de 2004;28(3):S2-9.
5. Morales P A. Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia. *Comunidad y Salud*. diciembre de 2010;8(2):83-90.
6. Gaesser GA, Angadi SS. Obesity treatment: Weight loss versus increasing fitness and physical activity for reducing health risks. *iScience*. octubre de 2021;24(10):102995.
7. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
8. Indicadores de calidad de vida [Internet]. [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas¶m2=1259944522462¶m4=Mostrar#top
9. Ministerio de Sanidad [Internet]. [citado 15 de abril de 2024]. Encuesta Europea de Salud en España 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
10. Montani JP, Schutz Y, Dulloo AG. Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: who is really at risk? *Obesity Reviews*. 2015;16(S1):7-18.
11. Santos I, Sniehotta FF, Marques MM, Carraça EV, Teixeira PJ. Prevalence of personal weight control attempts in adults: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2017;18(1):32-50.
12. Hall KD, Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. *Medical Clinics of North America*. 1 de enero de 2018;102(1):183-97.
13. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1 de noviembre de 2001;74(5):579-84.
14. Masood B, Moorthy M. Causes of obesity: a review. *Clin Med (Lond)*. julio de 2023;23(4):284-91.

15. Maes HHM, Neale MC, Eaves LJ. Genetic and Environmental Factors in Relative Body Weight and Human Adiposity. *Behav Genet.* 1 de julio de 1997;27(4):325-51.
16. Rothman KJ. BMI-related errors in the measurement of obesity. *Int J Obes.* agosto de 2008;32(3):S56-9.
17. Deurenberg P, Andreoli A, Borg P, Kukkonen-Harjula K, de Lorenzo A, van Marken Lichtenbelt WD, et al. The validity of predicted body fat percentage from body mass index and from impedance in samples of five European populations. *Eur J Clin Nutr.* noviembre de 2001;55(11):973-9.
18. Flegal KM, Graubard BI, Yi SW. Comparative effects of the restriction method in two large observational studies of body mass index and mortality among adults. *European Journal of Clinical Investigation.* 2017;47(6):415-21.
19. Nuttall FQ. Body Mass Index. *Nutr Today.* mayo de 2015;50(3):117-28.
20. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Medicine.* 15 de agosto de 2018;16(1):123.
21. Sánchez-Carracedo D. El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición.* 1 de diciembre de 2022;69(10):868-77.
22. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep.* junio de 2015;4(2):182-90.
23. Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining Weight Bias among Practicing Canadian Family Physicians. *Obesity Facts.* 8 de noviembre de 2019;12(6):632-8.
24. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region [Internet]. [citado 4 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353613/WHO-EURO-2017-5369-45134-64401-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. López CC, Raimann TX, Gaete P. MV. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 1 de enero de 2015;26(1):24-33.
26. Diagnostic APA. *Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-55th edn* American Psychiatric Publishing: Arlington. VA, USA. 2013;
27. Camacho-Barcia L, Giel KE, Jiménez-Murcia S, Pitti JÁ, Micali N, Lucas I, et al. Eating disorders and obesity: bridging clinical, neurobiological, and therapeutic perspectives. *Trends in Molecular Medicine.* 1 de abril de 2024;30(4):361-79.
28. Villarejo C, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Peñas-Lledó E, Granero R, Penelo E, et al. Lifetime Obesity in Patients with Eating Disorders: Increasing Prevalence, Clinical and Personality Correlates. *European Eating Disorders Review.* 2012;20(3):250-4.
29. Westenhöfer J, Pudel V. Failed and successful dieting: Risks of restrained eating and chances of cognitive control. 1996;481-7.

30. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 20 de marzo de 1999;318(7186):765-8.
31. Shepherd CB, Boswell RG, Genet J, Oliver-Pyatt W, Stockert C, Brumm R, et al. Outcomes for binge eating disorder in a remote weight-inclusive treatment program: a case report. *J Eat Disord*. 22 de mayo de 2023;11(1):80.
32. Kraschnewski JL, Boan J, Esposito J, Sherwood NE, Lehman EB, Kephart DK, et al. Long-term weight loss maintenance in the United States. *Int J Obes*. noviembre de 2010;34(11):1644-54.
33. Carey KJ, Vitek W. Weight Cycling in Women: Adaptation or Risk? *Semin Reprod Med*. noviembre de 2022;40(5-06):277-82.
34. Zhang Y, Hou F, Li J, Yu H, Li L, Hu S, et al. The association between weight fluctuation and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. octubre de 2019;98(42):e17513.
35. Rhee EJ. Weight Cycling and Its Cardiometabolic Impact. *J Obes Metab Syndr*. diciembre de 2017;26(4):237-42.
36. Zou H, Yin P, Liu L, Duan W, Li P, Yang Y, et al. Association between weight cycling and risk of developing diabetes in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*. 2021;12(4):625-32.
37. Li W, Chen W. Weight cycling based on altered immune microenvironment as a result of metaflammation. *Nutr Metab (Lond)*. 22 de febrero de 2023;20(1):13.
38. Lema R. Intervenciones no pesocentristas y principios de salud en todas las tallas en el abordaje del sobrepeso y la obesidad. Revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo [Internet]*. 7 de septiembre de 2022 [citado 28 de septiembre de 2023];5(3). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
39. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci*. 1 de noviembre de 2015;26(11):1803-11.
40. 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. *Obesity Reviews*. diciembre de 2018;19(12):1659-66.
41. Barry VW, Baruth M, Beets MW, Durstine JL, Liu J, Blair SN. Fitness vs. Fatness on All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 1 de enero de 2014;56(4):382-90.
42. Carbone S, Kirkman DL, Garten RS, Rodriguez-Miguel P, Artero EG, Lee D chul, et al. Muscular Strength and Cardiovascular Disease: AN UPDATED STATE-OF-THE-ART NARRATIVE REVIEW. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. septiembre de 2020;40(5):302.
43. Verheggen RJHM, Maessen MFH, Green DJ, Hermus ARMM, Hopman MTE, Thijssen DHT. A systematic review and meta-analysis on the effects of exercise training versus

hypocaloric diet: distinct effects on body weight and visceral adipose tissue. *Obesity Reviews*. 2016;17(8):664-90.

44. 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*. octubre de 2016;105:364-74.
45. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*. 4 de agosto de 2020;192(31):E875-91.
46. Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal*. 24 de enero de 2011;10(1):9.
47. INFORME_ANUAL_2022.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf

9. Anexo



Figura 1. Prevalencia de la obesidad en la población española en adultos mayores de 18 años, según el sexo y la edad. Fuente: INE, a partir de la Encuesta Europea de Salud en España 2020 (EHIS 2020 Eurostat)(47)

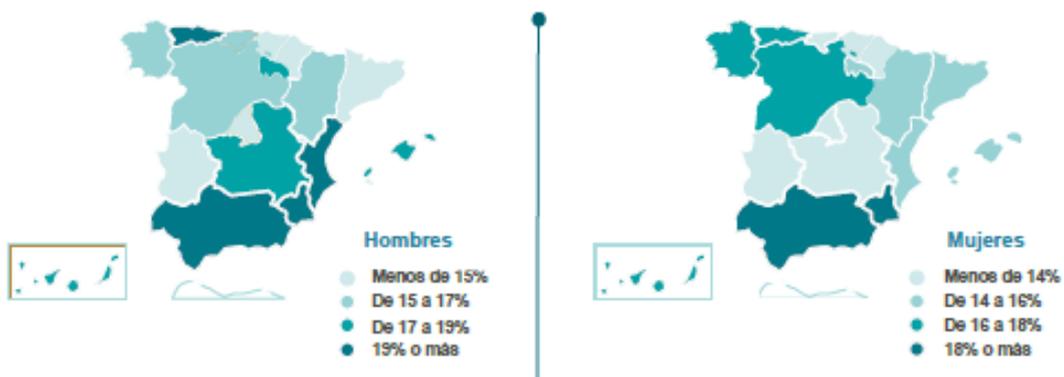


Figura 2. Prevalencia de la obesidad en España en adultos mayores de 18 años, según el sexo y la comunidad autónoma. Fuente: INE, a partir de la Encuesta Europea de Salud en España 2020 (EHIS 2020 Eurostat)(47)

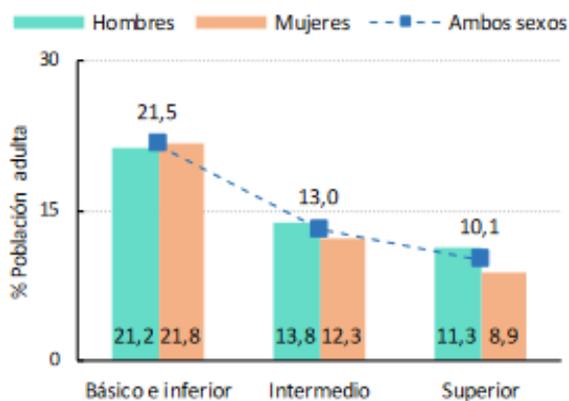


Figura 3. Gráfico de la prevalencia de la obesidad en la población adulta española, según el sexo y el nivel educativo. Se observa una mayor tendencia en la prevalencia de la obesidad en aquellas poblaciones con niveles educativos básicos e inferiores. No hay grandes diferencias entre los dos sexos. Fuente: INE, a partir de la Encuesta Europea de Salud en España 2020 (EHIS 2020 Eurostat)(47)

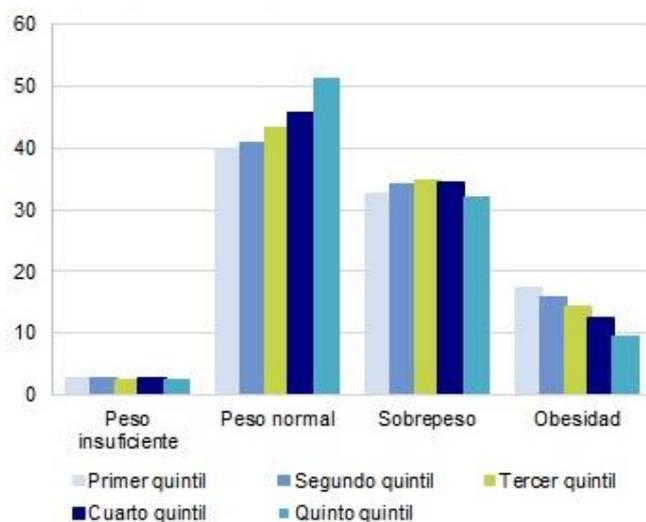


Figura 4. Grafica sobre el IMC según el nivel de renta en la población adulta española mayor de 18 años. En la categoría de obesidad, existe mayor prevalencia entre aquellos de ingresos más bajos y menor en los de mayores ingresos. Se observa algo parecido en la categoría de peso normal, pero siguiendo una tendencia inversa a la comentada. Fuente: INE, a partir de la Encuesta Europea de Salud en España 2020 (EHIS 2020 Eurostat)(47)



Figura 5. Esquema de elaboración propia sobre las causas relacionadas con la obesidad.(14)

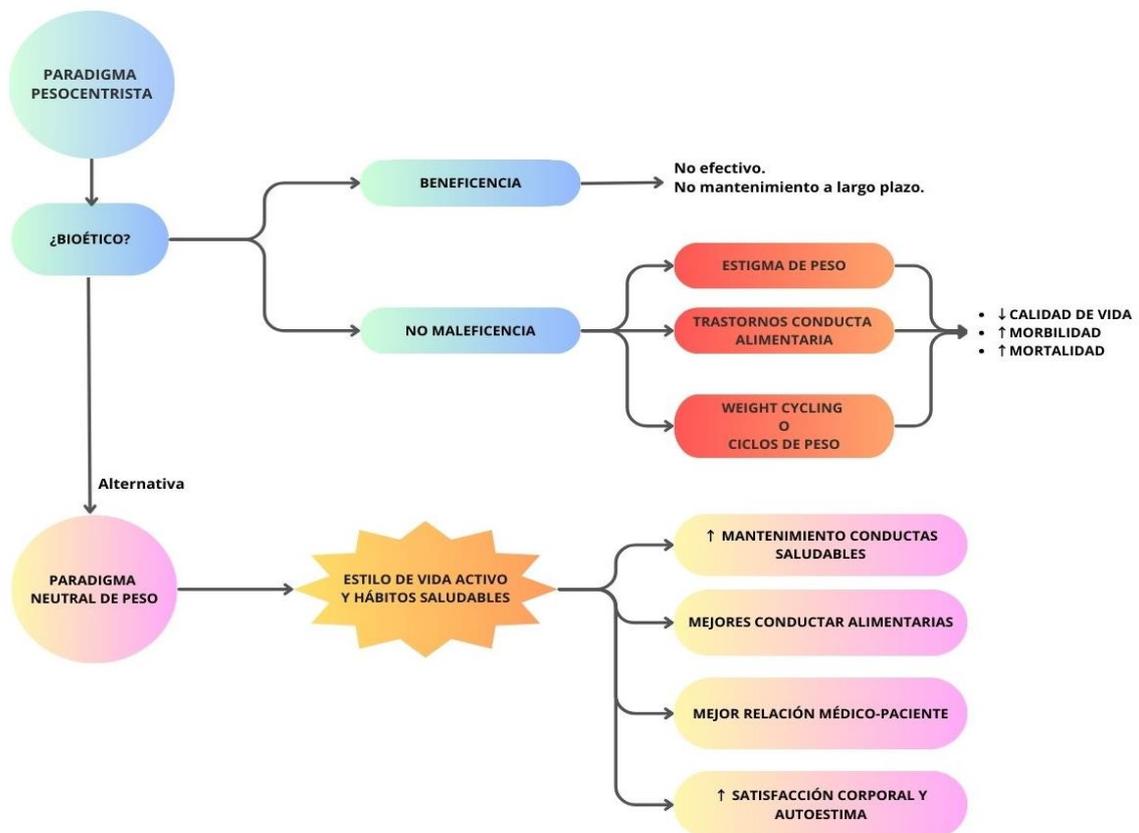


Figura 6. Esquema de elaboración propia donde se resumen los contenidos principales del trabajo. Se cuestiona el paradigma pesocentrista desde la perspectiva bioética y se propone otro enfoque, basado en los hábitos de vida saludable, obteniendo mejores resultados en cuanto conductas saludables y alimentarias, relación médico-paciente y satisfacción corporal y autoestima.

ANÁLISIS ÉTICO DEL PARADIGMA PESOCENTRISTA



Autora: María del Carmen Angulo Meseguer
Tutora: Mercedes Martínez León

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la obesidad se ha triplicado en los últimos 40 años. A su vez, también han aumentado los esfuerzos para reducirla; sin embargo, estos no han sido exitosos.

El tratamiento de la obesidad se ha centrado en la pérdida de peso, sobre todo, a partir de la dieta y el ejercicio. Esto se conoce como paradigma pesocentrista. Ha demostrado ser ineficaz a largo plazo y se le ha relacionado con algunos efectos adversos para la salud: estigma de peso, trastornos alimentarios, fluctuaciones de peso y problemas de salud mental.

OBJETIVOS

- Exponer las causas de la obesidad.
- Analizar el enfoque pesocentrista: ética, eficacia, consecuencias físicas, psicológicas y relación médico-paciente.
- Buscar alternativas eficaces y éticamente correctas.

MATERIAL Y MÉTODOS

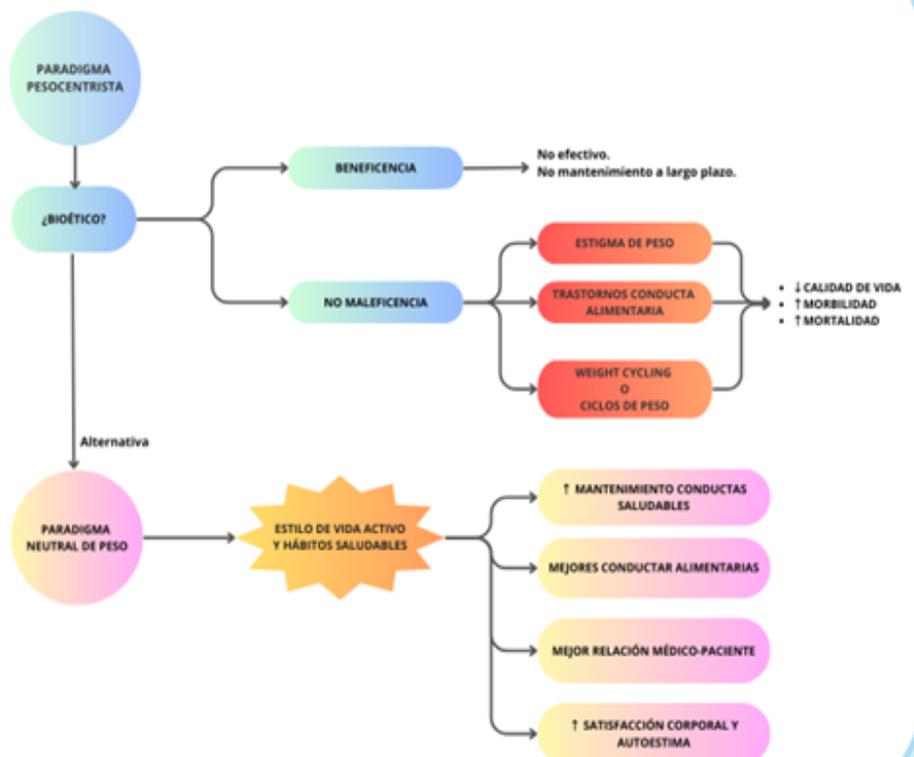
Búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando términos en español e inglés ("pesocentrismo", "obesidad", "ética tratamiento sobrepeso") usando AND y OR; datos del INE y de páginas oficiales de asociaciones y grupos de trabajo sobre la obesidad.

La labor médica debe basarse en los principios de beneficencia y no maleficencia. Falta evidencia de que la pérdida de peso se mantenga a largo plazo y existe literatura que relaciona este paradigma con efectos adversos para la salud. Además, se han encontrado numerosas causas relacionadas con la obesidad.

Se propone un cambio de paradigma centrado en los hábitos de vida saludables: el paradigma neutral de peso.



DESARROLLO DEL TEMA



CONCLUSIONES

- El paradigma pesocentrista no muestra evidencia de mantenerse a largo plazo y puede tener efectos adversos que aumentan el riesgo de morbimortalidad.
- Desde la ética, los sanitarios operan desde los principios de beneficencia y no maleficencia, los cuales se vulneran con el enfoque actual.
- Una alternativa podría ser el paradigma neutral de peso, el cual se focaliza en los hábitos de vida saludable y un estilo de vida activo, teniendo en cuenta el bienestar de los pacientes y evitando cualquier tipo de prejuicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Masood B, Moorthy M. Causes of obesity: a review. Clin Med (Lond). julio de 2023;23(4):284-91.
Gaesser GA, Angadi SS. Obesity treatment: Weight loss versus increasing fitness and physical activity for reducing health risks. iScience. octubre de 2021;24(10):102995.
Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. Nutrition Journal. 24 de enero de 2011;10(1):9.