

Salud en Todas las Tallas: un nuevo, y necesario, enfoque de trabajo en salud

Health at Every Size: a new, and necessary, approach to work in health

Irene Schvartzman

Lic. en Nutrición (UNLP)

Especializada en Síndrome de Ovario Poliquístico (SAEGRE),

Vegetarianismo y Veganismo (UNLP). Miembro ASDAH.

nutricionista.ireneschv@gmail.com

Recibido: 26 de mayo de 2022

Aceptado: 27 de octubre de 2022

Resumen

En el ámbito de la salud, el paradigma tradicional se centra en la pérdida de peso para prevenir y tratar un sinnúmero de problemas relacionados con el cuerpo. Desde este enfoque, el peso corporal y la enfermedad están relacionados de forma lineal y, por ende, se considera que, a mayor peso corporal, mayor será el riesgo de enfermar. Sin embargo, a pesar de intentar abordar problemas de salud, el enfoque tradicional peso-centrista puede estar causando más daños que beneficios. Este artículo presenta las consecuencias del enfoque tradicional peso-centrista en salud y destaca la importancia de nuevos paradigmas de atención como el Health at Every Size (HAES®), Salud en Todas las Tallas. Este enfoque promueve la implementación de conductas beneficiosas para la salud independientemente del peso corporal y enfatiza la autoaceptación y el bienestar, en lugar de la pérdida de peso.

Palabras claves: salud; pesocentrismo; Salud en Todas las Tallas.

Abstract

In the field of health, the traditional paradigm focuses on weight loss to prevent and treat a myriad of problems related to the body. From this approach, body weight and disease are related in a linear way and, therefore, are considered that the higher the body weight, the greater the risk of getting sick. However, despite trying to improve health problems, the traditional weight-centric approach may be doing more harm than good. This article presents the consequences of the traditional weight-centric approach to health and highlights the importance of new care paradigms such as Health at Every Size (HAES®). This approach promotes the implementation of beneficial health behaviors regardless of body weight and emphasizes self-acceptance and well-being, rather than weight loss.

Key words: health; weight-centered; Health at Every Size (HAES®).

Introducción

En el ámbito de la salud, el paradigma tradicional se centra en la pérdida de peso para prevenir y tratar un sinnúmero de problemas relacionados con el cuerpo. Desde este enfoque, el peso corporal y la enfermedad están relacionados de forma lineal y, por ende, se considera que, a mayor peso corporal, mayor riesgo de enfermar. En los años '90, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo una serie de estudios para explorar la relación entre el peso corporal y la salud, utilizando como indicador el índice de masa corporal (IMC). La investigación principal se basó en comparar un grupo de individuos con sobrepeso y obesidad con un grupo de individuos de peso "normal". Encontraron que para determinadas patologías -como la hipertensión arterial, la resistencia a la insulina, algunos tipos de cáncer- el peso corporal elevado se presentaba como un denominador común (National Institutes of Health, 1985). Sin embargo, en ciencia una cosa es hablar de "causa" y otra de "asociación". Pongamos un ejemplo: se sabe a través de estudios epidemiológicos que las personas calvas tienen mayor incidencia de enfermedades cardíacas frente a quienes no son calvos. Esto no significa que la calvicie genera problemas cardíacos o que tener pelo previene las enfermedades del corazón. De hecho, si profundizamos en la investigación, vemos que los niveles altos de testosterona predisponen tanto la calvicie como las enfermedades cardiovasculares. Queda claro entonces que el exceso de testosterona es una causa establecida y la calvicie una asociación (Lotufo, 2000).

Al día de hoy se desconoce exactamente cómo opera la grasa del cuerpo en el desarrollo de las patologías mencionadas antes. De lo que tenemos evidencia suficiente es de que la resistencia a la insulina puede generar aumento de peso corporal, que la falta de nutrientes específicos genera desnutrición aguda, que el sedentarismo predispone al desarrollo de enfermedades metabólicas, que el estrés es la principal causa de hipertensión arterial y que el tabaquismo es un factor de riesgo para las enfermedades pulmonares, entre muchas otras (Senado Dumoy, 1999). Frente a este panorama, la

gran paradoja resulta ser que, a pesar de intentar mejorar problemas de salud, el enfoque tradicional peso-centrista podría estar causando más daños que beneficios.

Consecuencias para la salud

Algunas consecuencias del modelo tradicional pesocentrista se vinculan con una amplia gama de intervenciones cada vez más nocivas sobre la alimentación y el cuerpo: desde algunas no tan invasivas como dietas hipocalóricas, ayunos restrictivos, tratamientos estéticos, ejercicios de actividad física muy exigentes, hasta otras mucho más riesgosas como los medicamentos "adelgazantes", suplementos hepatotóxicos e intervenciones quirúrgicas. Los riesgos de estas intervenciones han sido asociados con problemas de salud como desnutrición, disfunción endocrina, amenorrea, afecciones hepáticas, renales y pancreáticas, deshidratación, y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (O'Reilly, 2012). Si las personas tienen que hacer cosas en su vida cotidiana para alcanzar un peso particular que sería más saludable y las cosas que tienen que hacer -como las mencionadas anteriormente- no son compatibles con el autocuidado; entonces, ese no es un peso "saludable". Las personas tienen una gran variedad de pesos, tamaños y composiciones corporales distintas; considerar patológico cualquier IMC en particular es un acto político más que científico.

Otra consecuencia de este modelo es la estigmatización de las personas gordas. Cada cultura tiene sus propios estándares de belleza que cambian a lo largo del tiempo. Sucede que, en relación al peso corporal, desde pequeños nos enseñan a desear y buscar la delgadez. El respaldo médico de "pesos normales" da credibilidad a estos mensajes culturales que premian la delgadez en las mujeres y la muscularidad en los hombres (Tylka, 2014). El énfasis en conseguir un peso "sano" supone que existe un peso "saludable" o "normal" que deberíamos alcanzar, estigmatizando así a las personas que no lo poseen. Deb Burgard (2009) especialista en trastornos alimentarios y activista, y una de las

fundadoras del modelo Salud en Todas las Tallas menciona: "A diferencia de otros problemas de salud como el cáncer o las epidemias de gripe, se culpa a las personas gordas de sus problemas de salud. Este estigma se manifiesta como estereotipos, rechazo, prejuicio y discriminación hacia personas de cuerpos grandes" (Burgard en Rothblum and Solovay, 2009: 42). Por ejemplo, bromas repetidas relacionadas con el peso, bullying, acoso, violencia, hostilidad, presión para perder peso, comentarios negativos con respecto a la apariencia y micro agresiones relacionadas con el peso. Como profesionales, sugerirle una dieta a un paciente cuando consulta por una preocupación no relacionada con el peso sería una micro agresión.

En línea con lo anterior, otra importante consecuencia se relaciona con la negligencia profesional en la atención de la salud de las personas gordas: hacer dieta se ha asociado con el inicio y mantenimiento de los trastornos alimentarios, entonces alentar a los pacientes con cuerpos grandes a hacer dieta probablemente sea dañino física y psicológicamente (American Psychological Association, 2010). El desconocimiento de muchos profesionales de la salud acerca de las necesidades médicas de las personas con cuerpos grandes, tales como procedimientos quirúrgicos apropiados o dosis adecuadas de medicamentos y quimioterapia, también es una forma de negligencia. (R.M. Puhl, 2006).

El peso sano

Una de las frases más frecuentemente escuchadas es "para tener salud debemos mantener un peso sano". En primer lugar, podríamos preguntarnos qué factores intervienen en nuestra salud y cuánto influye el peso corporal en nuestro bienestar. Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes de la salud están definidos por nuestros hábitos (36%), nuestra genética y biología (22%), el acceso a la salud (11%) y el ambiente donde crecemos (7%) (Goins, 2017). El Estudio Argentino de Nutrición y Salud (EANS) realizado en 1266 personas entre 2014 y 2015 encontró que la po-

blación con menor nivel socioeconómico consumía significativamente menos frutas, verduras y lácteos que la población de nivel medio y alto; y, por el contrario, consumía un mayor volumen de refrescos y jugos industriales, infusiones con azúcar agregada, pan y bollería. Es claro entonces que el nivel socioeconómico influye sobre el estado nutricional de las personas (Kovalskys et al., 2020). Por otro lado, considero que la restricción de calorías para bajar de peso está aceptada y naturalizada debido a la falsa idea de que podemos regular o manipular la forma de nuestro cuerpo voluntariamente. Esto nos lleva a otra pregunta: ¿podemos, realmente, decidir el tamaño y la forma corporal a gusto? ¿Todo lo que se necesita es tener fuerza de voluntad?

Nuestro cuerpo está programado biológicamente para mantener un peso estable, esto se conoce como setpoint corporal y es simplemente otra forma más de homeostasis, así como la regulación de los niveles de oxígeno, los niveles de dióxido de carbono, el volumen sanguíneo y el azúcar en la sangre (Bacon, 2008). El setpoint corporal es un rango de peso en el que nuestro cuerpo funciona de manera óptima y se mantiene sin esfuerzo. No es un punto fijo o estático, de hecho, puede fluctuar entre más o menos 4-9kg. Sin embargo, el setpoint puede manipularse y reconfigurarse. El cuerpo humano, como mencionamos antes, busca establecerse en un rango determinado, entonces, cuando el peso corporal se aleja de este rango, el hipotálamo tiene la capacidad de recuperar el setpoint a través del metabolismo energético, del apetito y del movimiento físico; estimulándolos o inhibiéndolos.

En 1995 la Sociedad Médica de Massachusetts realizó un estudio con dieciocho personas clasificadas como "obesas" y veintitrés personas clasificadas como "normopeso" que habían mantenido su peso corporal durante al menos seis meses (indicación de que estaban dentro de su rango de setpoint). Los voluntarios acordaron vivir en una sala de hospital especial donde su ingesta de alimentos y niveles de actividad eran cuidadosamente controlados. Primero tenían que subir de peso hasta un 10% más que su peso original. Luego tuvieron que bajar de peso hasta un 10% menos de lo que pesaban originalmente. Sin importar con qué peso

corporal iniciaron el estudio, los resultados fueron contundentes: cuando comieron tanto que ganaron un 10% adicional de su peso corporal, su metabolismo se aceleró en un 15%, señal de que sus cuerpos estaban intentando bajar de peso. Y cuando comieron tan poco que su peso cayó a un 10% por debajo de su setpoint, su metabolismo se desaceleró en un 15% (Leibel, 1995).

Es importante destacar que intentar cambiar el tamaño del cuerpo a través de la comida puede convertirse en la raíz de muchos problemas. ¿Por qué, entonces, la comunidad científica sigue promoviendo un paradigma de salud que dificulta la relación de las personas con su alimentación y con su cuerpo? Por un lado, entiendo que todo descubrimiento en materia de salud pública, por significativo que sea, primero debe competir con las tradiciones, las suposiciones y los incentivos financieros de la sociedad. Como afirma Michael Hobbes en su artículo "Todo lo que sabes sobre la obesidad es incorrecto" dentro de unos años recordaremos con horror las formas contraproducentes en que abordamos la "epidemia de la obesidad" y las formas en que tratamos a las personas gordas (Hobbes, 2018). Por otro lado, los profesionales de la salud, al igual que el resto de las personas, habitamos el mismo entorno social y cultural marcado por la obsesión con la delgadez, por ende, somos presionados a responder a la demanda de los cuerpos delgados. Además, reconocer que no tenemos la fórmula para garantizar un descenso de peso sostenido en el tiempo, sin daños o consecuencias en la salud biológica o psicológica, es considerada una forma de "fracaso" profesional.

Salud en Todas las Tallas

En respuesta a los efectos adversos del enfoque tradicional peso-centrista en salud surge el paradigma Health at Every Size (HAES®) o, en español, Salud en Todas las Tallas, registrado y definido por la Asociación para la Diversidad de Tallas y Salud (ASDAH). Este enfoque promueve la implementación de conductas beneficiosas para la salud independientemente del peso corporal y enfatiza la au-

toaceptación y el bienestar, en lugar de la pérdida de peso (Bacon y Aphramor, 2011). Bajo este paradigma, y a diferencia del enfoque tradicional, las intervenciones sobre la alimentación y el cuerpo se basan en los principios de la alimentación intuitiva, que consiste en comer en respuesta a las señales de hambre y saciedad para mejorar la relación entre la comida, la mente y el cuerpo (Tribole, Resch, 2012).

Este estilo de alimentación fue desarrollado inicialmente por Evelyn Tribole y Elyse Resch en 1995, dos nutricionistas que descubrieron que ya no podían continuar trabajando bajo un enfoque peso-centrista. En su libro "Alimentación Intuitiva" (1995), las autoras cuentan las razones. En principio, trabajaban con planes de alimentación basados en el "sistema de intercambio" utilizado para la planificación de comidas y el control del peso en diabetes. A los pacientes que recibían este plan les aclaraban que esto no era una dieta, si realmente querían una galletita, podrían comer una ("no cinco"). Pero también reforzaban la idea de que seguir meticulosamente sus planes personalizados les ayudaría a alcanzar sus metas. Cada semana realizaban un registro de peso corporal y, finalmente, se cumplieron sus objetivos de descenso de peso. Sin embargo, un tiempo después, algunas de estas mismas personas volvieron al espacio de consulta porque su peso corporal anterior había vuelto. Ya no podían seguir el plan y decían necesitar a alguien para monitorearlas, sintiéndose con falta de autocontrol y voluntad, culpables y desmoralizadas.

Las nutricionistas Tribole y Resch (1995) comenzaron a preguntarse si era ético continuar enseñando cosas que parecían lógicas y nutritivas, pero que desencadenaban semejantes respuestas emocionales. Entonces, iniciaron una investigación y encontraron una parte de la literatura que sugiere un cambio de 180° en la alimentación. Esta literatura planteaba una forma de comer que permitía todas y cada una de las elecciones de alimentos. Es entonces cuando empiezan a escribir el libro sobre Alimentación Intuitiva, proponiendo un enfoque donde las elecciones alimentarias sean libres de condiciones y reglas, pero la percepción de las necesidades del cuerpo sea tenida en cuenta.

En 2006, la Dra. Tracy Tylka, psicóloga especializada

en imagen corporal y conducta alimentaria de la Universidad Estatal de Ohio, publicó un estudio realizado en casi mil trescientas mujeres universitarias, utilizando las cuatro características clave de la alimentación intuitiva y, a través de una escala con puntaje, logró identificar quiénes comían intuitivamente. Estas características son:

1) Permiso incondicional para comer cuando se tiene hambre y cualquier alimento que se desee: las personas que responden incondicionalmente a los sentimientos de hambre y los antojos no tienden a clasificar los alimentos en categorías de "bueno" o "malo" y, en cambio, emocionalmente perciben cada alimento de manera neutral;

2) Comer por razones físicas en lugar de emocionales: se trata de comer para satisfacer el hambre física en lugar de comer para hacer frente a la angustia emocional;

3) La confianza del comedor intuitivo en las señales internas de hambre y saciedad para determinar cuándo y cuánto comer: simplemente percibir señales de hambre y saciedad no es suficiente para comer intuitivamente; es importante desarrollar un sentido de confianza en estas señales;

4) Congruencia entre la elección del cuerpo y los alimentos: consiste en utilizar una nutrición gentil y amable para guiar la elección de alimentos que satisfagan las necesidades tanto físicas como sensoriales. Es importante ser conscientes de cómo responde el cuerpo a ciertos alimentos, pero también considerar el sabor como un componente central de la elección de alimentos.

Las mujeres con puntajes altos en la escala de alimentación intuitiva fueron identificadas como comedoras intuitivas. En comparación con las mujeres que obtuvieron una puntuación baja en esta escala, se descubrió que las comedoras intuitivas tenían una mayor satisfacción corporal, lo que indica que es menos probable que basen su autoestima en ser delgadas. Las puntuaciones altas de la escala de alimentación intuitiva también se asociaron positivamente con la autoestima, la satisfacción y el optimismo. Las comedoras intuitivas también tenían una mejor conciencia corporal, llamada conciencia interoceptiva, un proceso en el que el cerebro percibe sensaciones físicas que se originan dentro del cuerpo, como latidos cardíacos rápidos, respiración pesada, hambre y saciedad. La concien-

cia interoceptiva también incluye las sensaciones físicas provocadas por las emociones. Cada emoción tiene una sensación física; por ejemplo, cuando se siente miedo, podemos percibir un latido cardíaco acelerado y fuerte, o tal vez una opresión en el pecho. Esta conexión físico-emocional es accesible para todas las personas y permite interpretar las emociones, pero primero se deben identificar las sensaciones físicas.

A partir de esta investigación, Tylka (2006) también afirmó que las personas que comen intuitivamente -en comparación con las personas que realizan dietas- tienen menos probabilidades de tener conductas alimentarias perjudiciales, como comer en ausencia de hambre o comer en respuesta a fluctuaciones emocionales. En relación al peso corporal, las mujeres con puntajes de alimentación intuitiva más altos se relacionaron negativamente con el IMC, lo que sugiere que escuchar las señales corporales para determinar qué, cuándo y cuánto comer se asocia con un índice de masa corporal más bajo (Avalos y Tylka 2006).

Existen diferentes estudios científicos que encuentran beneficios en la alimentación intuitiva. Un reciente metaanálisis de veinticuatro estudios publicados entre 2006 y 2015 descubrió que la alimentación intuitiva se asociaba con los siguientes beneficios: mejor conciencia y satisfacción corporal, funcionamiento emocional positivo, mayor satisfacción vital, amor propio incondicional y optimismo, resistencia psicológica, mayor motivación para el ejercicio (Ricciardeli, 2016). Otro estudio en atletas retirados indicó que la alimentación intuitiva podría contribuir a reducir las conductas alimentarias problemáticas y ayudar a los deportistas a reaprender a confiar en las señales de hambre y saciedad una vez abandonada la actividad deportiva (Plateau et al, 2016).

Otro estudio realizado por Lindo Bacon en 2002 con enfoque HAES basado en la alimentación intuitiva fue evaluado contra un programa de pérdida de peso basado en dieta con una muestra de mujeres de 30 a 45 años clasificadas con sobrepeso y obesidad. Lxs 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 ha-

llazgos arrojaron resultados más positivos para el programa con enfoque HAES a lo largo del seguimiento a uno y dos años. Específicamente, el grupo HAES disminuyó el colesterol total, el colesterol LDL, los triglicéridos y la tensión arterial sistólica a los dos años de seguimiento y mostró una mejoría sostenida del año a los dos años de seguimiento. Mientras que el grupo de dieta perdió peso y mostró una mejoría inicial en muchas variables al año de seguimiento, a los dos años de seguimiento había recuperado peso y no sostuvo la mejoría. 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. En relación a la adherencia al tratamiento, el abandono fue más alto en el grupo de dieta (41%) comparado con el grupo HAES (8%) (Bacon, 2002).

Algunxs profesionales del ámbito de la salud han expresado su preocupación de que no centrarse en el peso resultaría en peores consecuencias para la salud. Algunas críticas giran alrededor de uno de los componentes clave de la alimentación intuitiva: el permiso incondicional para comer cuando se tiene hambre. Afirman que, si a las personas se les “permitiera” comer lo que quisieran, las consecuencias serían dietas poco saludables y aumento de peso. Para abordar esta afirmación, Smith y Hawks (2006) diseñaron un estudio en el que participaron casi 350 estudiantes universitarios masculinos y femeninos y evaluaron las elecciones alimentarias realizadas por comedors intuitivxs. Contrariamente a las expectativas de los críticos, lxs estudiantes con puntajes altos en la escala de alimentación intuitiva llevaban una dieta más diversa y tenían un índice de masa corporal más bajo. Además, no hubo asociación entre la alimentación intuitiva y la cantidad de “comida chatarra” consumida en la dieta e informaron que disfrutaban más al comer. Además, más hombres que mujeres fueron calificados como comedores intuitivos (173 y 124 estudiantes, respectivamente).

Por último, resulta relevante destacar la importancia de las conductas saludables para todas las

personas. En este sentido, en un estudio de 11.761 hombres y mujeres de Estados Unidos evaluados durante 170 meses se observaron beneficios en la salud en aquellas personas que implementaron comportamientos como comer 5 o más frutas y verduras al día, hacer ejercicio con regularidad, consumir alcohol con moderación y no fumar, independientemente de lo que sucediera con su peso. De hecho, el grupo que vio mayores beneficios fueron los considerados “obesos”. Si bien es posible que su peso no haya cambiado, su estado de salud mejoró (Matheson et al, 2012). Todas estas investigaciones sugieren buena evidencia para promover otros enfoques en el campo de la salud que se contrapongan al pesocentrismo dominante y combatan el estigma por peso.

Algunas palabras finales

Considero que uno de los beneficios del enfoque de trabajo no peso-centrista del modelo HAES se debe a que entiende la salud de manera integral sin enfocarse en la pérdida de peso; respetando y apreciando la amplia diversidad de formas, tamaños y rasgos corporales, en lugar de perseguir un peso, forma corporal o característica física idealizada. Este enfoque comprende que es necesario amigarse con el placer de comer, utilizando las señales internas de hambre y saciedad y registrando las necesidades nutricionales individuales; en lugar de seguir planes de alimentación o dietas. En relación con la actividad física, el modelo HAES busca que el movimiento reporte placer en lugar de seguir una rutina específica para bajar de peso. Reconoce que el aumento de masa muscular es biológicamente importante para la salud de nuestro cuerpo, pero para cumplir este objetivo no sería necesario someterse a sufrimientos o rutinas agobiantes. Por último, busca terminar con el sesgo de peso al reclamar que la forma, el tamaño o el peso del cuerpo no son evidencia de ninguna forma particular de comer, de moverse, de personalidad, de problemas físicos o psicológicos que pudiera tener una persona.

A lo largo de este artículo intenté mostrar la im-

portancia de problematizar el enfoque tradicional en salud nutricional para brindar una mejor atención. En este sentido, considero que la pérdida de peso a través de las dietas no sólo no es sostenible a lo largo del tiempo para la gran mayoría de las personas, sino que además se vincula con consecuencias dañinas a nivel físico, social y emocional. Por ende, no es ético continuar prescribiendo la pérdida de peso como la única ni la mejor estrategia para mejorar la salud, más aun sabiendo que los desenlaces asociados (recuperación del peso, ciclos de pérdida y aumento de peso) se vinculan con mayor estigmatización, peor salud y bienestar. Lxs profesionales de la salud no podemos ignorar que los datos sobre el empeoramiento de la salud de las personas a partir de un trabajo centrado en el peso corporal existen y sugieren la necesidad de un enfoque distinto, para promover la salud física y el bienestar en nustrxs pacientes.

Bibliografía

American Psychological Association (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Recuperado de: <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>

Avalos, L., and Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, Vol: 53. 486–497.

Bacon, L. (2008). *Health At Every Size*, Benbella Books.

Bacon L. and Aphramor L. (2011). Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal*, Vol: 10.

Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D. & Keim, N. L. (2005). Size Acceptance and Intuitive Eating Improve Health for Obese, Female Chronic Dieters. *Journal of the American Dietetic Association*. Vol: 105. 929-936

Bacon, L., Keim, N. L., Van Loan, M. D., Derricote, M., Gale, B., Kazaks, A., & Stern, J. S. (2002). Evaluating a 'non-diet' wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 26(6), 854–865.

Edwin, C. and Juhan, S. (2017). Determinants of Health, Goinvo. Recuperado de: <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/#references>

Hobbes M. (2018). Everything You Know About Obesity Is Wrong. Huffpost. Recuperado de: <https://highline.huffingtonpost.com/articles/en/everything-you-know-about-obesity-is-wrong/>

Kovalskys I, Cavagnari BM, Zonis L, Favieri A, Guajardo V, Gerardi A, Fisberg M (2020). La pobreza como determinante de la calidad alimentaria en Argentina. *Resultados del Estudio Argentino de Nutrición y Salud (EANS)*. Vol:1. 114-122. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000100016

Leibel, R. L., Rosenbaum, M., Hirsch, J. (1995). Changes in Energy Expenditure Resulting from Altered Body Weight, *New England Journal of Medicine*. Vol: 332. 621-28.

Lotufo, P. A., Chae, C. U., Ajani, U. A., Hennekens, C. H., & Manson, J. E. (2000). Male pattern baldness and coronary heart disease: the Physicians' Health Study. *Archives of internal medicine*. Vol: 2. 165–171.

Matheson, EM., King, DE., Everett, CJ. (2012). Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. *Journal of the American Board of Family Medicine*. Vol: 25. 9-15.

Moreno, MG. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124–128.

National Institutes of Health Consensus Statement (1985). *Health Implications of Obesity*; 5(9):1-7.

O'Reilly, C. & Sixsmith, J. (2012). From Theory to Policy: Reducing Harms Associated with the Weight-Centered Health Paradigm, *Fat Studies*, 1:1, 97-113.

Plateau, C.R., Petrie, T.A., & Papatomas, A (2017). Learning to eat again: intuitive eating practices among retired female collegiate athletes. *Eating Disorders* 25 (1): 92-98.

Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults, *Obesity*, Vol:13. 1802-1815.

Ricciardelli, B.L. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite* 96:454-472.

Rothblum, E. and Solovay, S. (2009). *The Fat Studies Reader*, New York University Press.

Senado Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud - enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 453-460.

Smith, T. and Hawks, S. (2006). Intuitive Eating, Diet Composition, and the Meaning of Food in Healthy Weight Promotion. *American Journal of Health Education*. Vol: 37. 130–134.

Tribole, E. and Resch, E. (2012). *Intuitive Eating: A Revolutionary Program That Works*. 3rd Edition, New York: St. Martin's Griffin.

Tylka, T.L., Annunziato, R.A., Burgard, D. (2014). The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss, *Journal of Obesity*. Vol: 2014. 06-08. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>.

Tylka, TL. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*; vol: 2, 226-240.