



Artículo de Revisión

El Enfoque Inclusivo con Respecto al Peso versus el Enfoque Normativo con Respecto al Peso en Salud: Evaluando la Evidencia para Priorizar Bienestar sobre Pérdida de Peso

Tracy L. Tylka¹, Rachel A. Annunziato², Deb Burgard³, Sigrún Daniélsdóttir⁴, Ellen Shuman⁵, Chad Davis² y Rachel M. Calogero⁶

¹ Departamento de Psicología, Ohio State University, Columbus, OH 43210, EUA

² Departamento de Psicología, Fordham University, Bronx, NY 10458, EUA

³ Práctica Privada de Psicología, Los Altos, CA 94022, EUA

⁴ Consejo de Salud, 101 Reykjavik, Islandia

⁵ Acoria – A Weigh Out Eating Disorder Treatment, Cincinnati, OH 45208, EUA

⁶ Departamento de Psicología, Universidad de Kent, Canterbury CT2 7NP, Reino Unido

La correspondencia debe ser dirigida a Tracy L. Tylka, tylka.2@osu.edu

Recibido enero 16 2014, Revisado mayo 31 2014; Aceptado junio 25 2014; Publicado julio 23 2014

Editor Académico: Robyn Sysko

Copyright © 2014 Tracy L. Tylka et al. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la Licencia de Atribución de Creative Commons, la cual permite uso, distribución y reproducción no restringidos en cualquier medio, siempre que el trabajo original sea citado de manera apropiada.

Traducido por Lilia Graue, MD, MFT, Directora, Mindful Eating México.

Utilizando un lente ético, esta revisión evalúa dos métodos para trabajar en el ámbito del cuidado de pacientes y salud pública: el *enfoque normativo con respecto al peso* (énfasis en el peso y la pérdida de peso al definir salud y bienestar) y el *enfoque inclusivo con respecto al peso* (énfasis en ver la salud y el bienestar como multifacéticos, al mismo tiempo que se dirigen esfuerzos hacia mejorar el acceso a la salud y reducir el estigma con respecto al peso). Los datos revelan que el enfoque normativo con respecto al peso no es eficaz para la mayoría de las personas debido a altas tasas de recuperación de peso y ciclos de aumento y pérdida de peso como resultado de las intervenciones para perder peso, que se vinculan con efectos adversos en salud y bienestar. Su foco predominante en el peso puede también promover estigma en el ámbito del cuidado de la salud y la sociedad, y los datos muestran que el estigma por el peso se vincula también con efectos adversos en salud y bienestar. En contraste, los datos respaldan un enfoque inclusivo con respecto al peso, incluido en modelos tales como Salud en Todas las Tallas para mejorar los índices físicos (p.ej. tensión arterial), conductuales (p.ej. atracones) y psicológicos (p.ej. depresión) así como la aceptabilidad de los mensajes de salud pública. Por consiguiente, el enfoque inclusivo con respecto al peso sostiene los principios éticos de no maleficencia y beneficencia, mientras que el enfoque normativo con respecto al peso no lo hace. Ofrecemos un marco teórico que organiza la investigación incluida en esta revisión y discute cómo puede guiar esfuerzos de investigación y ayudar a profesionales de salud a intervenir con sus pacientes y comunidad.

1. Introducción

Jasmine está esperando en la sala de exploración y su expediente muestra que su peso hoy está 3 kg más arriba desde su última visita hace dos años, resultando en un índice de masa corporal (IMC) de 32. Su tensión arterial está en límites altos, en contraste con niveles normales en visitas previas. A pesar de que las pruebas de laboratorio de Jasmine eran normales en visitas previas, parecen no estar actualizadas. Cuando la Dra. Johnson la saluda hoy, Jasmine parece ansiosa y le dice a la Dra. Johnson: “Casi no venía hoy sabiendo que mi peso ha subido desde la última vez que estuve aquí y usted sugirió una dieta. Me siento como una fracasada. Sin embargo, necesito ayuda con mis migrañas, así que aquí estoy.” La Dra. Johnson y Jasmine se ven la una a la otra, hay un momento de silencio, y ambas suspiran. La Dra. Johnson piensa en todos los momentos como éste. Habitualmente los pacientes vienen renuentes, con condiciones médicas que ya no pueden esperar. Hay una sensación palpable de frustración acerca de un problema más relacionado con el peso. Hay una predecible discusión tensa acerca de lo que necesita ocurrir. Se hacen promesas, se dan referencias, y los pacientes desaparecen hasta la siguiente crisis médica que absolutamente no puede ser ignorada. La Dra. Johnson no puede evitar pensar “¿Podría haber una mejor manera?”

El manejo de peso (es decir, una serie de ciclos de pérdida y recuperación de peso) es un componente central de los regímenes de cuidado y mejoría de la salud en EUA y otros países occidentalizados. Sin importar si es o no relevante al motivo de consulta actual, los pacientes que buscan evaluaciones o tratamiento médico típicamente son evaluados en primer lugar con base en su peso [1-3]. Por ejemplo, los lineamientos de cuidado primario recomiendan que a los pacientes con peso alto, con un IMC superior a 30 deben proporcionárseles intervenciones para perder peso y consejo nutricional automáticamente, aún si su motivo de consulta no está relacionado con el peso corporal [4], mientras que a individuos de menor peso puede no realizárseles una prueba de glucosa porque no encajan en el “perfil de alto riesgo” de una persona con diabetes tipo II [2]. Un énfasis en centrar el peso en el cuidado médico puede eclipsar las preocupaciones de salud y necesidades del paciente, potencialmente

conduciendo a “falsos negativos” (es decir, la no identificación de una condición verdadera porque el peso del paciente es clasificado como promedio) además de los “falsos positivos” (es decir, hacer un diagnóstico incorrecto de alguien de peso superior como no saludable, prescribiendo entonces la pérdida de peso).

La viñeta subraya el hecho de que muchos profesionales de salud y pacientes están frustrados y fatigados por este proceso de perseguir la pérdida de peso con continuos rebotes [5-8], incremento en la vergüenza por parte de los pacientes [9-11], e intensificación de los prejuicios con respecto al peso en profesionales de salud [12-18]. Los profesionales de salud son responsables de adherirse a los principios éticos en el cuidado de sus pacientes, tales como beneficencia (es decir, la obligación de beneficiar y contribuir a la salud óptima de pacientes y comunidades) y no maleficencia (es decir, la obligación de evitar dañar a pacientes y comunidades). Sin embargo, el foco dominante en la pérdida de peso y manejo de peso puede alejar a los profesionales de salud de dichos principios, creando un dilema en la provisión de cuidado ético y promoción de salud pública. Este dilema ocurre porque un enfoque normativo con respecto al peso enfatiza la persecución de la pérdida de peso, a pesar de que hay extensa evidencia que demuestra que la pérdida de peso no es sustentable a largo plazo para la mayoría de las personas [19-21] y de que los continuos ciclos de rebote del peso (comúnmente asociados con los esfuerzos por perder peso) se asocian con efectos adversos en salud [6-8].

En este artículo, revisamos evidencia que desafía el *enfoque normativo con respecto al peso* para la promoción de la salud y ofrece evidencia para respaldar un *enfoque inclusivo con respecto al peso* para la promoción de la salud. En vez de imaginar que el bienestar solo es posible en un peso específico, un enfoque inclusivo con respecto al peso considera prácticas respaldadas por evidencia empírica que incrementan la salud de las personas en entornos de cuidado a paciente y salud pública sin importar de dónde se colocan en el espectro de peso [1,5,22]. Estos enfoques difieren en el *énfasis* que cada uno coloca en el peso. Mientras que los profesionales de salud que utilizan cualquiera de los dos enfoques pueden tener ciertos elementos en común (p.ej. recomendar prácticas de autocuidado similares), contrastan en la importancia relativa que colocan en el peso

corporal en el contexto de salud y tratamiento médico, sus percepciones con respecto a la maleabilidad del peso y cómo responden a los pacientes con base en su peso.

Lejos de ser radical, vemos la adopción de un enfoque inclusivo con respecto al peso como más conservador que un enfoque normativo con respecto al peso para facilitar salud, porque *no* recomienda una opción de tratamiento que muestra más riesgos documentados para los pacientes que beneficios. Prescribir pérdida de peso conlleva el riesgo de desenlaces negativos para sus adherentes y carece de evidencia de sustentabilidad a largo plazo, potencialmente colocando a muchos pacientes en el camino a los ciclos de pérdida y recuperación de peso [23,24]. El enfoque inclusivo con respecto al peso reconoce la evidencia científica (si bien poco popular) de que las personas tienen muy poca libertad para decidir cuánto pesan, debido a la interacción entre factores genéticos y ambientales involuntarios (p.ej. falta de acceso a alimentos densos en nutrientes con un precio fuera del presupuesto familiar) [25-31]. Un enfoque inclusivo con respecto al peso intenta mejorar el acceso de los paciente al cuidado de la salud recomendando que los proveedores de salud reconozcan prejuicios normativos con respecto al peso (p.ej. estereotipos de que los pacientes con mayor peso deben tener, y los pacientes con menor peso no tienen, enfermedades con frecuencia asociadas con obesidad) y prácticas (p.ej. prescribir dietas para perder peso a pacientes de mayor peso sin importar su salud física) dentro de entornos de cuidado a la salud y que desafíen dichos prejuicios y prácticas en sus propias interacciones con pacientes [1,2,32-39]. Emergiendo durante las últimas cuatro décadas, este cambio para alejarse de un enfoque normativo con respecto al peso entre muchos profesionales de salud reconoce el fracaso de las metas de pérdida y manejo de peso para mejorar la salud y reconoce los *muchos* factores que sí apoyan la salud y bienestar.

La cuestión de si adoptar un enfoque normativo o inclusivo con respecto al peso para la salud no es simplemente un tema filosófico. Las intervenciones a gran escala diseñadas para afectar a grandes grupos de personas están siendo implementadas con base en el enfoque normativo con respecto al peso. Una revisión amplia reciente de artículos acerca del daño no intencionado causado por intervenciones de salud pública encontró que más de una tercera

parte de los artículos cubría los posibles efectos deletéreos de las esfuerzos de salud pública relacionados con obesidad [40]. Los esfuerzos de salud pública relacionados con obesidad fueron identificados como potencialmente dañinos porque (a) han sido basados en evidencia limitada o de pobre calidad, (b) se enfocan en prevenir un desenlace extremo a costa de otro efecto extremo (efecto boomerang), (c) carecen de participación comunitaria y (d) ignoran la causa raíz de los problemas. Si la persecución de las vías más éticas y eficaces para la salud y el bienestar es la prioridad, y los profesionales de salud tienen la intención de apegarse al principio de no hacer daño, argumentamos que se requiere una alternativa para el enfoque normativo con respecto al peso. En las siguientes secciones, revisamos los problemas y limitaciones del enfoque normativo con respecto al peso para la salud y después resaltamos el enfoque inclusivo con respecto al peso como modelo alternativo para el cuidado y mejoría de la salud.

2. El Enfoque Normativo con Respecto al Peso

Nos referimos a los muchos principios y prácticas del cuidado y mejoría de la salud que priorizan el peso como un determinante central de salud como el enfoque normativo con respecto al peso. Este enfoque parte de la premisa de que el peso y la enfermedad están relacionados de forma lineal, con un incremento directamente proporcional entre la enfermedad y el peso. Bajo el enfoque normativo con respecto al peso, se enfatizan la responsabilidad personal de “elecciones saludables de estilo de vida” y el mantenimiento de “peso saludable”. Con base en estas creencias, el enfoque normativo con respecto al peso se enfoca en la pérdida y manejo de peso para prevenir y tratar un sinnúmero de problemas de salud. A pesar de la naturaleza ubicua y generalizada del enfoque normativo con respecto al peso, argumentamos que una evaluación crítica de la evidencia no apoya tal enfoque en el peso y la pérdida de peso para mejorar la salud o prevenir la obesidad.

Primero, a pesar de la ampliamente difundida creencia dentro de la comunidad médica y la población general de que un IMC más alto causa pobre salud, los datos no apoyan (y no pueden apoyar) este vínculo. El riesgo de mortalidad es más elevado para personas con IMC <18.5 (bajo peso) e IMC >35 (obesidad grado II), pero más baja para personas con IMC

de 25 a <30 (sobrepeso) y el riesgo para aquellos con IMC de 18.5 a <25 (peso promedio) y para aquellos con IMC de 30 a 35 (obesidad grado I) es comparable, y cae entre los otros grupos. Indudablemente, el IMC es un corolario de ciertas condiciones tales como osteoartritis, apnea del sueño, hipertensión y enfermedad coronaria [44-47]. Sin embargo, los datos disponibles no pueden confirmar que el IMC ocasione estas enfermedades, puesto que la causalidad únicamente puede ser inferida a través de diseños experimentales. Otros factores con frecuencia explican parcial o totalmente los vínculos entre IMC y salud, tales como ejercicio, nutrición, resistencia a la insulina y estigma asociado con el peso [45-53].

Segundo, el enfoque normativo con respecto al peso deposita juicios negativos en individuos de mayor peso promoviendo la visión de que (a) los individuos de mayor peso no están sanos y por consiguiente son una carga para la sociedad y (b) el peso puede ser controlado a través de la fuerza de voluntad, de manera que si una persona es gorda, esto se debe a malos hábitos de estilo de vida. Dados estos juicios subyacentes, no es sorprendente que el prejuicio con respecto al peso haya sido documentado en profesionales de una amplia gama de disciplinas, incluyendo a médicos, enfermeros, psicólogos y nutriólogos [55]. No obstante, las contribuciones genéticas y ambientales involuntarias al peso rebasan las elecciones voluntarias de estilo de vida [25, 56-58]. El peso corporal está defendido por un poderoso sistema biológico que reacciona a un balance negativo de energía disminuyendo el metabolismo e incrementando el hambre, las preocupaciones con respecto a la comida y las respuestas hedónicas a la comida [26,27]. La investigación longitudinal ha encontrado que los hijos de padres con prácticas restrictivas para alimentarlos tienen una mayor probabilidad de comer en ausencia de hambre y un mayor IMC más tarde en la infancia [58-60]. Familias y comunidades de menores ingresos pueden encontrar imposible adquirir alimentos de alta calidad densos en nutrientes tales como frutas y verduras frescas dado su limitado presupuesto y/o acceso a tales alimentos [28-30,61,62]. En cambio, los granos refinados y azúcares, grasas y conservadores agregados generalmente son baratos y están fácilmente disponibles en comunidades de bajos ingresos [28-30]. Más aún, los vecindarios de menores ingresos tienen menores recursos para actividad física, tales

como parques, espacios verdes, senderos de ciclismo e instalaciones recreativas en comparación con colonias de ingresos más altos [63,64]. El crimen, tráfico y equipo inseguro en parques también son barreras a la actividad física en comunidades de menores ingresos [65,66]. Por consiguiente, existen limitaciones importantes colocadas en el grado al que el peso corporal puede ser alterado a través de acciones voluntarias, haciendo que los mensajes de salud pública de “mantener un peso saludable” se tornen tanto mal informados como injustos.

Tercero, la promoción del “peso saludable” como la clave para la salud y el bienestar pueden infundir un sentido de indefensión aprendida en la mayoría de las personas que serán incapaces de lograr estas metas basadas en el peso [1,2,5,36]. Si los intentos por alcanzar y mantener un peso “saludable” fracasan continuamente o son vistos como imposibles dados los recursos disponibles, la práctica de conductas saludables puede ser vista como fútil. En conjunto, existe considerable evidencia de que el foco en el peso y la pérdida de peso se vincula con menor salud. En las siguientes secciones revisamos un conjunto de fracasos y circunstancias agravantes del enfoque normativo con respecto al peso para dilucidar por qué se necesita un cambio.

2.1 Los Datos detrás del Fracaso de las Intervenciones para la Pérdida de Peso. Las tendencias de incremento en el peso en sociedades occidentales han creado un intenso foco en las iniciativas de pérdida de peso, pero ninguna ha generado resultados a largo plazo para la mayoría de los participantes. Como ha sido enunciado por Jeffery y colegas, a pesar de una plétora de intervenciones que resultan en pérdida de peso inicial, los participantes “casi siempre fracasan en mantener los cambios conductuales que les trajeron estos resultados positivos” [20]. Por ejemplo, ha sido estimado que no más del 20% de los participantes que completan intervenciones de estilo de vida basadas en el peso mantienen la pérdida de peso un año más tarde [21] y el porcentaje de personas que mantienen la pérdida de peso continúa cayendo durante el segundo año [19]. Un meta-análisis de 29 estudios acerca de programas estructurados para perder peso realizados en EUA encontró que los participantes recuperaron 77% de su pérdida de peso inicial, en promedio, al cabo de cinco años [67]. Estos

desenlaces son descorazonadores y desalentadores por sí mismos, pero si evaluamos críticamente estos estudios, es probable que las estadísticas para mantenimiento de la pérdida de peso sean aún peores. Esto es, la mayor parte de estas estadísticas son tomadas de estudios publicados y por tanto quizá representen los hallazgos más “prometedores” en términos del mantenimiento de peso y omitan datos de las personas que abandonan y que tienen más probabilidades de haber recuperado el peso. Adicionalmente, estos estudios tienden a estar basados en ensayos rigurosos de pérdida de peso que excluyen estrategias más comúnmente utilizadas y tienen criterios rígidos de exclusión (p.ej. comorbilidades tales como trastornos del estado de ánimo o trastorno por atracón).

2.2. Los Datos detrás de los Peligros de los Ciclos de Rebote. Con frecuencia el fracaso en una dieta se acompaña de ciclos de aumento y pérdida de peso o “rebotes” – períodos repetidos de pérdida y aumento de peso [23]. Hace 20 años, Brownell y Rodin publicaron un artículo fundamental de revisión de desenlaces adversos en salud médica, metabólica y psicológica vinculados con los rebotes [23,24]. De hecho, un gran cuerpo de literatura ha conectado los ciclos de aumento y pérdida de peso con riesgos para la salud, incluyendo mayor tasa de mortalidad, mayor riesgo de fracturas por osteoporosis, ataques de cálculos biliares, pérdida de tejido muscular [6-8], hipertensión [51], inflamación crónica [52] y algunas formas de cáncer tales como carcinoma renal, cáncer de endometrio y linfoma no-Hodgkin [50]. Aquí resaltamos dos contribuciones fundamentales para comprender este vínculo entre los rebotes y el riesgo para la salud. El Estudio Framingham fue quizá una de las sentencias más impactantes para los rebotes [6]. Utilizando una definición sofisticada de ciclos de aumento y pérdida de peso (capturando frecuencia y magnitud de las fluctuaciones) se evaluaron mortalidad y morbilidad en más de 5,000 individuos a lo largo de un período de 32 años. Los resultados indicaron que los ciclos de pérdida y aumento de peso estaban estrechamente vinculados con la mortalidad general, así como con la mortalidad y morbilidad relacionada con enfermedad coronaria tanto en hombres como en mujeres. Se encontraron resultados similares en el estudio de cohorte EFFORT realizado en Alemania [7], el cual únicamente incluyó hombres, una población

generalmente sub-representada en la literatura de ciclos de pérdida y aumento de peso. En este estudio, 505 hombres de mediana edad fueron agrupados en las categorías de peso de estable no obeso, estable obeso, pérdida de peso, aumento de peso y fluctuaciones de peso. Entre estos grupos, únicamente la categoría de fluctuaciones en el peso se asoció con mortalidad a lo largo del período de seguimiento de 15 años. De mayor interés, la categoría de estable obeso *no* se vinculó con un mayor riesgo de muerte en relación con la categoría de estable no obeso.

Los ciclos de pérdida y aumento de peso también han demostrado estar conectados con compromiso de la salud física y el bienestar psicológico. En un estudio experimental, Leibel et al. revelaron que la pérdida de peso prospectiva conducía a reducciones en el gasto metabólico [68]. Los autores sugirieron que esta reducción haría difícil para sus participantes mantener su peso recién suprimido. La investigación ha demostrado que para poder mantener su IMC actual, las personas que hacen dieta y anteriormente tuvieron sobrepeso deben comer menos que sus contrapartes con IMC similar que nunca han tenido sobrepeso [69]. Como ilustración, una mujer anteriormente obesa con un IMC de 24 quizá esté restringida a 1500 kcal/día, mientras que una mujer con IMC de 24 que nunca ha estado obesa puede comer tanto como 2000 kcal/día. La mujer anteriormente obesa quizá necesite entonces emplear hábitos dietéticos más rígidos para asegurarse de que sus calorías no excedan las 1500 kcal/día. Un estudio de 109 mujeres coreanas que participaron en un programa de pérdida de peso comunitario proporcionó mayor evidencia de una disrupción metabólica [53]. Aquellas con una historia de dietas y rebotes (43% de la muestra) perdió más masa muscular magra pero no más grasa corporal y no obtuvo los mismos cambios positivos en composición corporal y colesterol en comparación con sus contrapartes que no habían tenido ciclos de pérdida y aumento de peso, a pesar de haber perdido una cantidad similar de peso en conjunto.

Se ha encontrado una conexión entre los ciclos de pérdida y aumento de peso y mayor malestar psicológico entre hombres y mujeres, especialmente aquellos que esperan tener mayor éxito personal y social cuando estén delgados (p.ej. “seré más exitoso, amada, deseado y sana una vez que esté delgada”), una mentalidad que

el enfoque normativo con respecto al peso cultiva [70]. De igual manera, con base en los participantes del gran *Nurses' Health Study II*, Field y colegas encontraron que las mujeres con historia de dietas y rebotes (39% de la muestra) ganaba más peso a lo largo del tiempo y se involucraba en menos actividad física pero más atracones que sus pares que no tenían fluctuaciones de peso [24]. Otro estudio reciente encontró que las continuas fluctuaciones de peso son comunes entre las mujeres afroamericanas (63% de la muestra) y se asocian con pobres desenlaces psicológicos, tales como atracones, expectativas de estar delgada y autoestima [71]. En conjunto, la investigación realizada en todo el mundo durante los últimos 25 años ha mostrado de manera repetida que los ciclos de dieta y rebote están vinculados de manera inextricable con efectos negativos en la salud física y el bienestar psicológico.

2.3. El Riesgo de Trastornos Alimentarios en el Mantenimiento de la Pérdida de Peso. Existe evidencia creciente de que los individuos que intentan lograr y mantener un estado de peso suprimido están en riesgo de trastorno por atracón [72,73] y bulimia nervosa [74-75], probablemente debido a la rigidez dietética necesaria para mantener un estado de peso suprimido y los atracones que pueden seguir una vez que se “rompe” la dieta. Prominentes investigadores han encontrado que las dietas rígidas habitualmente son interrumpidas con episodios de comer en exceso [72,76] y se asocian con comer en ausencia de hambre [73] en investigación experimental. En algunos individuos, estas pérdidas de control temporal se acompañan de conductas subsecuentes empleadas para compensar las calorías consumidas durante un episodio de atracón (p.ej. vómito, uso de laxantes, ejercicio excesivo y ayuno) [72-74]. Las interrupciones abruptas en los gastos calóricos que conllevan los atracones y el uso de conductas compensatorias pueden también estar ligadas con fluctuaciones en el peso y los desenlaces negativos asociados antes descritos [72,76].

Más aún, los intentos por suprimir el peso se asocian con peores desenlaces en el tratamiento de pacientes con bulimia: aquellos que tienen bulimia e intentan mantener un estado de peso suprimido tienen mayor probabilidad de atracones [77], aumento de peso [75, 78] y abandono del tratamiento

psicoterapéutico [77]. Notablemente, la pérdida de peso conductual (BWL por sus siglas en inglés) ha sido considerada como una opción de tratamiento para el trastorno por atracón (BED por sus siglas en inglés). Una evaluación rigurosa de tres enfoques para tratar BED encontró que los individuos con BED que fueron aleatoriamente asignados a un grupo de BWL experimentaron una pequeña reducción (d de Cohen = 0.25) en IMC después del tratamiento pero no mantuvieron esta reducción uno o dos años más tarde [79]. Los otros dos enfoques de tratamiento (psicoterapia interpersonal y terapia cognitivo conductual) no redujeron el IMC de los participantes del basal a los períodos de seguimiento. Mientras que ambos enfoques redujeron la presencia de atracones, el enfoque de BWL no lo hizo.

Tiene sentido, entonces, que la supresión del peso y la restricción alimentaria no deberían ser las metas del tratamiento. Puesto que hacer dieta se ha asociado con el inicio y mantenimiento de los trastornos alimentarios, y el dejar de hacer dieta es un paso crucial en el tratamiento de los trastornos alimentarios, alentar a los pacientes de mayor peso a entrar en un estado de peso suprimido haciendo dieta probablemente sea dañino físicamente y por consiguiente viola los códigos de ética profesional [80-84].

2.4. Mayor Estigma Relacionado con el Peso bajo el Enfoque Normativo con Respecto al Peso. El énfasis en conseguir un peso “sano” implica que existe un peso saludable o normal que cada uno de nosotros debería estar esforzándose por conseguir y mantener. Más aún, el respaldo médico de los pesos normativos da credibilidad a los mensajes culturales que premian la delgadez (para las mujeres), la masa muscular (para hombres) y el peso corporal. La interiorización de ideales corporales prescritos socialmente se relaciona con la vergüenza asociada con el cuerpo, la insatisfacción corporal, trastornos alimentarios en mujeres [74, 85-88], y conductas alimentarias alteradas y potencialmente dañinas para incrementar masa muscular en hombres [89]. El énfasis médico y cultural en “buenos pesos” y “malos pesos” produce la oportunidad para el estigma relacionado con el peso.

Estigma relacionado con el peso se refiere a actitudes y creencias negativas relacionadas con el peso que se manifiestan

como estereotipos, rechazo, prejuicio y discriminación hacia individuos de pesos más altos [90]. Existen muchas formas de estigma relacionado con el peso [91], incluyendo bromas repetidas relacionadas con el peso, bullying, acoso, violencia, hostilidad, ostracismo, presión para perder peso / estar delgado, comentarios negativos con respecto a la apariencia y micro agresiones relacionadas con el peso. Las *micro agresiones* son indignidades verbales, conductuales o ambientales, intencionadas o no intencionadas, que comunican hostilidad o negatividad hacia personas que tienen menor poder en la sociedad [92]. Por ejemplo, sugerirle una dieta a un paciente cuando el paciente consulta por una preocupación no relacionada con el peso sería una micro agresión relacionada con el peso. El “*pesismo*” *halagüeño*, o halagos relacionados con la apariencia (p.ej. decirle a un paciente “Has bajado de peso... ¡te ves bien!”) también causa estigma puesto que a pesar de parecer positivo en la superficie, sigue marcando a las personas como merecedoras o no merecedoras con base en su peso [93].

El estigma relacionado con el peso ocurre en una diversidad de ámbitos de la vida, incluyendo contextos escolares (los niños de mayor peso con frecuencia son estigmatizados por sus pares, compañeros de clase, maestros y administradores escolares) [94-98], ambientes de cuidado de la salud (los pacientes de mayor peso son estigmatizados por profesionales de salud y compañías aseguradoras) [12-15], iniciativas de salud pública [37,99,100], entornos laborales (los empleados de mayor peso son juzgados negativamente por colegas, supervisores y empleados) [101,102] e interpersonalmente por seres queridos (parejas, amigos y padres) [90,103]. Algunos obstetras y ginecólogos en Florida del sur se han rehusado a proporcionar servicios médicos para mujeres de más de 90 kg [104]. En una muestra grande de mujeres que fueron clasificadas en sobrepeso u obesidad, 69% experimentó prejuicios por su peso por un médico (más de la mitad de ellas reportaron sufrir dicho prejuicio en múltiples ocasiones), 46% de enfermeras, 37% de nutriólogas y 21% de otros profesionales de salud [105]. Se ha encontrado que los psicólogos atribuyen mayor patología, mayor gravedad de síntomas y peor pronóstico a pacientes obesos al compararlos con pacientes más delgados que se presentan con perfiles psicológicos idénticos [106]. El estigma relacionado con el peso

también se manifiesta en barreras socio-estructurales para acceder al cuidado médico (p.ej. compañías aseguradoras que no cubren individuos de mayor peso) y dentro del entorno médico, barreras para el acceso a equipo de tamaño apropiado [3,107]. La ignorancia de profesionales de salud acerca de las necesidades médicas de los individuos de mayor peso, tales como procedimientos quirúrgicos apropiados o dosis adecuadas de medicamentos y quimioterapia, también es una forma de estigma relacionado con el peso [107].

Irónicamente, muchos profesionales que tratan obesidad [16] y trastornos alimentarios [18] exhiben prejuicios con respecto al peso hacia sus pacientes. Los profesionales de salud que se especializan en el campo de la obesidad y tratamientos para perder peso demuestran diversos grados de prejuicio anti-gordura, atribuyendo estereotipos negativos tales como flojo, estúpido y despreciable a personas de mayor peso [17]. Entre profesionales que tratan trastornos alimentarios, 56% observaron a otros profesionales en su campo haciendo comentarios negativos acerca de los pacientes obesos, 42% creía que los practicantes que tratan trastornos alimentarios con frecuencia sostienen estereotipos negativos acerca de los pacientes obesos y 35% indicaron que los practicantes se sentían incómodos cuidando de quienes están obesos [18]. Los profesionales dedicados a trastornos alimentarios con mayores prejuicios relacionados con el peso tenían más probabilidades de atribuir la obesidad a causas conductuales y percibían peores desenlaces de tratamiento para estos pacientes. Cuando los proveedores de salud atribuyen estereotipos relacionados con el peso a sus pacientes, se afecta la calidad de cuidado que los pacientes a lo largo del espectro de peso reciben. Experimentar prejuicios relacionados con el peso en ámbitos de salud puede desalentar a pacientes de mayor peso con respecto a hacer cambios de estilo de vida a favor de su salud y a buscar cuidado de rutina o preventivo, además de alentar menor bienestar psicológico [55,100,105].

Debido al foco en la evaluación del peso y el privilegio de la delgadez, aún los individuos de menor peso podrían experimentar estigma y micro agresiones relacionadas con el peso. Por ejemplo, los individuos de menor peso pueden recibir comentarios de que se les “odia” porque pueden “comer lo que sea y estar delgados”, dañando sus relaciones interpersonales. Los

profesionales de salud pueden ignorar los síntomas de los individuos de menor peso que sugieren apnea del sueño y diabetes tipo 2 porque no encajan en el “perfil de peso” vinculado con estas condiciones. Aún los pacientes que no son “marcados” por su peso pueden estar involucrados en conductas alimentarias alteradas que son dañinas para su salud (p.ej. el IMC de quienes padecen bulimia habitualmente está en el rango promedio [108]).

Utilizando datos de encuestas nacionales con un seguimiento a 10 años, Schafer y Ferraro encontraron que el estigma relacionado con el peso en la sociedad está vinculado con estigma por el peso interiorizado [109]. El *estigma por el peso interiorizado* se refiere al grado al que los individuos adoptan personalmente estereotipos sociales negativos basados en el peso y se juzgan a sí mismos y a otros con base en esos estereotipos [10,110,111]. Este auto-juicio puede promover culpa y vergüenza corporal (p.ej. “Si no estuviera tan gorda, no se burlarían de mí – por lo tanto me siento avergonzada de mi cuerpo”) y el monitorio de la apariencia (p.ej. alerta con respecto a utilizar ropa que hace parecer más delgada a la persona para impedir que otros estigmaticen su cuerpo). El prejuicio interiorizado con respecto al peso no está relacionado con el IMC; por lo tanto, una persona de cualquier peso puede experimentar e internalizar el prejuicio y la discriminación relacionados con el peso [112].

Es importante entender las asociaciones entre el estigma por el peso y el menoscabo en la salud y el bienestar. A pesar de que la investigación ha desafiado la premisa de que un IMC alto causa enfermedad, estas variables sí covarían. Una explicación de por qué podrían covariar es la experiencia del estigma relacionado con el peso [48]. El estigma relacionado con el peso se asocia con mayor consumo calórico, un patrón que desafía la creencia común de que la presión por perder peso motivará a los individuos con sobrepeso a intentar bajar de peso [49]. A lo largo de un estudio longitudinal de cuatro años en un grupo grande y nacionalmente representativo de adultos en la comunidad, aquellos que experimentaron estigma relacionado con el peso tenían 2.5 veces más riesgo que quienes no eran estigmatizados de volverse obesos [113]. La activación en mujeres con sobrepeso de estereotipos relacionados con el peso (es decir, inducir estigma relacionado con el peso) las condujo a

reportar significativamente menor ejercicio e intenciones dietéticas saludables [114]. Más aún, Schafer y Ferraro encontraron que el estigma relacionado con el peso se vincula con mayores riesgos a la salud que típicamente son atribuidos a estar obeso, tales como incapacidad funcional y menor salud auto-evaluada, a lo largo de un período de 10 años [109]. La evidencia indica que el estigma relacionado con el peso se vincula con mayor tensión arterial ambulatoria [115], control de peso con conductas de riesgo y atracones [116-120], síntomas bulímicos [121], imagen corporal negativa [121-124], baja autoestima [121,122] y depresión [122,125,126] entre niños, adolescentes y adultos.

3. El Enfoque Inclusivo con Respecto al Peso

Como alternativa al paradigma normativo con respecto al peso, el *enfoque inclusivo con respecto al peso* parte de la premisa de que todas las personas son capaces de lograr salud y bienestar independientemente del peso, si les es dado acceso a cuidado a la salud libre de estigmatización. Este enfoque desafía la creencia de que un IMC particular refleja una serie particular de prácticas de salud, estado de salud o carácter moral. Bajo este paradigma, el peso no es un punto focal para el tratamiento o intervención médica. El peso no es visto como una conducta, sino que consumir alimentos nutritivos en presencia de hambre, dejar de comer cuando se está saciado e involucrarse en ejercicio placentero (y por consiguiente más sustentable) *sí son* conductas de autocuidado que pueden ser hechas más accesibles para las personas. De esta forma, este enfoque también intenta minimizar el estigma relacionado con el peso y por lo tanto puede ayudar a que los pacientes se sientan cómodos en el ámbito del cuidado de la salud, más capaces para discutir sus preocupaciones de salud y con menor probabilidad de experimentar el encuentro de cuidado de la salud como un evento que estigmatiza por parte de los proveedores de salud [3]. El enfoque inclusivo con respecto al peso se adhiere al principio ético sostenido por las profesiones de salud [80-84]: “sobre todo, no hacer daño”. De acuerdo con esto, entonces, no hay intervenciones estándar relacionadas con salud que prioricen la reducción del IMC como meta, dado que un foco predominante en la reducción del IMC se vincula con estigma

relacionado con el peso y estigma interiorizado con respecto al peso, que tienen conexiones perjudiciales con la salud física y el bienestar [90,91,100,105,109].

Un enfoque inclusivo con respecto al peso busca (a) erradicar prácticas iatrogénicas basadas en el peso dentro del cuidado de la salud y otras industrias relacionadas con la salud y (b) poner fin a la estigmatización de los problemas de salud (es decir, discriminación con base en indicadores de salud), facilitando así el acceso al cuidado de la salud para todos los individuos [1,2,32-39]. Al partir de este enfoque, la culpa del fracaso para perder peso es colocada en el proceso deletéreo de la pérdida de peso en vez de en el individuo, lo cual puede ayudar a minimizar el estigma interiorizado con respecto al peso [32]. El enfoque inclusivo con respecto al peso sigue algunos principios generales a priori para los profesionales de salud [1,2,32-39]. Estos principios se combinan de diversas maneras y en distintas aplicaciones en términos de elaboración de políticas, la provisión del cuidado de la salud en centros de consulta y en la comunidad y el proceso personal de toma de decisiones por parte del paciente acerca de su propio bienestar [2,32,39].

- (1) No hacer daño.
- (2) Apreciar que los cuerpos naturalmente vienen en una variedad de formas y tamaños, y asegurar la provisión de salud y bienestar óptimos para todos, sin importar su peso.
- (3) Dado que la salud es multidimensional, mantener un enfoque holístico (es decir, evaluar una diversidad de índices conductuales y modificables en vez de un foco predominante en el peso/pérdida de peso).
- (4) Alentar un foco en el proceso (en vez de metas de desenlace) para la calidad de vida día a día. Por ejemplo, las personas pueden notar qué hace que sus cuerpos estén descansados y con energía hoy e incorporar esto a la conducta futura, pero también notar si esto cambia; se dan cuenta de que el bienestar es dinámico en vez de fijo. Continúan ajustando lo que saben acerca de sus cuerpos en continuo cambio.
- (5) Evaluar críticamente la evidencia empírica para los tratamientos de pérdida de peso e incorporar prácticas sustentables, empíricamente respaldadas

a los esfuerzos de prevención y tratamiento, convocando a mayor investigación en donde la evidencia sea tenue o ausente.

- (6) Crear prácticas individuales y ambientes saludables y sustentables (p.ej. ejercicio placentero habitual, consumo regular de alimentos altos en nutrientes, descanso y sueño adecuados, hidratación adecuada). Cuando sea posible, trabajar con familias, escuelas y comunidades para proporcionar recursos seguros de actividad física y formas de mejorar el acceso a alimentos densos en nutrientes.
- (7) Cuando sea posible, trabajar para incrementar el acceso a servicios de salud, la autonomía y la justicia social para todos los individuos a lo largo de todo el espectro de peso. Confiar en que las personas se mueven a un mejor estado de salud cuando se les da acceso a cuidado de salud y oportunidades libres de estigma (p.ej. gimnasios con equipos para personas de todas las tallas; entrenadores que se enfocan en incrementos en fuerza, flexibilidad, capacidad aeróbica y placer en vez de peso y pérdida de peso).

Existen muchos modelos que incorporan un énfasis inclusivo con respecto al peso, algunos más fragmentados, algunos más integrales, algunos más enfocados en evidencia de investigación, algunos más en función de la experiencia clínica (mientras que quienes los proponen realizan cabildeo para nuevas conceptualizaciones y ensayos de investigación), y algunos más enfocados en políticas y justicia social, mientras que otros van dirigidos a conductas de salud individual. Tales modelos incluyen Salud en Todas las Tallas (*Health at Every Size, HAES*) [1,19,32,54,127], Salud en Todos los Aspectos (*Health in Every Respect*) [35] y Actividad Física en Todas las Tallas (*Physical Activity at Every Size*) [37]. Para fines de este artículo, exploraremos una versión con mayor profundidad, el modelo de HAES, como se ha registrado y definido por la Asociación para la Diversidad de Tallas y Salud (*Association for Size Diversity and Health, ASDAH*) [54].

3.1. Health at Every Size. El modelo HAES surge de discusiones entre profesionales de salud, consumidores y activistas que rechazan el uso del

peso, talla o IMC como representativos de la salud y rechazan el mito de que el peso es el resultado de elecciones individuales independientes de factores genéticos y ambientales que son involuntarios o no controlables [1,19,32,33,54,127]. El modelo de HAES aborda la amplia gama de fuerzas que apoyan la salud, tales como el acceso seguro y costeable al cuidado de la salud. También ayuda a las personas a encontrar prácticas sustentables que apoyan el bienestar individual y comunitario. Arraigándose en un marco de justicia social, el modelo HAES honra el poder para sanar de las conexiones sociales y evoluciona en respuesta a las experiencias y necesidades de una comunidad diversa.

El modelo HAES (ver Figura 1) se sustenta en la evidencia de que, mientras que hay asociaciones entre los extremos de peso y los problemas de salud, *la evidencia para el papel que juegan factores distintos al peso en la salud de las personas es mayor* [25-31]. El modelo HAES afirma además una definición holística de salud, que no puede ser caracterizada como simplemente la ausencia de enfermedad o limitación física o mental, sino también la *presencia de calidad de vida* (p.ej. satisfacción con la vida), necesaria para la salud física y el bienestar psicológico [1,32,54]. La salud debería ser concebida como un recurso o capacidad disponible para todos sin importar condición social, nivel de capacidad o clase social, y no como desenlace u objetivo de vivir. Perseguir la salud no es ni un imperativo moral ni una obligación individual, y el estado de salud nunca debería ser utilizado para juzgar, oprimir o determinar el valor de un individuo. Por lo tanto, HAES defiende los principios éticos de beneficencia y no maleficencia al enfocarse en erradicar el estigma relacionado con el peso, honrar las diferencias humanas (diversidad de tallas) y buscar intervenciones respaldadas empíricamente que promuevan salud física y bienestar psicológico (ver <https://www.sizediversityandhealth.org/content.asp?id=197/> para los Principios de HAES [32]).

En congruencia con un énfasis inclusivo con respecto al peso, HAES ofrece sugerencias concretas para manejar decisiones en torno a la comida y el ejercicio en las secuelas (o ausencia) de una mentalidad de dieta. HAES propugna la alimentación intuitiva, con base en la evidencia que demuestra mayor bienestar para quienes atienden y responden a las señales de hambre

fisiológica y saciedad para determinar cuándo y cuánto comer, y que ponen atención a cómo ciertos alimentos afectan al cuerpo (p.ej. en nivel de energía, vitalidad y condiciones médicas tales como diabetes y alergias alimentarias) [34,128-130]. Puesto que tales individuos comen de acuerdo con sus señales internas la mayor parte del tiempo, la alimentación intuitiva puede ser capaz de amortiguar alimentación situacional y/o disociativa dentro de ambientes que contengan muchas oportunidades para comer menos nutritivamente (p.ej. restaurantes de comida rápida, pastelerías, tiendas de conveniencia, etc.) [131]. No obstante, la falta de sueño puede perturbar las señales de hambre y saciedad ya que interfiere con los niveles de leptina y ghrelina en el cuerpo [132], de manera que ayudar a los pacientes a asegurarse de obtener un descanso adecuado puede ser una meta de la intervención. Años de hacer dieta y/o la experiencia de trastornos alimentarios pueden también interferir con la percepción de, y confianza en, las señales de hambre y saciedad por parte de los pacientes, y como consecuencia pueden ser necesarias intervenciones para ayudar a los pacientes a reconocer y confiar en dichas señales [34]. HAES también argumenta a favor de movimiento placentero con base en la evidencia de que ejercitarse por placer en vez de para perder peso se vincula con bienestar e imagen corporal positiva [133]. Estas dos recomendaciones particulares se dan porque las personas han sido educadas a hacer dieta y ejercicio para bajar de peso y en ocasiones necesitan sugerencias concretas acerca de cómo proceder hacia una alimentación y ejercicio adaptativos. El apego o rebelión con respecto a la persecución de pérdida de peso se reemplaza por un retorno a un proceso que honra las señales fisiológicas del cuerpo de hambre, saciedad y necesidad de movimiento.

3.2. Los Datos detrás del Enfoque Inclusivo con Respecto al Peso. Además de los datos que hablan en contra de un enfoque normativo con respecto al peso para la salud, existen también datos que respaldan un enfoque inclusivo con respecto al peso. La mayor parte de esta investigación se ha enfocado en el modelo HAES, probándolo contra modelos que enfatizan el enfoque normativo con respecto al peso. Bacon y Aphramor revisaron los seis ensayos controlados aleatorizados existentes de esta investigación [36].

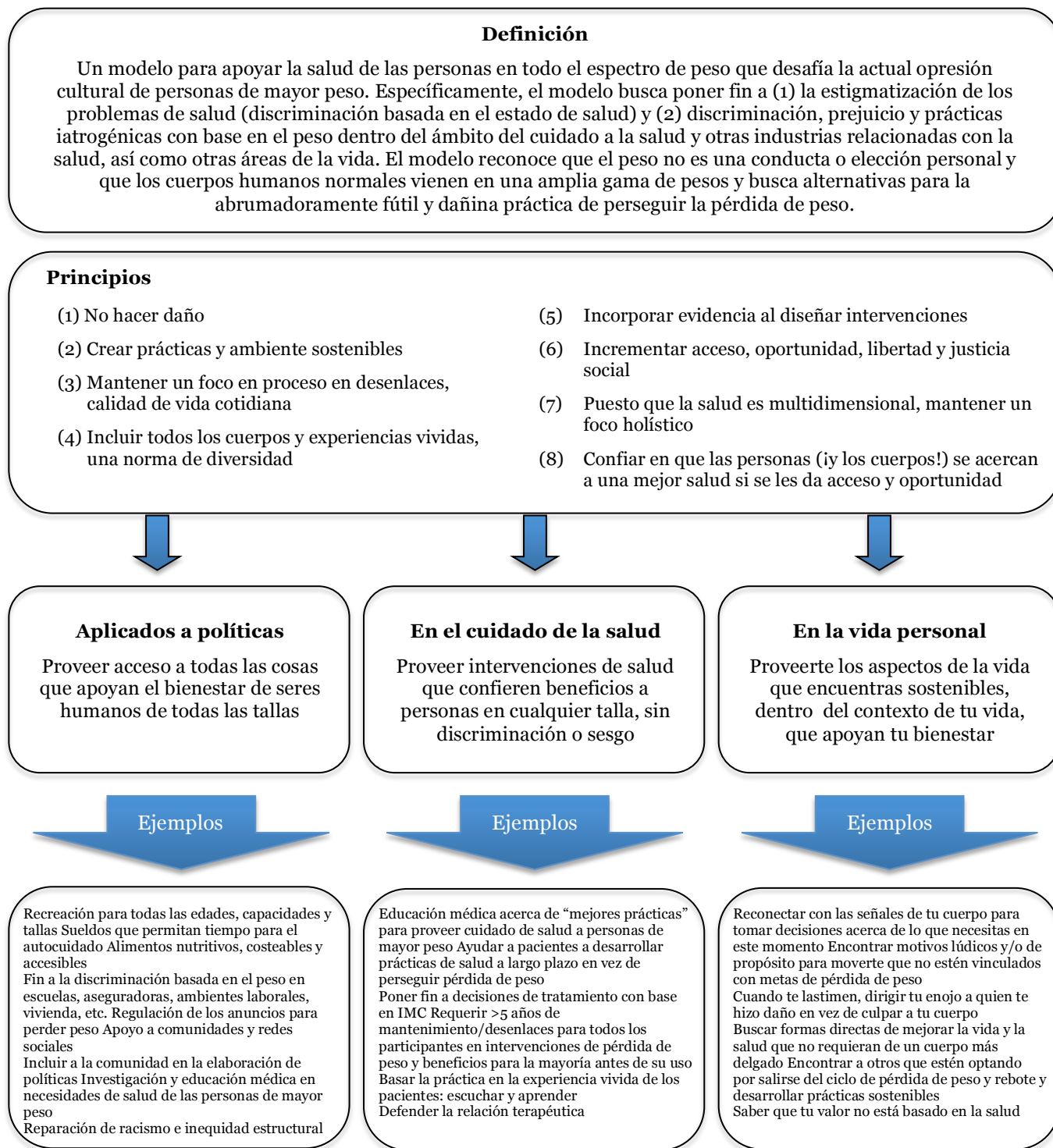


FIGURA 1: Salud en Todas las Tallas (*Health at Every Size, HAES*): un modelo que utiliza un enfoque inclusivo con respecto al peso.

Los criterios de inclusión para los estudios incluyeron publicación en una revista revisada por pares y un foco explícito en la auto-aceptación dentro de la intervención de HAES. El modelo HAES resultó en mejorías tanto clínica como estadísticamente significativas para los participantes en medidas fisiológicas (p.ej. tensión arterial), prácticas de salud (p.ej. incremento en la actividad física) y medidas psicológicas (p.ej. autoestima y conductas alimentarias alteradas). HAES logró estas mejorías en salud con mayor éxito que los modelos que enfatizan hacer dieta. Los participantes dentro de los grupos de HAES demostraron además mayor apego (menores tasas de abandono) y no reportaron ningún desenlace adverso [36].

Para tomar un ejemplo ilustrativo, un programa basado en HAES que enfatizó la alimentación intuitiva y aceptación de la talla fue evaluado contra un programa de pérdida de peso basado en dieta con una muestra de mujeres de 30 a 45 años clasificadas como con sobrepeso u obesas [19,127]. Los participantes dentro de cada programa recibieron seis meses de intervenciones grupales semanales seguidos de seis meses de apoyo grupal mensual posterior a la intervención. Los hallazgos arrojaron resultados más positivos para el programa basado en HAES a lo largo del seguimiento a uno [127] y dos años [19]. Específicamente, el grupo HAES disminuyó colesterol total, colesterol LDL, triglicéridos y tensión arterial sistólica a los dos años de seguimiento y mejoría sostenida del año a los dos años de seguimiento. Mientras que el grupo de dieta perdió peso y mostró mejorías iniciales en muchas variables al año de seguimiento, a los dos años de seguimiento había recuperado peso y no sostuvo la mejoría [19]. El grupo HAES disminuyó la restricción alimentaria, la calificación de hambre física, desinhibición alimentaria, búsqueda de delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, pobre conciencia interoceptiva, depresión y evitación de la imagen corporal además de aumentar autoestima tanto al año como a los dos años de seguimiento. De manera correspondiente, las participantes en el programa basado en dietas únicamente redujeron la desinhibición alimentaria pero reportaron *menor* autoestima [19]. Más aún, el abandono fue más alto en el grupo de dieta (41%) comparado con el grupo HAES (8%) [19,127]. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones

basadas en HAES demuestran mejor adherencia a prácticas que promueven salud física y bienestar psicológico que las intervenciones basadas en dieta, y estos efectos pueden ser sostenidos a lo largo del tiempo.

El foco en la pérdida de peso en el enfoque normativo con respecto al peso podría ser entendido por los pacientes como un abordaje que promueve la delgadez como meta, mientras que la idealización de la delgadez (es decir, interiorización del ideal de delgadez) y la persecución de delgadez son desafiadas dentro del enfoque inclusivo con respecto al peso. La investigación acerca de esfuerzos de prevención secundaria de trastornos alimentarios también ha proporcionado evidencia en respaldo del enfoque inclusivo con respecto al peso. Por ejemplo, en su programa de investigación del *Body Project*, Stice y Presnell evaluaron si reducir la interiorización del ideal de delgadez y foco en la pérdida de peso en las participantes reduciría sus actitudes y conductas disfuncionales en torno a la alimentación [134]. En este programa, las participantes se involucraron en una serie de ejercicios verbales, escritos y conductuales en los que activamente criticaban el ideal de delgadez. Estos ejercicios tenían la intención de producir disonancia cognoscitiva, de tal manera que sus actitudes originales (p.ej. “Quiero ser delgada”, “solo si soy delgada puedo ser hermosa”) entrarían en conflicto con su conducta reciente (p.ej. juego de roles en donde convencían a otras participantes que muchos tipos de cuerpos son hermosos). Para disminuir su disonancia cognoscitiva, las participantes modificaban sus actitudes originales pro-delgadez y pro-pérdida de peso para que sus actitudes se acomodaran a su conducta reciente o rechazar el ideal de delgadez. En conjunto, el *Body Project* ha sido eficaz en ayudar a adolescentes a reducir su persecución del ideal de delgadez, aceptar sus cuerpos, mejorar su estado de ánimo, reducir síntomas de trastornos alimentarios (p.ej. atracones y utilización de conductas de riesgo para el control de peso) y disminuir el riesgo de desarrollar síntomas futuros [135].

3.3. Reducir el Estigma por el Peso bajo el Enfoque Inclusivo con Respecto al Peso: Un Modelo y Estrategias. Los profesionales de salud necesitan trabajar para reducir el estigma interpersonal y cultural por el peso dentro de los ámbitos de salud y los ambientes que rodean a

sus pacientes para facilitar el proceso que fortalece la salud física y el bienestar psicológico. Con base en la evidencia para los vínculos entre el estigma secundario al peso y los desenlaces adversos en salud y bienestar revisados anteriormente [109,113-121] y las variables que intervienen y que podrían ayudar a explicar estos vínculos, diseñamos un modelo teórico (ver

Figura 2) que organiza estas variables y las asociaciones entre ellas. Este modelo puede ser utilizado para ayudar a los profesionales de salud a identificar puntos de intervención para reducir el estigma por el peso y las otras variables del modelo que podrían ayudar a mantener un pobre estado de salud física y bienestar.

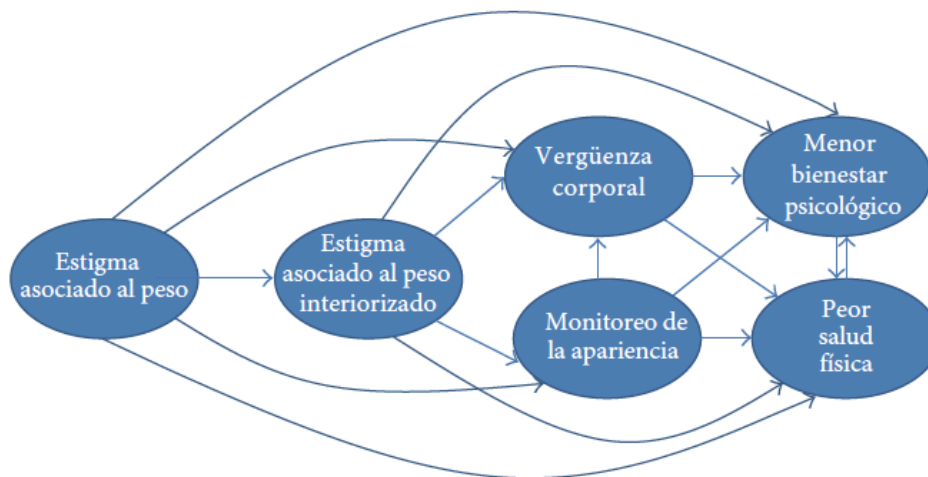


FIGURA 2: Modelo teórico de estigma relacionado con el peso y sus variables asociadas.

De manera similar a otros modelos teóricos que han colocado las influencias socioculturales como la fuente de una imagen corporal negativa y conductas de autocuidado disfuncionales [136-38], hemos colocado al estigma asociado al peso como el punto de partida para una salud negativa. En vista de las asociaciones del estigma asociado al peso y el estigma interiorizado [109], peor salud física [109,113-115], menor bienestar psicológico [116-121], vergüenza y culpa corporal [121-124] y monitoreo de la apariencia [130,139], los partidarios del enfoque inclusivo con respecto al peso desafían a los profesionales de salud a evaluar sus propios prejuicios en torno al peso. Estos prejuicios son parte de un clima cultural más amplio de estigma por el peso que penetra en la educación de los profesionales de salud y en la vida cotidiana. Es posible que gran parte del poder sanador de la relación del entorno de cuidado de la salud con el paciente sea social, en la calidad de la conexión entre los profesionales de salud y sus pacientes y su confianza y consideración mutuas [140]. Esta conexión es amenazada para los pacientes por la

experiencia de ser estereotipados y reducidos a una categoría de IMC. La calidad del cuidado para los pacientes de mayor peso puede ser optimizada adoptando estrategias eficaces y sensibles para comunicarse con todos los pacientes a lo largo del continuum de peso [55,100]. Dadas las enormes presiones sociales para enfocarse en la pérdida de peso y para conectar la pérdida de peso con salud, sabemos que los proveedores, aún aquellos con las mejores intenciones, pueden de manera no intencionada dar la impresión de que tienen un prejuicio contra los pacientes de mayor peso, dejando a sus pacientes sintiéndose no bienvenidos, invisibles y avergonzados.

Una forma en que los profesionales de salud podrían acercarse a pacientes de mayor peso es ver el entorno del consultorio a través de un lente inclusivo con respecto al peso. ¿El acomodo de la oficina comunica a *todos* los pacientes que sus necesidades de cuidado serán cubiertas sin vergüenza o discriminación? ¿O la oficina causa estigma desde el momento en que llegan? Por ejemplo, ¿las salas de espera y de

exploración tienen muebles de tamaño adecuado para individuos de mayor peso? ¿El personal del consultorio automáticamente pesa a cada paciente, en una báscula en un pasillo público, aún si el paciente viene por un motivo no relacionado en absoluto con el peso, por ejemplo, la extirpación de una verruga? ¿Cómo responden las enfermeras cuando un paciente dice “no, gracias” a ser pesado? ¿Cuál es la cultura del consultorio alrededor del peso? ¿Alguna vez se ha abordado el prejuicio en torno al peso por el personal, a través de educación continua o entrenamiento específico de sensibilidad? ¿Las batas y equipo médico (p.ej. brazaletes para tomar la presión) son abastecidos para quedarles a pacientes de mayor peso?

Al ser una fuente de apoyo y “arraigo” contra el estigma que los pacientes de mayor peso habitualmente enfrentan, el enfoque inclusivo con respecto al peso podría facilitar el apego del paciente a prácticas que promueven la salud y a la guía de sus proveedores de salud. Los profesionales de salud pueden ofrecer este apoyo a través de la alianza proveedor-paciente y al conectar a individuos a través de grupos de apoyo (en persona o en línea) que siguen el enfoque inclusivo con respecto al peso. Por ejemplo, HAES tiene una página web que podría ser útil recomendar a los pacientes (<http://www.haescommunity.org/>). La Tabla 1 proporciona una lista de principios de inclusión

con respecto al peso y ejemplos de cómo los proveedores de salud pueden implementarlos en la práctica. Reconocemos que diversos profesionales de salud necesitan trabajar como equipo para implementar de manera integral estos principios, con cada profesional implementando los principios dentro de su ámbito de experiencia.

Adicionalmente a las estrategias antes expuestas, un enfoque inclusivo con respecto al peso incorpora un foco en variables intrapersonales que sostienen una mala salud física y bajo nivel de bienestar (ver Figura 2). Por ejemplo, los profesionales de salud pueden educarse acerca de los vínculos entre la interiorización del estigma con respecto al peso y el pobre autocuidado que mantienen niveles bajos de salud física y bienestar psicológico [9,110-112,121,127], y compartir este conocimiento con sus pacientes. Los profesionales de salud también pueden informar a los pacientes acerca de la rica literatura que explica las influencias bidireccionales entre la salud física y el bienestar [141-145]. Esto es, si los pacientes comienzan prácticas de autocuidado que realcen la salud física, probablemente también *se sentirán mejor* psicológicamente, y estas ganancias psicológicas se vinculan entonces con un mayor incremento en prácticas de autocuidado que mejoran la salud.

TABLA 1: Traduciendo los principios de inclusión con respecto al peso a una práctica inclusiva con respecto al peso

Principio de inclusión de peso	Práctica inclusiva de todos los pesos
(1) Erradicar el estigma con respecto al peso	Realizar entrenamientos para informar a otros profesionales de salud acerca del enfoque inclusivo con respecto al peso. Asegurar que los consultorios médicos tengan provisiones e instalaciones para todos los pacientes a lo largo del espectro de peso. Hablar con las familias, parejas y amigos de los pacientes acerca del tipo de comentarios que causan estigma y tienen un impacto negativo en la salud de sus seres queridos. Promover el enfoque inclusivo con respecto al peso y estrategias para adherirse a él. * Todos los profesionales de salud.
(2) Abordar la interiorización del estigma relacionado con el peso	Ayudar a los pacientes a reducir la culpa en sus cuerpos (y los cuerpos de otros). Desafiar la adopción de los ideales de apariencia sociales. Considerar llevar a cabo intervenciones de disonancia cognoscitiva (p.ej. [134]) para disminuir la adhesión a ideales de apariencia no realistas. * Profesionales de salud mental
(3) Abordar la vergüenza corporal	Ayudar a disminuir la vergüenza, odio e insatisfacción hacia el cuerpo en los pacientes ayudándolos a definir “belleza” en términos más amplios y a apreciar sus cuerpos. Las intervenciones de disonancia cognoscitiva pueden ayudar a incrementar la apreciación corporal. * Profesionales de salud mental.

(4) Redirigir el foco de una crítica externa del peso y la talla a una “relación colaborativa” con el cuerpo	Dirigir la atención a lo que está ocurriendo dentro de sus cuerpos en vez de “desmenuzar” su apariencia (p.ej. nódulos, apariencia de lunares, falta de energía, falta de aire, etc.). Esta relación de colaboración con sus cuerpos puede ayudarles a detectar y prevenir la progresión de enfermedad. * Médicos
(5) Buscar signos de bienestar mermado	Presentar opciones para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida percibida; las opciones no deben limitarse a medicamentos. Conocer a profesionales de salud mental que siguen un enfoque inclusivo con respecto al peso en la comunidad y referir pacientes cuando sea necesario. * Médicos
(6) Buscar signos de conductas alimentarias alteradas, comer emocional y/o atracones	En vez del IMC, explorar la trayectoria de peso de cada paciente a lo largo del tiempo para detectar aumento o pérdida no habitual que podrían ser indicativos de conductas alimentarias alteradas. No elogiar la pérdida de peso. No abordar la ganancia de peso de manera inmediata con recomendaciones para perder peso. * Médicos Explorar con los pacientes si hay una conexión entre los patrones alimentarios alterados y la regulación emocional. Por ejemplo, si reportan atracones, preguntar acerca de cómo se sintieron en el momento y los factores contextuales. Si hay una conexión, la tolerancia al estrés y las intervenciones basadas en atención plena (<i>mindfulness</i>) pueden ser útiles. * Profesionales de salud mental
(7) Responder a peticiones de consejo para pérdida de peso con un enfoque holístico	Responder (cuando se les pida por parte de los pacientes consejo o ayuda para perder peso) con un enfoque holístico de salud abarcando y alentando salud emocional, física, nutricional, social y espiritual, en vez de un foco en la pérdida de peso. * Médicos, nutriólogos
(8) Sustener prácticas de promoción de la salud	Identificar y facilitar el acceso a conductas saludables sustentables para los pacientes. * Todos los profesionales de salud
(9) Reconectar con señales internas y con la comida	Ayudar a los pacientes a (a) abandonar el pensamiento dicotómico con respecto a los alimentos como “buenos” y “malos” y la moralidad en torno a la restricción alimentaria, (b) re-aprender cómo reconocer y responder a sus señales de hambre y saciedad y (c) determinar cómo ciertos alimentos afectan a su cuerpo. * Nutriólogos

* Los profesionales de salud que quizá quieran asumir el liderazgo en implementar este principio dentro de su práctica. Alentamos un abordaje de equipo en el que médicos, profesionales de salud mental y nutriólogos trabajen juntos para asegurar que se siga un enfoque inclusivo con respecto al peso.

Los profesionales de salud pueden también abordar los vínculos del estigma interiorizado con respecto al peso con la vergüenza corporal y el monitoreo de la apariencia (ver Figura 2). En particular, los pacientes con frecuencia culpabilizan y se avergüenzan de sus cuerpos por cómo se ven y sienten, pero la vergüenza y culpa corporal con frecuencia son respuestas al estigma cultural más amplio en torno al peso y sus experiencias personales de discriminación por el peso a lo largo de su vida [121-124]. La culpa y la

vergüenza corporal pueden ser re-encuadradas para los pacientes, comunicando que la fuente probablemente sea el estigma social interiorizado [112,146] por haber sido estigmatizados por su peso [109] y no por el peso o talla de su cuerpo en sí mismos [147]. Los profesionales de salud también pueden ayudar a los pacientes a hacer una transición mental del monitoreo habitual de la apariencia, que se asocia con menor autocuidado y con ignorar la salud física [85,148,149], para atender a sus cuerpos de formas más positivas que enfatizan el

autocuidado. Existen algunas intervenciones (p.ej. la compasión por uno mismo) que pueden incrementar el bienestar de los pacientes en conjunto con las mejorías en la vergüenza corporal [150]. La clave es que tanto profesionales de salud como pacientes se den cuenta del grado al que el odio y vergüenza por el cuerpo se asocian con un *menor* involucramiento en autocuidado [85,120]. Existe una creencia cultural de que las personas tienen que estar insatisfechas con su peso (o cualquier otro aspecto de su apariencia) para sentirse motivadas a mejorarla. Esta creencia no ha encontrado apoyo general en la literatura; de hecho, lo opuesto ha sido respaldado: las personas tienen mayores probabilidades de cuidar de sus cuerpos cuando los aprecian y sostienen sentimientos positivos hacia ellos [133,147,151].

Para alentar conductas de autocuidado, los pacientes necesitan también *reconectar* con sus cuerpos, esto es, enfocarse en conciencia interoceptiva en vez de involucrarse en monitoreo de la apariencia externa [85,147,148,151] (ver Figura 2). La conciencia interoceptiva se requiere para ser capaz de identificar cuando algo “no está bien” con sus cuerpos, así como atender a las necesidades físicas y psicológicas de sus cuerpos [147]. Por ejemplo, la conciencia de las señales de hambre y saciedad es necesaria para determinar cuándo y cuánto comer con la finalidad de prevenir comer de menos o de más [148,151]. Se puede facilitar la elevación de la conciencia interoceptiva ofreciendo aceptación incondicional de los cuerpos y experiencia corporal de las personas en vez de estigmatizarlas por su peso. Indudablemente, las mujeres que recibieron aceptación corporal de otros (en contraste con estigma relacionado con el peso) reportaron mayor apreciación corporal y menor monitoreo habitual de su apariencia [148,151]; por consiguiente, están más conectadas con la funcionalidad de sus cuerpos y menos avergonzadas de sus cuerpos. Más aún, la aceptación corporal por parte de otros explicó plenamente el vínculo entre el IMC de las mujeres y su apreciación corporal [151]. Este hallazgo subraya la necesidad de erradicar todas las intervenciones de salud que promueven estigma relacionado con el peso para mejorar las percepciones de los pacientes de que el ámbito de la salud y los profesionales de salud aceptan sus cuerpos. Una mayor conciencia interoceptiva y apreciación del cuerpo están relacionadas con

mayor frecuencia de alimentación basada en señales de hambre fisiológica y saciedad y menor frecuencia de comer en respuesta a situaciones y emociones [148,151] – razones adicionales para que los profesionales de salud alienten a sus clientes a apreciar sus cuerpos y escuchar las señales internas de sus cuerpos.

3.4. Un Enfoque Inclusivo con Respeto al Peso en Salud Pública. El actual modelo de salud pública opera a través de la identificación de factores de riesgo y esfuerzos basados en la población para reducir tales riesgos con la finalidad de prevenir enfermedad y promover salud [99]. La reducción de los factores de riesgo ocurre a través de diversas formas de acción pública, incluyendo esfuerzos de regulación (p.ej. impuestos y legislación), programas universales basados en la comunidad (p.ej. Escuelas de Promoción de la Salud) y mensajes de salud pública para incrementar la conciencia de los riesgos y beneficios asociados con ciertas conductas (p.ej. “5-al-día”). No obstante, este modelo ha sido criticado por poner demasiado énfasis en factores que son percibidos como dentro del ámbito del control personal mientras que desatiende las condiciones socioculturales y económicas más amplias que dictan muchas de las experiencias vividas, elecciones y oportunidades de las personas [37,99].

Syme señaló que las condiciones a las que habitualmente nos referimos como “enfermedades del estilo de vida”, rubro bajo el cual se nombran el sobrepeso y la obesidad, han sido asociadas con una diversidad de factores genéticos y ambientales que ocurren fuera del control personal [99]. Esta falta de control es especialmente relevante para poblaciones que enfrentan los mayores desafíos de salud. Las poblaciones con los peores desenlaces en salud tienden también a ser poblaciones que viven bajo las mayores limitaciones socioeconómicas y tienen el menor control personal en sus vidas [31]. Marmot ha escrito extensamente acerca de las contribuciones de las inequidades sociales y económicas en cuestiones de salud pública y la importancia crítica de considerar estas cuestiones en las políticas de salud pública [152]. La desestimación del ambiente en el cual las personas viven ofrece un enfoque “más bien descontextualizado” de salud pública que tiene pocas posibilidades de ser eficaz y quizá sea incluso no ético debido al potencial para hacer daño [37].

Un abordaje de salud pública que incorpora un enfoque inclusivo con respecto al peso puede quizá no solo eludir las consecuencias adversas en salud y bienestar vinculadas con el enfoque normativo con respecto al peso, sino también mejorar la salud poblacional. Los estudios longitudinales han repetidamente demostrado que, sin importar el peso actual, la satisfacción corporal y la libertad de burlas y estigma relacionados con el peso se vinculan con menor riesgo de prácticas de dieta poco saludables, conductas sedentarias, alteraciones de la conducta alimentaria y aumento de peso entre personas jóvenes [95,153,154]. Los mensajes de salud pública que están libres de foco en el peso también parecen ser más aceptables para el público y tienen mayores probabilidades de alentar conductas saludables que los mensajes que enfatizan el control de peso o la prevención de la obesidad. Por ejemplo, una encuesta nacional representativa en EUA reveló que los participantes respondían de manera más favorable a mensajes de salud pública que promovían conductas saludables sin *ninguna* referencia al peso o la obesidad [155]. La encuesta demostró además que los mensajes percibidos como causantes de estigma en torno al peso eran negativamente recibidos y calificados como menos conducentes al cambio conductual para promover salud. Estos hallazgos han sido replicados en entornos aleatorizados controlados [156].

Diversos académicos han propuesto acciones que pueden ser emprendidas al nivel de políticas para prevenir y reducir el daño asociado con un clima sociocultural enfocado en el peso [35,157,158]. No obstante, una resistencia inherente y seria al cambio parece estar presente dentro de los sistemas de salud. Por ejemplo, O'Reilly y Sixsmith han argumentado que una dependencia excesiva de la posición dominante de instituciones poderosas, tales como la Organización Mundial de la Salud, ha resultado en un impasse en el que las autoridades de salud pública aceptan y mantienen sin sentido crítico el enfoque normativo con respecto al peso sin realizar un escrutinio de su validez, efectividad o implicaciones éticas [158]. Así, el enfoque normativo con respecto al peso se convierte en un dogma auto-perpetuado. Las indicaciones del daño asociado con este paradigma, sin embargo, exigen que se evalúe de manera más precisa y que se implementen acciones para reducir el foco

en el peso en el ámbito de la salud pública. Ciertamente, durante esta fase de implementación, se necesitarían datos para evaluar los desenlaces del alejamiento de un enfoque normativo con respecto al peso hacia un enfoque inclusivo de todos los pesos.

O'Reilly y Sixsmith analizaron opciones de políticas que podrían ser utilizadas para desplazar el enfoque normativo con respecto al peso por uno inclusivo con respecto al peso en salud pública [158]. Realizaron entrevistas con participantes clave a quienes se les pidió que asignaran una jerarquía a cambios propuestos en políticas en términos de eficacia estimada para desafiar el enfoque normativo con respecto al peso, probabilidad de promover equidad y disminuir el prejuicio con respecto al peso, aceptabilidad política y pública y aspectos prácticos de su implementación. El cambio en política que recibió la calificación más favorable fue la adopción de lenguaje que no mencionara el peso en los mensajes de salud pública. Esta acción fue considerada de muy bajo costo con un alto nivel de aceptabilidad pública y viabilidad política. El cambio de un enfoque normativo a un enfoque inclusivo también emergió como preferencia pública en un reporte canadiense reciente en el que miembros de la comunidad fueron involucrados en una discusión, en persona y en línea, acerca de acciones viables para promover peso saludable en niños. La idea más popular expresada en línea fue alejarse de un enfoque normativo con respecto al peso en los esfuerzos de promoción de la salud, ya que muchos participantes manifestaron preocupación por el lenguaje acerca del peso y prefirieron en cambio un foco en estilo de vida saludable [159]. Puesto que este es un cambio de política que puede ser implementado con relativa facilidad, O'Reilly y Sixsmith lo resaltaron como una acción viable y recomendada para los gobiernos con el objetivo de reducir el daño ocasionado por el estigma y la preocupación relacionados con el peso [158].

Otras políticas prometedoras en el análisis de O'Reilly y Sixsmith fueron implementar entrenamiento anti-prejuicio con respecto al peso para profesionales de salud y establecer lineamientos de investigación que aseguren la inclusión de medidas de posibles contribuciones de terceros factores a la investigación de obesidad, tales como estatus socioeconómico, actividad física y factores dietéticos [158]. Diversas intervenciones para

reducir el prejuicio relacionado con el peso entre profesionales en entrenamiento y activos en la práctica ya han sido reportadas en la literatura científica con resultados prometedores [157,160,161]. En un estudio, a más de 300 promotores de salud pública se les ofreció un taller de un día acerca del prejuicio acerca del peso y otras cuestiones relacionadas, que condujo a una disminución significativa en prejuicio anti-gordura, menor interiorización de estereotipos presentes en los medios acerca del peso y la figura, y mayor autoeficacia para abordar el prejuicio con respecto al peso después de la intervención [157].

4. Resumen de los Enfoques Contendientes

La investigación demuestra que un foco en el peso se asocia con efectos adversos en la salud física y el bienestar psicológico para los pacientes y miembros de la comunidad. Hacer dieta está inextricablemente vinculado con barreras fisiológicas significativas para la salud global que probablemente pudieron haber sido prevenidas. Los estragos de los intentos fallidos para perder peso en la salud física no son consistentes con un abordaje de beneficencia y no maleficencia en la práctica clínica y la salud pública. Más aún, el enfoque normativo con respecto al peso culpa al individuo en vez de al proceso cuando los intentos por perder peso fracasan, lo cual se vincula entonces con culpa y vergüenza corporal, interiorización del estigma relacionado con el peso y menor bienestar psicológico. Bajo el enfoque normativo con respecto al peso, el estigma relacionado con el peso probablemente se filtra en las relaciones de los profesionales de salud con sus pacientes, aún de manera no intencionada.

El enfoque inclusivo con respecto al peso apoya la salud de las personas a lo largo del continuum de peso y desafía el estigma relacionado con el peso. Los datos de ensayos clínicos controlados han sostenido la eficacia de programas con un énfasis inclusivo de todos los pesos, tales como HAES. Específicamente, las participantes que siguieron el modelo HAES lograron mejorías estadística y clínicamente significativas en medidas fisiológicas (p.ej. tensión arterial), prácticas conductuales (p.ej. mayor actividad física, menos atracones) y medidas psicológicas (p.ej. mayor autoestima,

menores síntomas depresivos) y no demostraron ningún desenlace adverso, a pesar del hecho de que el peso permaneció relativamente sin cambios. Otras investigaciones han respaldado el enfoque inclusivo con respecto al peso, de tal manera que vivir en un ambiente de aceptación hacia el cuerpo (es decir, uno libre de estigma asociado al peso) se asocia con mayor apreciación corporal y menor monitoreo habitual de la apariencia, independientemente del IMC. El enfoque inclusivo con respecto al peso, entonces, sostiene los principios éticos de beneficencia y no maleficencia y puede ser utilizado como trampolín para generar intervenciones adicionales en el ámbito clínico y en salud pública. Los puntos de intervención, dirigidos hacia las variables que se conectan con menor salud física y bienestar (ver Figura 2), así como los mecanismos de acción entre las variables, se ofrecen para profesionales de salud que trabajan con pacientes o en contextos de salud pública.

Regresando a la viñeta de la Introducción, ahora encuadramos el encuentro de cuidado de la salud entre médico y paciente a través del lente de inclusión de todos los pesos y de bienestar en vez de la persecución de la pérdida de peso, tomando en cuenta cuán poco tiempo tienen los médicos para estar con los pacientes durante una consulta típica.

Jasmine está esperando en la sala de exploración y su expediente muestra que su peso hoy está 3 kg más arriba desde su última visita hace dos años, resultando en un índice de masa corporal (IMC) de 32. Su tensión arterial está en límites altos en contraste con niveles normales en visitas previas. A pesar de que las pruebas de laboratorio de Jasmine eran normales en visitas previas, parecen no estar actualizados. Cuando la Dra. Johnson la saluda hoy, Jasmine parece ansiosa y le dice a la Dra. Johnson: “Casi no venía hoy sabiendo que mi peso ha subido desde la última vez que estuve aquí y usted sugirió una dieta. Me siento como una fracasada. Sin embargo, necesito ayuda con mis migrañas, así que aquí estoy.” La Dra. Johnson y Jasmine se ven la uno a la otra, hay un momento de silencio, y ambas suspiran.

La Dra. Johnson dice “¿Sabes, Jasmine? He estado leyendo la investigación acerca de intervenciones para perder peso y los ciclos de pérdida y aumento de peso y me estoy dando cuenta de que si lo mismo le ocurre a casi todas las personas, probablemente no es culpa de la

persona, probablemente se trata más del proceso en sí mismo. Así que, en vez de enfocarme en la pérdida de peso, estoy alentando a mis pacientes a pensar acerca de qué los hace sentir mejor en su vida diaria; emocional y físicamente. Por ejemplo, ¿te sientes mejor cuando comes más frutas y verduras, bebes más agua, sales a caminar con una amiga, meditas para aliviar el estrés y duermes suficiente? Hay buena evidencia de que esas conductas te van a hacer estar más sana y sentirte mejor aún si tu peso no cambia.”

Jasmine está algo sorprendida por el cambio en la Dra. Johnson y dice “Bueno, típicamente, cuando mi pérdida de peso se hace más lenta o se detiene, dejo de hacer cualquiera de esas cosas que mencionó que me harían sentir mejor y estar más sana.” La Dra. Johnson dice “Entiendo, pero vamos a mover el foco de tu peso a tu salud. Puesto que esas conductas se vinculan con la salud, ¿por qué no hacerlas de cualquier manera?”

Jasmine le sonríe a la Dra. Johnson y le dice “Seguro sería más fácil regresar y verla la próxima vez que se supone que me toca consulta si no tengo que bajar de peso antes.”

La Dra. Johnson responde “No quiero que nada obstaculice que recibas tu cuidado médico, incluyendo la preocupación de que yo te vaya a regañar. Ahora que tenemos un mejor plan, voy a pedirle a la enfermera que te tome de nuevo la presión.” Jasmine y la Dra. Johnson discuten entonces opciones de tratamiento para las migrañas de Jasmine.

Justo antes de que la Dra. Johnson salga de la habitación, Jasmine comparte una preocupación rápida, “Me gusta el cambio de peso a salud, pero hay un grupo de Enfoque en el Peso en el trabajo. Si no voy, me cobran una prima más alta por mi seguro médico.”

La Dra. Johnson dice “Déjame ver si puedo ayudarte con eso. El *Affordable Care Act* (Acta de Cuidado Accesible) supuestamente te permite seguir las recomendaciones de tu médico, y yo no tengo evidencia de que el grupo de Enfoque en el Peso te vaya a hacer estar más sana y si tengo mucha evidencia que dice que hacer dieta y rebotar se vincula con peor estado de salud.”

Jasmine se va del consultorio sintiéndose esperanzada y comprendida.

Al terminar de poner la nota en el expediente, la Dra. Johnson se da cuenta de que su propio cuerpo está relajado, su mandíbula sin

apretar. Siente que acaba de establecer una mejor conexión con Jasmine y desarrolló un plan de tratamiento sustentable que ella puede seguir. La Dra. Johnson se siente curiosa y tal vez hasta un poco impaciente por ver lo que ocurre después. Sin embargo, sí se pregunta qué ocurrirá si los revisores no ven pérdida de peso en esta paciente, o una meta de pérdida de peso en el plan de tratamiento.

5. Direcciones para Futuras Investigaciones

Se requiere seriamente de más investigación acerca del enfoque inclusivo vs normativo con respecto al peso, puesto que muchas preguntas continúan sin ser respondidas. La investigación acerca de la variedad de expresiones del estigma relacionado con el peso puede revelar asociaciones sutiles que contribuyan a la comprensión académica de su influencia y expresión. Por ejemplo, el estigma relacionado con el peso podría ser operacionalizado como burlas, bullying, discriminación, comentarios y objetificación, y la fuente podría también ser operacionalizada (p.ej. pareja, sistema de cuidado de la salud, familia, amigos, etc.). De igual manera, la disminución en salud física y bienestar puede ser definida de muchas diferentes formas y esta operacionalización podría revelar distintas relaciones con el peso y variables basadas en el cuerpo.

Otra conceptualización alternativa sería explorar qué ocurre en ausencia de estigma relacionado con el peso, lo cual evaluaría directamente el enfoque inclusivo con respecto al peso. Quienes no experimentan estigma relacionado con el peso (ya sea por su peso o por su ambiente/comunidad/cultura) podrían demostrar la apreciación corporal y mejor salud y bienestar. A pesar de que se ha comenzado cierta investigación en ambientes positivos y de aceptación hacia el cuerpo [148.151] estos estudios están en su infancia y se beneficiarían de investigación adicional. Adicionalmente, sería útil saber si los individuos que hacen una transición hacia salir de ambientes que causan estigma en relación con el peso (p.ej. alejándose de parejas o miembros de la familia que los estigmatizan) reciben beneficios de salud y bienestar relacionados (y el grado de estos beneficios) o si los recuerdos de haber sido estigmatizados continúan influyendo en su salud y bienestar en un nivel similar. En la última

instancia, quizá los proveedores de salud mental podrían trabajar de manera individual con los pacientes para amortiguar el estigma interiorizado y promover el empoderamiento individual. En particular, las intervenciones que enfatizan la compasión por uno mismo [161] podrían ser útiles para estos esfuerzos terapéuticos, puesto que la evidencia empírica sugiere que la compasión por uno mismo es un estado mental adaptativo a cultivar en el contexto de mejorar la imagen corporal y la conducta alimentaria [162-167]. De hecho, una intervención en línea de compasión por uno mismo de tres semanas redujo la vergüenza corporal y mejoró la apreciación corporal en mujeres en la comunidad; estas mujeres mantuvieron dichos desenlaces a un seguimiento a tres meses en comparación con un grupo de control de lista de espera [150]. Entre las mujeres con alta restricción dietética, quienes fueron inducidas a pensar de manera compasiva con ellas mismas después de comer una dona como parte de la tarea experimental (es decir, se les dijo que todas las personas comen alimentos poco saludables a veces y se les pidió no ser muy duras con ellas mismas porque “esta pequeña cantidad de comida no importa de cualquier manera”) fueron capaces de reducir su malestar y desinhibición alimentaria en comparación con un grupo control que no recibió la inducción de compasión [167].

Aquéllos que trabajan en entornos clínicos y de salud pública deberían investigar el impacto de moverse de un enfoque normativo a un enfoque inclusivo con respecto al peso con sus pacientes y comunidades. Los investigadores podrían explorar los efectos en el apego y disposición de los pacientes a abordar cuestiones de salud proactivamente cuando se elimina la pérdida de peso de la ecuación. Se podrían utilizar diseños cualitativos para obtener datos ricos acerca de los desafíos y beneficios de este cambio en el cuidado de la salud, el apego al tratamiento (p.ej. mayor probabilidad de ir a consultas de seguimiento para preocupaciones médicas) y mejoría global en salud. Adicionalmente, se necesita más investigación para evaluar qué componentes particulares del enfoque inclusivo con respecto al peso, individualmente o en conjunto con otros componentes, tienen la conexión más fuerte con mejoría y promoción de la salud.

6. Conclusión

El enfoque normativo con respecto al peso no está mejorando la salud para la mayoría de los individuos a lo largo de todo el continuum de peso. El peso es sobre-enfatizado para individuos de mayor peso (es decir, se presume que son poco saludables) y sub-enfatizado para individuos de menor peso o peso “promedio” (es decir, se presume que están sanos). Más aún, sabemos que la pérdida de peso a través de hacer dieta no es sustentable a lo largo del tiempo para la gran mayoría de individuos de mayor peso y se vincula con consecuencias dañinas. Por consiguiente, argumentamos que no es ético continuar prescribiendo pérdida de peso a pacientes y comunidades como camino para la salud, conociendo que los desenlaces asociados – recuperación del peso (si es que se pierde peso) y ciclos de pérdida y aumento de peso (dietas y rebotes) – se vinculan con mayor estigmatización y pobre salud y bienestar. Los datos sugieren que se necesita un enfoque distinto para promover salud física y bienestar en nuestros pacientes y comunidades.

Quienes defendemos un enfoque inclusivo para todos los pesos afirmamos que estamos actuando a favor de los intereses de nuestros pacientes y comunidades cuando ponemos en el centro la salud para las personas en todos los puntos a lo largo del continuum de peso y trabajamos para erradicar el estigma relacionado con el peso en todos los entornos, incluyendo el cuidado de la salud y la salud pública. Este artículo ha revisado los datos que respaldan un enfoque inclusivo con respecto al peso para promover bienestar físico y psicológico. Alentamos tanto a académicos como a proveedores de salud a estudiar y documentar qué ocurre cuando los profesionales de salud y sus poblaciones blanco cambian el foco hacia desarrollar conductas saludables sustentables para todos los cuerpos.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de interés en lo que respecta a la publicación de este artículo.

Referencias

- [1] L. Bacon, "End the war on obesity: make peace with your patients," *MedGenMed Medscape General Medicine*, vol. 8, no. 4, article 40, 2006.
- [2] L. Bacon, *Health at Every Size*, Benbella Books, Dallas, Tex, USA, 2010.
- [3] National Association to Advance Fat Acceptance, *Guidelines for Healthcare Providers Who Treat Fat Patients*, 2012, http://issuu.com/naafa/docs/naafa_healthcarep_guidelines_201Lv06..screencut.
- [4] National Obesity Forum, *Guidelines on Management of Adult Obesity and Overweight in Primary Care*, 2006, http://www.nationalobesityforum.org.uk/images/stories/W_M_guidelines/NOF...AdultGuidelines-Feb..06.pdf.
- [5] T. Mann, A. J. Tomiyama, E. Westling, A. Lew, B. Samuels, and J. Chatman, "Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer," *American Psychologist*, vol. 62, no. 3, pp. 220-233, 2007.
- [6] L. Lissner, P. M. Odell, R. B. D'Agostino et al., "Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population," *The New England Journal of Medicine*, vol. 324, no. 26, pp. 1839-1844, 1991.
- [7] P. Rzehak, C. Meisinger, G. Woelke, S. Brasche, G. Strube, and J. Heinrich, "Weight change, weight cycling and mortality in the ERFORT Male Cohort Study," *European Journal of Epidemiology*, vol. 22, no. 10, pp. 665-673, 2007.
- [8] P. M. Nilsson, "Is weight loss beneficial for reduction of morbidity and mortality? What is the controversy about?" *Diabetes Care*, vol. 31, no. 2, pp. S278-S283, 2008.
- [9] R. M. Puhl, C. A. Moss-Racusin, and M. B. Schwartz, "Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being," *Obesity*, vol. 15, no. 1, pp. 19-23, 2007.
- [10] M. B. Schwartz, L. R. Vartanian, A. A. Nosek, and K. D. Brownell, "The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias," *Obesity*, vol. 14, no. 3, pp. 440-447, 2006.
- [11] S. S. Wang, K. D. Brownell, and T. A. Wadden, "The influence of the stigma of obesity on overweight individuals," *International Journal of Obesity*, vol. 28, no. 10, pp. 1333-1337, 2004.
- [12] J. H. Price, S. M. Desmond, R. A. Krol, F. F. Snyder, and J. K. O'Connell, "Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity," *The American Journal of Preventive Medicine*, vol. 3, no. 6, pp. 339-345, 1987.
- [13] J. L. Kristeller and R. A. Hoerr, "Physician attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups," *Preventive Medicine*, vol. 26, no. 4, pp. 542-549, 1997.
- [14] G. D. Foster, T. A. Wadden, A. P. Makris et al., "Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment," *Obesity Research*, vol. 11, no. 10, pp. U68-U77, 2003.
- [15] J. Kaminsky and D. Gadaleta, "A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients," *Obesity Surgery*, vol. 12, no. 1, pp. 14-18, 2002.
- [16] M. B. Schwartz, H. O'Neal, K. D. Brownell, S. N. Blair, and C. Billington, "Weight bias among health professionals specializing in obesity," *Obesity Research*, vol. 11, no. 9, pp. 1033-1039, 2003.
- [17] M. B. Schwartz, H. O'Neal, K. D. Brownell, S. N. Blair, and C. Billington, "Weight bias among health professionals specializing in obesity," *Obesity Research*, vol. 11, no. 9, pp. 1033-1039, 2003.
- [18] R. M. Puhl, J. D. Latner, K. M. King, and J. Luedicke, "Weight bias among professionals treating eating disorders: attitudes about treatment and perceived patient outcomes," *International Journal of Eating Disorders*, vol. 47, no. 1, pp. 65-75, 2014.
- [19] L. Bacon, J. S. Stern, M. D. Van Loan, and N. L. Keim, "Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters," *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 105, no. 6, pp. 929-936, 2005.
- [20] R. W. Jeffery, L. H. Epstein, G. T. Wilson et al., "Long-term maintenance of weight loss: current status," *Health Psychology*, vol. 19, no. 1, pp. 5-16, 2000.
- [21] R. R. Wing and S. Phelan, "Long-term weight loss maintenance," *Ille American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 82, no. 1, pp. 222S-225S, 2005.
- [22] E. M. Matheson, D. E. King, and C. J. Everett, "Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals," *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, no. 1, pp. 9-15, 2012.
- [23] K. D. Brownell and J. Rodin, "Medical, metabolic, and psychological effects of weight cycling," *Archives of Internal Medicine*, vol. 154, no. 12, pp. 1325-1330, 1994.
- [24] A. E. Field, J. E. Manson, C. 8. Taylor, W. C. Willett, and G. A. Colditz, "Association of weight change, weight control practices, and weight cycling among women in the Nurses' Health Study 11," *International Journal of Obesity*, vol. 28, no. 9, pp. 1134-1142, 2004.
- [25] K. Silventoinen, B. Rokholm, J. Kaprio, and T. I. A. Sørensen, "The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies," *International Journal of Obesity*, vol. 34, no. 1, pp. 29-40, 2010.
- [26] P. S. Maclean, A. Bergouignan, M. Cornier, and M. R. Jackman, "Biology's response to dieting: the impetus for weight regain," *American Journal of Physiology: Regulatory Integrative and Comparative Physiology*, vol. 301, no. 3, pp. R581-R600, 2011.
- [27] P. Sumithran and J. Proietto, "The defence of body weight: a physiological basis: for weight regain after weight loss," *Clinical Diabetes*, vol. 124, no. 4, pp. 231-241, 2013.
- [28] P. Monsivais and A. Drewnowski, "Lower-energy-density diets are associated with higher monetary costs per kilocalorie and are consumed by women of higher socioeconomic status," *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 109, no. 5, pp. 814-822, 2009.
- [29] A. Drewnowski, "The cost of US foods as related to their nutritive value," *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 92, no. 5, pp. 1181-1188, 2010.
- [30] P. Monsivais and A. Drewnowski, "The rising cost of low-energy-density foods," *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 107, no. 12, pp. 2071-2076, 2007.
- [31] T. Andreyeva, D. M. Blumenthal, M. B. Schwartz, M. W. Long, and K. D. Brownell, "Availability and prices of foods across stores and neighborhood: the case of New Haven, Connecticut," *Health Affairs*, vol. 27, no. 5, pp. 1381-1388, 2008.
- [32] D. Burgard, "What is health at every size?" in *The Fat Studies Reader*, E. Rothblum and S. Solovay, Eds., pp. 41-53, New York University Press, New York, NY, USA, 2009.
- [33] P. L. Watkins, "Health at every size: an end to the war on obesity?" *Tire European Health Psychologist*, vol. 15, no. 1, pp. 1-5, 2013.

- [34] E. Tribole and E. Resch, *Intuitive Eating*; St Martin's Press, New York, NY, USA, 2012.
- [35] L. Aphramor and J. Gingras, "Helping people change: promoting politicised practice in the health care professions; in *Debating Obesity*, E. Rich, L. F. Monaghan, and L. Aphramor, Eds., pp.192-218, Palgrave MacMillan, London, UK, 20U.
- [36] L. Bacon and L. Aphramor, "Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift; *Nutrition Journal*, vol. 10, no.1, article9, 20U.
- [37] L. Mansfield and E. Rich, "Public health pedagogy. border crossings and physical activity at every size; *Critical Public Health*, vol.23, no.3, pp. 356-370, 2013.
- [38] L. Cohen, D. P. Perales, and C. Steadman, "Toe O word: why the focus on obesity is harmful to community health; *Californian Journal of Health Promotion*, vol. 3, pp. 154-161, 2005.
- [39] W. C. Miller, "Fitness and fatness in relation to health: implications for a paradigm shift; *Journal of Social Issues*, vol.55, no.2, pp.207-219, 1999.
- [40] L. K. Allen-Scott, J. M. Hatfield, and L. McIntyre, "A scoping review of unintended harm associated with public health interventions: towards a typology and an understanding of underlying factors; *International Journal of Public Health*, vol. 59, no. 1, pp. 3-14, 2014.
- [41] K. M. Flegal, B. K. Kit, H. Orpana, and B. I. Graubard, "Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis; *Journal of the American Medical Association*, vol. 309, no. 1, pp. 71-82, 2013.
- [42] H. M. Orpana, J. Berthelot, M. S. Kaplan, D. H. Feeny, B. McFarland, and N. A. Ross, "BMI and mortality: results from a national longitudinal study of Canadian adults; *Obesity*, vol. 18, no. 1, pp. 214-218, 2010.
- [43] N. K. Mehta and V. W. Chang, "Mortality attributable to obesity among middle-aged adults in the United States; *Demography*, vol. 46, no. 4, pp. 851-872, 2009.
- [44] D. Coggon, I. Reading, P. Croft, M. McLaren, D. Barrett, and C. Cooper, "Knee osteoarthritis and obesity; *International Journal of Obesity*, vol.25, no. 5, pp. 622-627, 2001.
- [45] A. B. de Gonzalez, P. Hartge, J. R. Cerhan et al., "Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults; *New England Journal of Medicine*, vol.363, no.23, pp.2211-2219, 2010.
- [46] A. N. Vgontzas, D. A. Papanicolaou, E. O. Bixler et al., "Sleep apnea and daytime sleepiness and fatigue: relation to visceral obesity, insulin resistance, and hypercytokinemia; *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol.85, no.3, pp. 1151-1158, 2000.
- [47] T. J. Hoerger, "Controversies in obesity mortality: a tale of two studies; *Health Promotion Economics*, vol.1, no.1, pp.1-4, 2006.
- [48] P. Muennig, "Toe body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease; *BMC Public Health*, vol. 8, article128, pp. 128-138, 2008.
- [49] N. A. Schvey, R. M. Puhl, and K. D. Brownell, "Toe impact of weight stigma on caloric consumption; *Obesity*, vol.19, no. 10, pp. 1957-1962, 2011.
- [50] H. J. Thompson and A. McTiernan, "Weight cycling and cancer: weighing the evidence of intermittent caloric restriction and cancer risk; *Cancer Prevention Research*, vol.4, no.11, pp. 1736-1742, 2011.
- [51] M. T. Guagnano, E. Ballone, V. Pace-Palitti et al., "Risk factors for hypertension in obese women. Toe role of weight cycling; *European Journal of Clinical Nutrition*, vol.54, no. 4, pp. 356-360, 2000.
- [52] K. Strohacker and B. K. McFarlin, "Influence of obesity, physical inactivity, and weight cycling on chronic inflammation; *Frontiers in Bioscience*, vol. 2, no. 2, pp.98-104, 2010.
- [53] H. J. Yoo, B. T. Kim, Y. W. Park, K. H. Park, C. W. Kim, and N. Joo, "Difference of body compositional changes according to the presence of weight cycling in a community-based weight control program; *Journal of Korean Medical Science*, vol. 25, no. 1, pp. 49-53, 2010.
- [54] Association for Size Diversity and Health (ASDAH), *Health at Every Size (HAES) Principles*, 2014, <https://sizediversityandhealth.org/>.
- [55] R. M. Puhl and C. A. Heuer, "Toe stigma of obesity: a review and update; *Obesity*, vol.17, no.5, pp. 941-964, 2009.
- [56] M. W. Schwartz, "An inconvenient truth about obesity; *Molecular Metabolism*, vol.1, no.1-2, pp. 2-4, 2012.
- [57] P. Sumithran, L. A. Prendergast, E. Delbridge et al., "Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss; *The New England Journal of Medicine*, vol. 365, no.17, pp.1597-1604, 2011.
- [58] J. O. Fisher and L. L. Birch, "Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 years of age; *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 76, no. 1, pp. 226-231, 2002.
- [59] J. O. Fisher and L. L. Birch, "Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake; *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 69, no. 6, pp. 1264-1272, 1999.
- [60] J. L. Carper, J. O. Fisher, and L. L. Birch, "Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding; *Appetite*, vol. 35, no. 2, pp. 121-129, 2000.
- [61] J. Beaulac, E. Kristjansson, and S. Cummins, "A systematic review of food deserts, 1966-2007; *Preventing Chronic Disease: Public Health Research Practice, and Policy*, vol. 6, no. 3, pp. 1-10, 2009.
- [62] N. I. Larson, M. T. Story, and M. C. Nelson, "Neighborhood environments: disparities in access to healthy foods in the U.S.; *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 36, no. 1, pp. 74-81, 2009.
- [63] P. A. Estabrooks, R. E. Lee, and N. C. Gyurcsik, "Resources for physical activity participation: does availability and accessibility differ by neighborhood socioeconomic status?" *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 25, no. 2, pp. 100-104, 2003.
- [64] D. Crawford, A. T. Imperio, B. Giles-Corti et al., "Do features of public open spaces vary according to neighborhood socioeconomic status?" *Health & Place*, vol. 14, no. 4, pp. 889-893, 2008.
- [65] J. C. Lumeng, D. Appugliese, H. J. Cabral, R. H. Bradley, and B. Zuckerman, "Neighborhood safety and overweight status in children; *Arc/Jives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 160, no. 1, pp. 25-31, 2006.
- [66] K. M. Neckerman, G. S. Lovasi, S. Davies et al., "Disparities in urban neighborhood condition: evidence from GIS measures and field observation in New York city; *Journal of Public Health Policy*, vol. 30, supplement 1, pp. S264-S285, 2009.
- [67] J. W. Anderson, E. C. Konz, R. C. Frederich, and C. L. Wood, "Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies; *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 74, no. 5, pp. 579-584, 2001.
- [68] R. L. Leibel, M. Rosenbaum, and J. Hirsch, "Changes in energy expenditure resulting from altered body weight; *The New England Journal of Medicine*, vol. 332, no. 10, pp. 621-628, 1995.

- [69] R.L. Leibel and). Hirsch, "Diminished energy requirements in reduced-obese patients," *Metabolism: Clinical and Experimental* vol. 33, no. 2, pp.164-170,1984
- [70] E. A. Olson, A. J. Visek, K. A. McDonnell, and L. DiPietro, "Thinness expectations and weight cycling in a sample of middle-aged adults" *Eating Behaviors*, vol.13, no.2, pp. 142-145, 2012.
- [71] R. L. Osborn, K. L. Forsys, T. L. Psota, and T. Sbrocco, "Yo-yo dieting in African American women: weight cycling and health," *Ethnicity and Disease*, vol.21, no. 3, pp.274-280,2011.
- [72] J. Polivy and C. P. Herman, "DiETING and Binging. A Causal Analysis," *American Psychologist*, vol. 40, no. 2, pp. 193-201, 1985.
- [73] J.E. Mitchell, M. J. Devlin, M. de Zwaan et al., *Binge-Eating Disorder: Clinical Foundations and Treatment*, Guilford Press. New York, NY, USA, 2008.
- [74] E. Stice "Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review," *Psychological Bulletin*, vol.128, no. 5, pp. 825-848, 2002.
- [75] M. R. Lowe, W. Davis, D. Lucks, R. Annunziato, and M. Butryn, "Weight suppression predicts weight gain during inpatient treatment of bulimia nervosa," *Physiology and Behavior*, vol.87, no. 3, pp. 487-492, 2006.
- [76] C. G. Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, Guilford Press, New York, NY, USA, 2008.
- [77] M. L. Butryn, A. Juarascio, and M. R. Lowe, "The relation of weight suppression and BMI to bulimic symptoms," *International Journal of Eating Disorders*, vol.44, no.7, pp.612-617,2011.
- [78] D. B. Herzog, J. G. Thomas, A. E. Kass, K. T. Eddy, D. L. Franko, and M. R. Lowe, "Weight suppression predicts weight change over 5 years in bulimia nervosa," *Psychiatry Research*, vol. 177, no.3, pp.330-334, 2010.
- [79] G. T. Wilson, D. E. Wilfley, W. S. Agras, and S. W. Bryson, "Psychological treatments of binge eating disorder," *Archives of General Psychiatry*, vol.67, no. 1, pp.94-101,2010.
- [80] American Medical Association, *AMA Code of Medical Ethics*, 2010, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/>.
- [81] American Nurses Association, "ANA short definitions of ethical principles and theories," <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Ethics-Definitions.pdf>.
- [82] American Dietetics Association, "American Dietetic Association/Commission on dietetic registration code of ethics for the profession of dietetics and process for consideration of ethics issues," 2009, http://www.nut.tu.edu/forms/2010_ADL Code...ol.EthicsFor_profession...ol.Dietetics.pdf.
- [83] American Psychological Association, "Ethical principles of psychologists and code of conduct," 2010, <http://apa.org/ethics/code/index.aspx>.
- [84] R. Gillon, "Medical ethics: four principles plus attention to scope," *British Medical Journal*, vol. 309, no. 6948, pp. 184-188, 1994.
- [85] B. Moradi, D. Dirks, and A. V. Matteson, "Roles of sexual objectification experiences and internalization of standards of beauty in eating disorders symptomatology: a test and extension of objectification theory," *Journal of Counseling Psychology*, vol. 52, no. 3, pp.420-428,2005.
- [86] E. Stice, "A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect," *Journal of Abnormal Psychology*, vol.110, no. 1, pp. 124-135, 2001.
- [87] E. Stice and W. S. Agras, "Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: a longitudinal grouping analysis," *Behavior Therapy*, vol.29, no. 2, pp.257-276,1998.
- [88] E. Stice, K. Presnell, and D. Spangler, "Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation," *Health Psychology*, vol. 21, no. 2, pp.131-138,2002.
- [89] T. L. Tylka, "Refinement of the tripartite influence model for men: dual body image pathways to body change behaviors," *Body Image*, vol.8, no. 3, pp.199-207,2011.
- [90] J. R. M. Puhl, C. A. Moss-Racusin, M. B. Schwartz, and K. D. Brownell, "Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults," *Health Education Research*, vol.23, no. 2, pp. 347-358, 2008.
- [91] D. Neumark-Sztainer, M. Story, and L. Faibisch, "Perceived stigmatization among overweight African-American and Caucasian adolescent girls," *Journal of Adolescent Health*, vol.23, no. 5, pp.264-270, 1998.
- [92] D. W. Sue, C. M. Capodilupo, G. C. Torino et al., "Racial microaggressions in everyday life implications for clinical practice," *American Psychologist*, vol. 62, no. 4, pp. 271-286, 2007.
- [93] R. M. Calogero, S. Herbozo, and J. K. Thompson, "Complimentary weightism: the potential costs of appearance-related commentary for women's self-objectification," *Psychology of Women Quarterly*, vol. 33, no. 1, pp. 120-132, 2009.
- [94] J. C. Lumeng, P. Forrest, D. P. Appugliese, N. Kaciroti, R. F. Corwyn, and R. H. Bradley, "Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades," *Pediatrics*, vol. 125, no. 6, pp. e1301-e1307, 2010.
- [95] M. E. Eisenberg, D. Neumark-Sztainer, and M. Story, "Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents," *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 157, no. 8, pp. 733-738, 2003.
- [96] D. Neumark-Sztainer, M. Story, and T. Harris, "Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents," *Journal of Nutrition Education and Behavior*, vol. 31, no. 1, pp.3-9, 1999.
- [97] K. W. Bauer, Y. W. Yang, and S. B. Austin, "How can we stay healthy when you're throwing all of this in front of us?" Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity," *Health Education and Behavior*, vol.31, no.1, pp.34-46,2004.
- [98] R. M. Puhl and J. D. Latner, "Stigma, obesity, and the health of the nation's children," *Psychological Bulletin*, vol. 133, no. 4, pp. 557-580, 2007.
- [99] S.L. Syme, "The prevention of disease and promotion of health: the need for a new approach," *European Journal of Public Health*, vol. 17, no. 4, pp. 329-330, 2007.
- [100] R. M. Puhl and C. A. Heuer, "Obesity stigma: important considerations for public health," *The American Journal of Public Health*, vol. 100, no. 6, pp. 1019-1028, 2010.
- [101] C. W. Rudolph, C. L. Wells, M. D. Weller, and B. B. Baltes, "A meta-analysis of empirical studies of weight-based bias in the workplace," *Journal of Vocational Behavior*, vol. 74, no. 1, pp. 1-10, 2009.
- [102] K. E. Giel, S. Zipfel, M. Alizadeh et al., "Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study," *BMC Public Health*, vol. 12, no. 1, article 525, 2012.
- [103] K. K. Davison and L. L. Birch, "Predictors of fat stereotypes among 9-year-old girls and their parents," *Obesity Research*, vol. 12, no. 1, pp. 86-94, 2004.

- [9] G. McGee, "Fatchance gettingan obstetricianinSouth Florida? Ethics and discrimination in obstetrics and gynecology; *The American Journal of Bioethics*, vol. 11, no. 6, pp. 1-2, 2011.
- [105] R. M. Puhl and K. D. Brownell, "Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults; *Obesity*, vol. 14, no. 10, pp. 1802-1815, 2006.
- [106] K. Davis-Coelho, J. Waltz, and B. Davis-Coelho, "Awareness and prevention of bias against fat clients in psychotherapy; *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 31, no. 6, pp. 682-684, 2000.
- [107] R. Puhl and K. D. Brownell, "Bias, discrimination, and obesity," *Obesity Research*, vol. 9, no. 12, pp. 788-805, 2001.
- [108] National Eating Disorder Association, *Health Consequences of Eating Disorders*, 2014, <http://www.nationaleatingdisorders.org/health-consequence-eating-disorders>.
- [109] M. H. Schafer and K. F. Ferraro, "Toe stigma of obesity: does perceived weight discrimination affect identity and physical health?" *Social Psychology Quarterly*, vol. 74, no. 1, pp. 76-97, 2011.
- [110] L. E. Durso, D. Latner, M. A. White et al., "Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: associations with eating disturbances and psychological functioning; *International Journal of Eating Disorders*, vol. 45, no. 3, pp. 423-427, 2012.
- [111] R. A. Carels, J. Burmeister, M. W. Oehlhof et al., "Internalized weight bias: ratings of the self, normal weight, and obese individuals and psychological maladjustment; *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 36, no. 1, pp. 86-94, 2013.
- [112] L. E. Durso and D. Latner, "Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale; *Obesity*, vol. 16, no. 2, pp. S80-S86, 2008.
- [113] A. R. Sutin and A. Terracciano, "Perceived weight discrimination and obesity; *PLoS ONE*, vol. 8, no. 7, Article ID e70048, 2013.
- [114] J. D. Seacat and K. D. Mickelson, "Stereotype threat and the exercise/ dietary health intentions of overweight women; *Journal of Health Psychology*, vol. 14, no. 4, pp. 556-567, 2009.
- [115] K. A. Matthews, K. Salomon, K. Kenyon, and F. Zhou, "Unfair treatment, discrimination, and ambulatory blood pressure in black and white adolescents; *Health Psychology*, vol. 24, no. 3, pp. 258-265, 2005.
- [116] L. Almeida, S. Savoy, and P. Boxer, "Toe role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating; *Journal of Clinical Psychology*, vol. 67, no. 3, pp. 278-292, 2011.
- [117] J. A. Ashmore, K. E. Friedman, S. K. Reichmann, and G. J. Musante, "Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults; *Eating Behaviors*, vol. 9, no. 2, pp. 203-209, 2008.
- [118] J. Haines, D. Neumark-Sztainer, M. E. Eisenberg, and P. J. Hannan, "Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from project EAT (Eating Among Teens); *Pediatrics*, vol. 117, no. 2, pp. e209-e215, 2006.
- [119] D. Neumark-Sztainer, N. Falkner, M. Story, C. Perry, P. J. Hannan, and S. Mulert, "Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors; *International Journal of Obesity*, vol. 26, no. 1, pp. 123-131, 2002.
- [120] J. K. Thompson, M. D. Covert, K. J. Richards, S. Johnson, and J. Cattarin, "Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations; *International Journal of Eating Disorders*, vol. 18, no. 3, pp. 221-236, 1995.
- [121] L. R. Vartanian and S. A. Novak, "Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise," *Obesity*, vol. 19, no. 4, pp. 757-762, 2011.
- [122] K. E. Friedman, S. K. Reichmann, P. R. Costanzo, A. ZeU, J. A. Ashmore, and G. J. Musante, "Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults; *Obesity Research*, vol. 13, no. 5, pp. 907-916, 2005.
- [123] J. A. Cattarin and J. K. Thompson, "A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females; *Eating Disorders*, vol. 2, no. 2, pp. 114-125, 1994.
- [124] C. M. Grilo, D. E. Wilfley, K. D. Brownell, and J. Rodin, "Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women; *Addictive Behaviors*, vol. 19, no. 4, pp. 443-450, 1994.
- [125] J. Crocker, B. Cornwell, and B. Major, "Toe stigma of overweight: affective consequences of attributional ambiguity; *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 64, no. 1, pp. 60-70, 1993.
- [126] A. Myers and J. C. Rosen, "Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem; *International Journal of Obesity*, vol. 23, no. 3, pp. 221-230, 1999.
- [127] L. Bacon, N. L. Keim, M. D. van Loan et al., "Evaluating a "non-diet" wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors; *International Journal of Obesity*, vol. 26, no. 6, pp. 854-865, 2002.
- [128] T. L. Tylca, "Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating; *Journal of Counseling Psychology*, vol. 53, no. 2, pp. 226-240, 2006.
- [129] T. L. Tylca and A. Wilcox, "Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct?" *Journal of Counseling Psychology*, vol. 53, no. 4, pp. 474-485, 2006.
- [L30] T. L. Tylca and A. M. Kroon Van Dier, "Toe Intuitive Eating Scale-2: item refinement and psychometric evaluation with college women and men; *Journal of Counseling Psychology*, vol. 60, no. 1, pp. 137-153, 2013.
- [131] B. Wansink, *Mindless Eating: Why We Eat more than We Think*, Bantam Books, New York, NY, USA, 2006.
- [132] K. Spiegel, E. Tasali, P. Penev, and E. van Cauter, "Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite," *Annals of Internal Medicine*, vol. 141, no. 11, pp. 846-850, 2004.
- [133] K. J. Homan and T. L. Tylca, "Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image; *Body Image*, vol. 11, no. 2, pp. 101-108, 2014.
- [134] E. Stice and K. Presnell, *Je Body Project: Promoting Body Acceptance and Preventing Eating Disorders: Facilitator Guide*, Oxford University Press, New York, NY, USA, 2007.
- [135] E. Stice, P. Rohde, J. Gau, and H. Shaw, "An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 77, no. 5, pp. 825-834, 2009.
- [L36] J. K. Thompson, M. D. Covert, and S. Stormer, "Body image social comparison and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation; *International Journal of Eating Disorders*, vol. 26, no. 1, pp. 43-53, 1999.

- [137] J. K. Thompson, L. J. Heinberg, M. Altabe, and S. Tantleff-Dunn, *Exacting Beauty: Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance*, American Psychological Association, Washington, Wash, USA, 1999.
- [L38] B. L. Fredrickson and T.-A. Roberts, "Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks," *Psychology of Women Quarterly*, vol. 21, no. 2, pp. 173-206, 1997.
- [L39] T. L. Tylka and M.S. Hill, "Objectification theory as it relates to disordered eating among college women," *Sex Roles*, vol. 51, no. 11-12, pp. 719-730, 2004.
- ☐ A. R. Fischer, L. M. Jome, and D.R. Atkinson, "Reconceptualizing multicultural counseling: universal healing conditions in a culturally specific context," *Career Counseling Quarterly*, vol. 26, no. 4, pp. 525-588, 1998.
- ☐ J. S. Lai, S. Hiles, A. Bisquera, A. J. Hure, M. McEvoy, and J. Attia, "A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults," *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 99, no. 1, pp. 184-197, 2014.
- ☐ G.E. Mead, W. Morley, P. Campbell, C.A. Greig, M. McMurdo, and D.A. Lawlor, "Exercise for depression," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 8, no. 4, Article ID CD004366, 2008.
- ☐ L. L. Craft and D. M. Landers, "The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analysis," *Journal of Sport and Exercise Psychology*, vol. 20, no. 4, pp. 339-357, 1998.
- ☐ M. F. Scheier and C. S. Carver, "Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health," *Journal of Personality*, vol. 55, no. 2, pp. 169-210, 1987.
- ☐ H. N. Rasmussen, M. F. Scheier, and J. S. Greenhouse, "Optimism and physical health: a meta-analytic review," *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 37, no. 3, pp. 239-256, 2009.
- ☐ R. A. Carels, C. S. Wott, K. M. Young, A. Gumble, A. Kobak, and M. W. Oehlhof, "Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults," *Eating Behaviors*, vol. 11, no. 3, pp. 180-185, 2010.
- ☐ T. L. Tylka and C. L. Augustus-Horvath, "Fighting self-objectification in prevention and intervention contexts," in *Self-Objectification in Women, Causes, Consequences, and Counteractions*, R. M. Calogero, S. Tantleff-Dunn, and J. K. Thompson, Eds., pp. 187-214, 2011.
- ☐ J. L. C. Avalos and T. L. Tylka, "Exploring a model of intuitive eating with college women," *Journal of Counseling Psychology*, vol. 53, no. 4, pp. 486-497, 2006.
- ☐ D. L. Fiissel and K. D. Lafre niere, "Weight control motives for cigarette smoking: further consequences of the sexual objectification of women?" *Feminism and Psychology*, vol. 16, no. 3, pp. 327-344, 2006.
- ☐ E. R. Albertson, K. D. Neff, and K. E. Dill-Shackelford, "Self-compassion and body dissatisfaction in women: a randomized controlled trial of a brief meditation intervention," *Mindfulness*, 2014.
- ☐ C. L. Augustus-Horvath and T. L. Tylka, "The acceptance model of intuitive eating: a comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood," *Journal of Counseling Psychology*, vol. 58, no. 1, pp. 110-125, 2011.
- ☐ M. Marmot, "Social determinants of health inequalities," *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, pp. 1099-1104, 2005.
- ☐ D. Neumark-Sztainer, S. J. Paxton, P. J. Hannan, J. Haines, and M. Story, "Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males," *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, no. 2, pp. 244-251, 2006.
- ☐ P. van den Berg and D. Neumark-Sztainer, "Fat 'n' happy 5 years later: is it bad for overweight girls to like their bodies?" *The Journal of Adolescent Health*, vol. 41, no. 4, pp. 415-417, 2007.
- ☐ R. Puhl, J. L. Peterson, and J. Luedicke, "Fighting obesity or obese persons? Public perceptions of obesity-related health messages," *International Journal of Obesity*, vol. 37, no. 6, pp. 774-782, 2013.
- ☐ R. Puhl, J. Luedicke, and J. Lee Peterson, "Public reactions to obesity-related health campaigns: a randomized controlled trial," *The American Journal of Preventive Medicine*, vol. 45, no. 1, pp. 36-48, 2013.
- ☐ G. L. Mcvey, K. S. Walker, J. Beyers, H. L. Harrison, S. W. Simkins, and S. Russell-Mayhew, "Integrating weight bias awareness and mental health promotion into obesity prevention delivery: a public health pilot study," *Preventing Chronic Disease*, vol. 10, article E46, 2013.
- ☐ C. O. O'Reilly and J. Sixsmith, "From theory to policy: reducing harms associated with the weight-centered health paradigm," *Fat Studies*, vol. 1, no. 1, pp. 97-113, 2012.
- ☐ Public Health Agency of Canada, "Our health, our future - a national dialogue on healthy weights dialogue report; 2011," <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ohof-nsna/index-eng.php>.
- ☐ K. S. O'Brien, R. M. Puhl, J. D. Latner, A. S. Mir, and J. A. Hunter, "Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: a randomized trial," *Obesity*, vol. 18, no. 11, pp. 2138-2144, 2010.
- ☐ P. C. Diedrichs and F. K. Barlow, "How to lose weight bias fast! Evaluating a brief anti-weight bias intervention," *British Journal of Health Psychology*, vol. 16, no. 4, pp. 846-861, 2011.
- ☐ K. Neff, "Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself," *Self and Identity*, vol. 2, pp. 85-101, 2003.
- ☐ S. J. Schoenfeld and J. S. Webb, "Self-compassion and intuitive eating in college women: examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action," *Eating Behaviors*, vol. 14, no. 4, pp. 493-496, 2013.
- ☐ C. Ferreira, J. Pinto-Gouveia, and C. Duarte, "Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: implications for eating disorders," *Eating Behaviors*, vol. 14, no. 2, pp. 207-210, 2013.
- ☐ L. Wasylikiw, A. L. MacKinnon, and A. M. MacLellan, "Exploring the link between self-compassion and body image in university women," *Body Image*, vol. 9, no. 2, pp. 236-245, 2012.
- ☐ J. Breines, A. Toole, C. Tu, and S. Chen, "Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating," *Self and Identity*, vol. 13, no. 4, pp. 432-448, 2014.
- ☐ C. E. Adams and M. R. Leary, "Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters," *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 26, no. 10, pp. 1120-1144, 2007.