

Dirección Nacional de
Abordaje Integral de
Enfermedades No
Transmisibles

Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas: Versión breve para el equipo de salud



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

Autoridades

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Nicolas Ivan Haeberer



Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas:

Versión breve para el equipo de salud

Contenido

Abreviaturas y definiciones	4
Acerca de esta guía	5
a. La obesidad como problema de salud	6
b. Sesgo, estigma y discriminación por el peso	10
c. Evaluación integral	15
d. Intervención multicomponente	24
- Alimentación saludable	27
- Actividad física	34
- Estrategias comportamentales	42
- Sueño	47
Bibliografía	49

Agradecimientos

Se agradece a todas las personas que participaron del panel interdisciplinario de la Guía de Práctica Clínica Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad en Personas adultas por su valiosa colaboración y a las personas voluntarias que participaron en el armado de un banco de imágenes de diversidad corporal y que decidieron compartir sus percepciones y experiencias individuales.

Abreviaturas

ACV: accidente cerebro vascular

AF: actividad física

CC: circunferencia de cintura

cm: centímetros

CT: colesterol total

CV: cardiovascular

Diabetes: diabetes mellitus.

ECVM: eventos cardiovasculares mayores

g: gramos

GPC: Guía de Práctica Clínica

HDL: lipoproteína de alta densidad

HTA: hipertensión arterial

IMC: índice de masa corporal

INADI: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo

kcal: kilocalorías

kg: kilogramos

LDL: lipoproteínas de baja densidad

METS: gasto de energía de una persona en reposo (sentada), expresado en ml de oxígeno por kg de peso y por minuto (1 MET = 3,5 mlO₂/kg/minuto)

MSN: Ministerio de Salud de la Nación

OMS: Organización Mundial de la Salud

PA: presión arterial

TCA: trastornos de la conducta alimentaria

TG: triglicéridos

Definiciones

Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que resulta en gasto energético. Abarca el ejercicio (planeado, estructurado y repetido) y también las actividades que entrañan el movimiento corporal, que se realizan como parte de los momentos de juego, trabajo, formas de transporte activas, tareas domésticas y actividades recreativas. El deporte, junto a elementos lúdicos, introduce reglas de juego con límite espacio-temporal.

Adherencia: grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con el equipo de salud.

Comorbilidad: enfermedad o condición asociada que puede modificar el tratamiento y/o influir en el pronóstico de una persona.

Ejercicio: es la actividad física planeada, estructurada y repetida que se realiza para mejorar o mantener uno o más aspectos de la aptitud física.

Entrevista motivacional: método de asesoramiento dirigido y centrado en la persona, que se utiliza para incrementar la motivación y facilitar el cambio.

Enfermedad Renal Crónica: afectación de la función renal de larga duración (más de 3 meses) evidenciado por daño renal y/o caída de la filtración glomerular. Es generalmente asintomática y requiere de una pesquisa específica basada en niveles de creatinina plasmática e indicadores urinarios.



Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT): Enfermedad no infecciosa de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Con este término se hace referencia principalmente a las enfermedades vasculares (cardíacas, cerebrales, periféricas), la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica. Comparten como factores de riesgo la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el uso nocivo de alcohol y la exposición al tabaco.

Índice de Masa Corporal (IMC): medida antropométrica que permite a través de una fórmula matemática establecer el grado de corpulencia de una persona. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros elevada al cuadrado. $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$.

Obesidad: problema de salud metabólico, crónico, heterogéneo y estigmatizado, caracterizado por un aumento de la grasa corporal cuya distribución y magnitud condicionan la salud del individuo. Se cuantifica objetivamente a partir del IMC igual o mayor a 30 kg/m².

Sobrepeso: aumento de la grasa corporal que se cuantifica objetivamente con un IMC entre 25 y 29,9 kg/m².

Acerca de esta guía

El presente documento constituye la versión breve de la Guía de Práctica Clínica (GPC) Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas, 2023 y forma parte del conjunto de acciones que el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) lleva adelante para mejorar la calidad de atención de personas con enfermedades no transmisibles (ECNT). Es de acceso y uso libre, citando adecuadamente, y está disponible en la página web [www.https://www.argentina.gob.ar/salud](https://www.argentina.gob.ar/salud)

Modo de citar el presente documento

Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas, 2023. Versión breve, Argentina

Propósito

Diseminar e implementar la Guía de práctica Clínica (GPC) Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas (2023), incorporando herramientas prácticas que faciliten la aplicación de las recomendaciones.

Contenidos

- Información sobre obesidad como problema de salud. Descripción de los principales aspectos involucrados en su desarrollo.
- 15 recomendaciones organizadas en secciones:
 1. Sesgo, estigma y discriminación por el peso.
 2. Evaluación integral.
 3. Intervenciones multicomponente, en donde se abordan las temáticas: alimentación saludable, actividad física, estrategias comportamentales y sueño.
- Textos explicativos, cuadros, cuestionarios, algoritmos y otras herramientas prácticas.
- Expresiones de personas con obesidad recabadas por el equipo elaborador durante el proceso de desarrollo de la GPC nacional.
- Análisis de prevalencias de distintos componentes de la calidad de vida, de hipertensión arterial (HTA), glucemia alterada/diabetes y colesterol total (CT) elevado según el índice de masa corporal (IMC).
- Tarjetas para facilitar la conversación entre las personas que consultan en un centro de atención y el equipo de salud.

La obesidad como problema de salud

La obesidad es un problema de salud crónico, metabólico, prevenible, heterogéneo, estigmatizado, de origen multifactorial y que requiere un tratamiento de largo plazo. Se caracteriza por el aumento de la grasa corporal, cuya distribución y magnitud pueden condicionar la salud de la persona, debido a disturbios metabólicos, estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, disfunción inmune e inflamación crónica de bajo grado, entre otras alteraciones que genera. Influyen en su desarrollo y persistencia factores genéticos, epigenéticos, comportamentales, psicológicos y metabólicos, la microbiota intestinal, comorbilidades, ciertos medicamentos y factores medioambientales. A su vez, la obesidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otros problemas de salud [1-3].

”Comprar ropa es una tortura, ir a comer afuera y que te miren mal por lo que pedís, viajar en colectivo y no entrar completa en los asientos de a dos, querer ir a lugares y no saber si te van a dejar pasar”.
 Persona de género femenino de 37 años, CABA, profesora de canto.

Factores ambientales

El entorno en donde las personas se desenvuelven desde la vida prenatal es uno de los aspectos que condiciona el desarrollo de la obesidad.

En primer lugar, se destaca el contexto socioeconómico y cultural. Dentro de este contexto son determinantes:

1. La amplia disponibilidad de alimentos de baja calidad nutricional y la baja accesibilidad a una alimentación saludable. La cultura de la comida rápida se caracteriza por alimentos y bebidas con alto contenido calórico, de azúcar, sal y grasas, con bajo poder nutricional, alta palatabilidad (agradables al paladar) y bajo poder saciígeno (no limitan rápidamente las ganas de seguir comiendo), los cuales muchas veces son servidos en porciones grandes. Esta cultura predispone a una alimentación inadecuada.
2. El avance de la tecnología y la urbanización, que implica el aumento del transporte motorizado, el uso de la tecnología para realizar tareas cotidianas que se hacían manualmente, la obtención de alimentos a través de un servicio de repartición y mayor tiempo destinado a las pantallas (TV, celulares, computadoras, videojuegos). Estos factores generan la reducción de la actividad física en la vida cotidiana y el aumento de las horas de sedentarismo.
3. Las publicidades, como fuente condicionante de nuestras elecciones [4,5].

A su vez, en un nivel micro, los grupos sociales más cercanos (familia, cuidadores, amigos, entre otros) funcionan como modelos de conducta, contribuyendo a establecer normas y a adquirir hábitos (cuándo, cuánto, qué, cómo y para qué comer, rutinas de movimiento y de sueño, estrategias de afrontamiento de emociones y estrés). Estos comportamientos se adquieren en general desde la infancia y se moldean a lo largo de la vida, a través de tradiciones culturales, religiosas y simbolismos sociales y/o afectivos [6,7].

”Toda la vida me costó vestirme, gustarme y quererme. Siempre el problema fue y es mi cuerpo, sin importar cuán saludable haya estado. Actualmente tengo depresión, y si bien no consideran necesaria la medicación, el argumento principal fue que podría hacerme engordar más así que mejor evitarla.”
 Persona de género femenino de 26 años de San Fernando del Valle de Catamarca, estudiante de comunicación social.

Factores comportamentales, psicológicos y metabólicos

Dentro de este grupo se incluyen los hábitos de las personas, como su alimentación, la actividad física que realiza, la calidad y cantidad de sueño y la forma en que afrontan el estrés, entre otros aspectos. Estos factores, si bien son individuales, están determinados por el entorno donde las personas se desenvuelven.



La regulación de la ingesta y el gasto calórico

La ingesta y el gasto de energía deben equilibrarse para mantener una homeostasis energética adecuada. La homeostasis energética, el estado estable de las condiciones para el funcionamiento óptimo de un organismo, está regulada por el sistema nervioso central (el hipotálamo es el centro principal para la regulación del equilibrio energético).

La ingesta de energía depende de los alimentos y bebidas que se consumen [8]. La regulación está sesgada a favor del consumo excesivo de calorías para mitigar el riesgo de inanición, una estrategia evolutiva necesaria en el pasado cuando los suministros de alimentos eran escasos o impredecibles y puede ser alterada por los sistemas cerebrales no homeostáticos [9]. Este factor, combinado con la amplia disponibilidad de alimentos palatables, con excesivas cantidades de calorías, azúcares, grasas y/o sal, como son los alimentos ultraprocesados, puede explicar en parte el aumento de la prevalencia de obesidad en el tiempo [10].

De este modo, el comportamiento alimentario se ve regulado principalmente por dos sistemas:

- El homeostático, que involucra la ingesta basada en déficits de energía o nutrientes. Influyen en este proceso el hambre, la saciación y la saciedad. El hambre se puede definir como el impulso de consumir; la saciación como el proceso que pone fin a un episodio de alimentación (inhibición intracomida); y la saciedad como el proceso que inhibe el comer en el período posprandial (inhibición entre comidas)[11].
- El sistema no homeostático involucra la alimentación impulsada por factores ambientales, de recompensa, emocionales y cognitivos, incluso cuando no existe una necesidad calórica o metabólica. Entre los factores no homeostáticos se incluyen el aprendizaje, la memoria y los procesos cognitivos que pueden afectar la alimentación con base en experiencias aprendidas previas y aspectos hedónicos, es decir, vinculados al placer [12]. Influyen en este tipo de ingesta la búsqueda de recompensa, el estrés y el entorno social, entre otros aspectos[13-15].

“La gordura nunca entró en la categoría de “buena presencia” así que fue un limitante enorme para la obtención de trabajo”. Persona de género femenino de 28 años de Lanus, modelo y administrativa.

El gasto energético diario total está determinado por el gasto metabólico basal o en reposo (TMB), la termogénesis adaptativa y la energía gastada como resultado de la actividad física.

- El gasto metabólico basal es la cantidad mínima de energía que el cuerpo requiere para la función orgánica y celular esencial cuando se encuentra en un estado de reposo fisiológico y mental y representa típicamente el 55-75% del gasto total de energía [16]. Hay situaciones en las que este gasto se encuentra disminuido, como en las personas con hipotiroidismo no medicado, lo que puede predisponer al desarrollo de obesidad [17].
- La termogénesis adaptativa incluye a la termogénesis inducida por la dieta, que es la energía necesaria para digerir, absorber y metabolizar los alimentos, y a la termogénesis inducida por frío, que es la energía necesaria para la generación de calor en respuesta a la exposición al frío. Ambas comprenden alrededor del 10 al 15% del gasto energético total.
- El componente final y más variable del gasto energético total se debe a la termogénesis de la actividad física y comprende del 10% al 20% del gasto energético [18,19].

La implicancia de la genética

Aunque los cambios en el entorno sin duda han impulsado el rápido incremento de la prevalencia de obesidad, este aumento es el resultado de una interacción entre factores ambientales y biológicos. Fundamentalmente, existe un fuerte componente genético subyacente a la gran variación interindividual en el peso corporal, el cual determina la respuesta de las personas a este entorno. Estudios de gemelos, familiares y de adopción, han estimado que la heredabilidad de la obesidad está entre el 40% y el 70% [20,21].

Existen dos categorías genéticas relacionadas con la obesidad: la obesidad monogénica, poco frecuente, de inicio temprano, que generalmente implica mayor gravedad y se vincula con alteraciones cromosómicas o genéticas (por ejemplo, enfermedad de Prader Willi) y la obesidad poligénica, que es la más frecuente, y es el resultado de cientos de polimorfismos, cada uno de los cuales tiene un efecto pequeño [22,23].

“No importa cuán cómoda me sienta yo en mi cuerpo y que cosas me permita hacer.. siempre hay alguien recalando que tengo que bajar de peso “por mi bien”. Si supieran que durante años, más de una década ocupó el 90% de mi mente y decisiones”. Persona de género femenino de 28 años de la Provincia de Córdoba, estudiante de la facultad de Ciencias Económicas, consultora de una ONG. Amante del ejercicio y de la práctica de artes marciales.

La epigenética

La epigenética es una subdisciplina de la genética que estudia los cambios hereditarios en la expresión génica en ausencia de cambios en la secuencia de nucleótidos de los genes. En otras palabras, el proceso de alterar la actividad de los genes sin modificar la secuencia de nucleótidos se define como epigenética. Los cambios epigenéticos a menudo son reversibles porque los genes pueden activarse o desactivarse mediante “interruptores” a través de la intervención ambiental. De esta manera, si un individuo estuviera predispuesto genéticamente a desarrollar obesidad, podría evitar o atenuar dicho desarrollo con una influencia positiva del entorno o podría contribuir a desencadenarlo con una influencia negativa [24–26]. Dentro de estos factores ambientales se identifican los estilos de vida (como dietas inadecuadas, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, déficit de sueño) y otros disruptores (como pesticidas, solventes, químicos, metales pesados, organofosforados y bisfenol A) [27,28].

“Cada vez que salgo de mi casa me siento incómoda, no importa dónde vaya”. Persona de género femenino, de 30 años, Martínez

La microbiota intestinal

La microbiota intestinal humana es un ecosistema complejo que reside dentro del intestino y se estima que está compuesto por aproximadamente 10^{14} células bacterianas de 400 a 500 especies bacterianas diferentes por gramo de contenido colónico.

La composición de la microbiota intestinal puede afectar la capacidad del cuerpo humano para adquirir nutrientes y regular el uso de energía. Como tal, podría desempeñar un papel importante en la aparición y el desarrollo de la obesidad y enfermedades relacionadas. Además, la microbiota intestinal podría favorecer un desequilibrio homeostático dentro del huésped que conduciría al aumento de la adiposidad, la respuesta inflamatoria, el estrés oxidativo y la disfunción metabólica [29].

Al mismo tiempo, los factores dietéticos, tanto su cantidad como su calidad, se encontrarían entre los moduladores más potentes de la composición y función de la microbiota [30].

Otros factores individuales

Algunas personas desarrollan obesidad por presencia de otras enfermedades, síndromes o lesiones, o bien por el consumo de algunos fármacos. Esto se denomina obesidad secundaria [31]. Las patologías y fármacos implicados se encuentran en el apartado “evaluación integral”.



“Hacerse ciertos estudios como una tomografía o que te tomen la presión es casi una misión imposible. Nunca tienen el manguito para brazo gordo y terminan diciendo bah seguro tenés presión alta. Mi presión es 80-120 siempre”. Persona de género femenino de 45 años, CABA

Se considera a la obesidad un estado de inflamación crónica de bajo grado que puede provocar múltiples alteraciones y enfermedades metabólicas [32-34].

El aumento de peso y la obesidad provocan un cambio fenotípico del tejido adiposo blanco, que se caracteriza por la aparición de adipocitos inflamados y disfuncionales junto con la infiltración de células inmunitarias [34,35]. Los mecanismos subyacentes a la disfunción del tejido adiposo incluyen hipertrofia e hiperplasia de adipocitos, aumento de la inflamación, alteración de la remodelación de la matriz extracelular y fibrosis junto con una secreción alterada de adipoquinas y citoquinas e infiltración de células inmunitarias [36]. Los adipocitos hipertróficos tienen una capacidad marcadamente disminuida para almacenar rápidamente la grasa de la dieta, porque ya están sobrecargados con los lípidos almacenados, lo que da como resultado una redirección de los lípidos hacia otros órganos. Estas alteraciones pueden conducir al desarrollo de resistencia periférica a la insulina [37-39]. A su vez, la grasa visceral, que rodea los órganos de la cavidad abdominal, tiene mayor impacto en la salud que la grasa subcutánea, ya que es biológicamente más activa, tiene una mayor densidad de células, transporta más flujo sanguíneo y está ubicada cerca de la vena porta, lo que resulta en una mayor concentración de ácidos grasos que llegan al hígado [40].

Sesgo, estigma y discriminación por el peso

Recomendaciones

Se recomienda que en el abordaje de la obesidad en personas adultas se implementen intervenciones para reducir el sesgo de peso.

recomendación primordial - FUERTE A FAVOR

El sesgo de peso se define como aquellas actitudes negativas y creencias sobre otredades relacionadas con el peso corporal, la cuales pueden conducir al estigma de la obesidad, que es el signo social o etiqueta colocada en una persona que es víctima de un prejuicio. Este sesgo atraviesa de modo determinante y transversal a todos los segmentos etarios y socioeconómicos de la población. En ocasiones pueden recaer en la misma persona distintas formas de discriminación: por género, racismo estructural (color de piel, nacionalidad, situación socioeconómica, lugar de origen y pertenencia étnico-cultural), entre otras.

El estigma del peso por parte de los equipos de salud reduce, impide y desalienta el acceso a un derecho básico como es el acceso a la salud. Ninguna práctica o recomendación de salud justifica ningún tipo de violencia, estigma ni discriminación.

El estigma puede clasificarse en un nivel estructural, interpersonal e individual:

- El estigma estructural se refiere principalmente al generado por las instituciones, los medios de comunicación, y en el acceso a bienes y servicios, que obstaculizan la garantía del derecho a la salud.
- El estigma interpersonal se refiere al prejuicio y a la discriminación que ocurren en las interacciones persona-persona y en grupos pequeños.
- El estigma individual se refiere a los procesos psicológicos en los que las personas se involucran en respuesta al estigma, como el ocultamiento y el autoestigma o estigma internalizado (es decir, tener creencias negativas sobre sí o sobre un grupo debido al peso o tamaño corporal).

Si bien el sesgo de peso recae sobre todos los cuerpos que no cumplen con el patrón hegemónico de belleza, en múltiples ocasiones esto impacta negativamente en personas con obesidad, pudiendo asociarse con patrones de alimentación inadecuados, insatisfacción corporal, baja autoestima, baja confianza en sí mismo, sentimientos de inutilidad y soledad, pensamientos y actos suicidas, depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), otros trastornos psicológicos, problemas vinculados con el estrés, evitación de la actividad física y alejamiento de las personas del sistema de salud. Por lo tanto, es esencial que el estigma sea abordado por todos los ámbitos de la sociedad y, en particular, por el equipo de salud, para garantizar el derecho a la salud de todas las personas [41].

“Soy donante de sangre, la última vez que fui la médica que hace la entrevista me obligó a pesarme a pesar que yo no quería y era evidente que peso más de 50 kg. Dono sangre desde que tengo 15 años y jamás nadie me dijo que mi sangre era enferma porque tengo cuerpo grande. Fue horrible y nunca más volví.” Persona de género femenino, 36 años, La Plata.

Para reducir el estigma estructural se sugiere:

- a. Mejorar la comunicación y el trato hacia las personas: utilizando un lenguaje respetuoso e imágenes no estigmatizantes
- b. Contar con instalaciones y equipamientos inclusivos. Entre ellos:
 - Aparatología para el diagnóstico por imágenes, como resonadores y tomógrafos, de tamaño adecuado.
 - Tarimas con asa para subirse a la camilla, batas, espéculos vaginales, y manguitos de presión arterial de tamaño adecuado.
 - Balanzas de base amplia, que midan más de 150 kg, accesibles para personas con discapacidades, ubicadas en un espacio físico que ofrezca privacidad y confidencialidad.
 - Sillas de resistencia y tamaño adecuado sin apoyabrazos, asegurando suficiente espacio entre las mismas.

- Baños con asiento de inodoro de tamaño adecuado, con agarraderas/barras de apoyo.
- Materiales de lectura sensibles para las personas que presentan obesidad.

“La obesidad es un problema más que nada psicológico para mí, toda mi vida está rodeada de malos tratos y bullying a causa de ser gordo”. Persona de 26 años, género masculino, Ituzaingó.

Para reducir el estigma interpersonal se sugiere:

- a. Indagar sobre el motivo de consulta y explorar todas las causas posibles del problema que presenta, evitando suponer que en cualquier caso la problemática es el resultado del peso corporal.
- b. Preguntar a la persona si desea hablar de su peso, las complicaciones, los riesgos para la salud, los posibles beneficios y desventajas de su abordaje y si desea pesarse y/o realizar otras mediciones.
- c. Establecer una comunicación respetuosa y empática: utilizar el lenguaje centrado en la persona y no en su condición (p. Ej. “personas con obesidad” en lugar de “personas obesas”), respetando las palabras que la persona desee usar para referirse a su condición (obesidad/gordura/sobrepeso/exceso de peso/mi problema, entre otras.) y utilizando imágenes no estigmatizantes.
- d. Brindar información sobre la multicausalidad que origina la obesidad. No asumir de antemano cuáles son los hábitos de las personas (alimentarios, de actividad física, otros) en función de su tamaño y/o peso
- e. Enfocar la educación de la persona en estilos de vida saludables (en lugar de concentrarse en la pérdida de peso): alimentación, actividad física, sueño adecuado y disminución del estrés, consensuando metas alcanzables y sostenibles.
- f. Celebrar los cambios de comportamiento de salud positivos. Reconocer la dificultad que implica lograrlos y focalizar en aquello que se mejoró y no en lo que resta por cambiar.
- h. Evitar los conceptos de “peso ideal” o “índice de masa corporal ideal”, dado que para muchas personas constituye una meta inalcanzable que conduce a sentimientos de frustración. Trabajar, en cambio, en la mejora de hábitos de vida que permitan sostener un peso que la persona quiera y pueda

Para reducir el estigma internalizado se sugiere:

Evaluar la angustia psicosocial, como baja autoestima, burlas y acoso y ofrecer una interconsulta con salud mental cuando se requiera para su abordaje contemplando la complejidad de la problemática.

Informar a la persona que lo requiera que el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) cuenta con la línea de asistencia a víctimas de discriminación, racismo y xenofobia y ofrece la posibilidad de realizar denuncias a través de su sitio web: <https://www.argentina.gob.ar/inadi/asistencia>

“La gente me prejuzga, creen que no llevo una vida sana y eso me produce frustración en cualquier actividad que realice, ya que si fallo es “porque soy gorda”. Persona de género femenino, estudiante de medicina veterinaria, 28 años, Tandil.

Estrategias para facilitar la implementación de las recomendaciones

Según el Mapa Nacional de la Discriminación elaborado por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), la dimensión de las corporalidades se ubica como tercera causa de discriminación en Argentina, en la que se incluyen las experiencias de discriminación relativas a las cuestiones estéticas y a las corporalidades gordas.

Ejemplos de preguntas para iniciar una conversación sobre obesidad

- ¿Estaría bien para vos conversar sobre el peso corporal?
- ¿Hay algo que te inquiete/incomode/preocupe respecto de tu corporalidad?
- ¿Estás interesado/a en abordar el tema del peso?

Ejemplos de preguntas sobre cómo explorar la presencia de estigma internalizado:

- ¿Sentís que tu peso corporal constituye un problema o un obstáculo para vos? ¿En qué aspectos?
- ¿Sentís que tu peso afecta la percepción que tenes de vos? ¿Estás interesado/a en conversar acerca de eso?

Imágenes no estigmatizantes

Las imágenes muchas veces pueden contribuir a la despersonalización y estigmatización de personas con obesidad. Con el fin de respetar la diversidad y reducir el estereotipo, el estigma y la discriminación, se sugiere evitar el uso y reproducción de imágenes o videos que:

- hagan énfasis innecesario en el exceso de peso;
- aíslen las partes del cuerpo de una persona (imágenes que muestran desproporcionadamente abdomen o parte inferior del cuerpo, imágenes que muestren el abdomen desnudo para enfatizar el exceso peso);
- muestren el cuerpo de la persona sin su cara;
- perpetúen un estereotipo (personas comiendo comida chatarra, teniendo un comportamiento sedentario, o con aspecto desprolijo) [42];
- tengan propósitos de humor o ridiculización. [43].

“El cuerpo de talla grande me representa un problema por como trata la gente. Yo no me daba cuenta pero hasta 2017 pesaba 115 kilos, midiendo 163 cm. Empecé a bajar de peso de a poco y de forma sostenida en 2018. Hoy peso 65 kilos y la forma en la que me trata la gente es abismalmente diferente. El miedo a ganar peso es algo que no se explica hasta que viviste en los dos cuerpos. Nunca es el cuerpo sino cómo nos tratan por tenerlo.” Persona de género femenino, 32 años, CABA, abogada.

Se sugiere retratar a individuos con talla grande de forma diversa, representando todos los géneros, edades y orígenes socioculturales, en diferentes entornos y en una variedad de roles, participando de diversas actividades, y adoptando distintos comportamientos de estilo de vida, con ropa y apariencia cuidadas [43].

Se pueden utilizar los siguientes bancos de imágenes:

- Obesity Canadá: <https://obesitycanada.ca/resources/image-bank/>
- Centro Rudd de Política Alimentaria y Obesidad: <https://uconnruddcenter.org/media-gallery/>
- Federación Mundial de Obesidad: <https://www.worldobesity.org/resources/image-bank>
- Coalición Europea de Personas que viven con obesidad (ECPO): <https://ecpomedio.org/image-bank/>
- IFB de Enfermedades Adiposas de Alemania: <https://www.ifb-adipositas.de/en/news-press/photos>

“No escuchan los síntomas, no me diagnostican nada salvo gordura, me dan consejos para diabetes cuando no tengo diabetes, una tremenda ceguera que me lleva a no consultar la mayoría de las veces”. Persona de 39 años, no binaria, caba.

Experiencias en Argentina

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se realizó un relevamiento de voces de personas que viven con obesidad en el país. Se recabó información respecto de percepciones de lo que implica vivir en un cuerpo de talla grande, experiencias de la atención recibida en servicios de salud locales y sugerencias de mejora.

Los datos fueron recopilados entre Septiembre y Noviembre del año 2022 a través de un formulario electrónico (GoogleForm®) semiestructurado, anónimo, de respuesta voluntaria, difundido a través de los integrantes del panel interdisciplinario de la GPC nacional, constituido por representantes de sociedades científicas, ministerios de salud provinciales, personas usuarias de establecimientos de salud, colectivos sociales y otras entidades vinculadas a la temática.

Se obtuvieron 540 respuestas incluidas en el análisis. El 94% de la población que respondió era de género



femenino, el 75% se corresponde con personas entre los 18 y 40 años. El 66% reside en la provincia de Buenos Aires y/o CABA y el 33% restante se distribuye en el resto del país. No participaron del relevamiento personas de las provincias de Corrientes, Formosa, Chaco y Jujuy.

El 91,5% de las personas consideró que habitar un cuerpo con talla grande constituye un problema para sí. De esta población, el 85,8% consideró que representa un problema social, 78,4% psicológico y 50,7% físico. En el plano físico, mencionaron que la obesidad está relacionada con movilidad limitada, dolores musculares, cansancio, problemas de columna, cadera, rodillas y tobillos, presencia de insulinoresistencia, diabetes, HTA, CT elevado, y/o dificultad para respirar. A nivel psicológico, las personas refirieron inconformidad con el cuerpo, baja autoestima, retraimiento, aislamiento, sentimiento de vergüenza en espacios públicos y TCA. Mientras que a nivel social, compartieron haber experimentado violencia médica y malos tratos, miedo a la hora de vincularse, prejuicios y discriminación, subestimación y descalificación, dificultad para ocupar asientos en diversos espacios (ej: sillas, asientos de avión), dificultad para conseguir ropa, entre otras.

El 75,4% respondió que vivir en un cuerpo de talla grande ha sido un obstáculo debido a los problemas experimentados y a cómo perciben la mirada de la sociedad sobre sus cuerpos al desenvolverse en distintos escenarios o circunstancias. Sobre este punto enumeraron situaciones como ir a la playa o a una pileta, subirse a determinados juegos en la infancia, salir a distintos lugares durante la adolescencia, practicar un deporte, usar ciertas prendas de vestir, disfrutar de una comida en familia, e incluso ir al médico/a. Hay personas que refirieron que la obesidad les “dificulta múltiples aspectos de la vida cotidiana” e inclusive hay quienes comentaron que les implicó “posponer la vida”.

“Soy estudiante y trabajo. siempre fui gorda. En la etapa de los 12 años llegué a estar al borde de la anemia porque no comía y hacía deporte todos los días (bajé mucho de peso). Cuando empecé el secundario dejé el deporte porque no coincidían los horarios con el club al que iba y me daba mucha vergüenza empezar en otro lado ya que me seguía sintiendo gorda (52 kg midiendo 155cm). Desde ahí no pude volver a retomar la rutina deportiva por miedo y obviamente empecé a subir de peso. En 2020 me diagnosticaron trastorno de ansiedad y cuadro depresivo clásico, en gran parte por el bullying que me hicieron en primaria y las críticas constantes de mi familia y entorno”. Persona de género femenino, 20 años, San Rafael de Mendoza.

Por otro lado, el 88% de las personas reportó haber realizado alguna vez una consulta para tratar la obesidad. Entre los motivos, manifestaron hacerlo por la salud, el bienestar, y también por la autoestima y la aceptación. Quienes no consultaron, manifestaron no hacerlo por negación, porque no consideran que haya algo que debía modificarse, y/o porque los análisis no arrojaban ningún problema, entre otras razones.

En relación a las experiencias en los servicios de salud, el 48,2% compartió haber sentido incomodad/discriminación/estigmatización debido a la falta de equipamientos o instalaciones acordes a su tamaño corporal. Las personas compartieron que algunos elementos como las balanzas, las sillas, las camillas, los resonadores, los tomógrafos y las sillas de ruedas no eran aptas para su peso; y que, el manguito del tensiómetro, la ropa para el quirófano e inclusive los baños, suelen ser habitualmente pequeños. El 90% de las personas encuestadas refirió haber sentido alguna vez discriminación o maltrato por el personal de salud, debido a su peso corporal. Expresaron que en múltiples ocasiones no fueron evaluadas todas las posibles causas relacionadas al motivo de consulta, atribuyéndole a la obesidad toda la responsabilidad. Adicionalmente, se compartieron numerosas experiencias de discriminación en distintos ámbitos del sistema de salud. Un importante número de comentarios recabados podrán observarse a modo de citas textuales a lo largo de este documento.

A pesar de esto, el 59,5% también compartió que alguna vez tuvo una experiencia positiva destacable en una consulta con el equipo de salud. Manifestaron haber recibido buen trato, acompañamiento, contención u otras actitudes cordiales y empáticas.

Por último, volcaron como sugerencias que contribuirían a mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad: aumentar el acceso a tratamientos integrales, la fabricación de talles de ropa para todas las corporalidades, la incorporación de asientos inclusivos, la enseñanza en la escuela respecto de hábitos saludables y el respeto a la diversidad corporal, la comprensión de la obesidad como problema de salud, la implementación de mejoras necesarias para que los distintos espacios resulten inclusivos, la mejora en la comunicación en torno a la temática, y favorecer o garantizar el acceso a alimentos de calidad como medida de salud pública, entre otras.

Este relevamiento permitió reflejar el impacto de la obesidad en las distintas dimensiones de la salud y el estigma y discriminación que sufren las personas con obesidad en los servicios de salud. Mostró la necesidad imperante de adoptar un enfoque de salud integral en su abordaje, de mejorar el acceso a derechos básicos tales como una alimentación adecuada y vestimenta acorde y dió cuenta que se deben acondicionar espacios y se deben adquirir elementos que permitan la generación de un sistema de atención inclusivo, en el que se contemple la diversidad corporal y en el que prime el respeto por todas las personas.

“Me negaron tratamiento de fertilidad por obesa... el médico no me quiso atender me dijo que primero debía adelgazar porque así no iba a poder criar un hijo... me iba a morir... yo más de 50 kilos bajados post manga gástrica. Soy partera... Licenciada en obstetricia... amo mi profesión el acompañar en ese momento a cada mujer.” Persona de género femenino, 39 años, Berazategui.

Ante eventos de discriminación las personas pueden efectuar su denuncia en el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI):

- a. Telefónicamente, a través de la línea de Asistencia a Víctimas de Discriminación, Racismo y Xenofobia: 168 (funciona de 9 a 19 hs los 365 días del año)
- b. Por correo electrónico de atención al público: 0800@inadi.gob.ar
- c. Realizando el Trámite A Distancia (TAD): <https://www.argentina.gob.ar/inadi/asistencia>

La denuncia da comienzo a un procedimiento administrativo en el cual se busca una conciliación entre denunciante y denunciado que tiene como fin evitar que se perpetúe la conducta y lograr una reparación o retractación. De no poder arribar a un acuerdo, se abre un período donde ambas partes (denunciante y denunciado) presentan pruebas con las cuales el INADI emite un dictamen técnico especializado sobre si la situación denunciada resulta discriminatoria en los términos de la legislación antidiscriminatoria o no. Este dictamen será un reconocimiento de la situación de discriminación sufrido por la víctima, y podrá ser utilizado ante las diversas instancias judiciales como un informe técnico de un organismo público especializado. El INADI no aplica sanciones de ningún tipo, ni actúa de oficio pero es un organismo de consulta y asesoramiento para las personas.

<https://www.argentina.gob.ar/servicio/denunciar-un-hecho-de-discriminacion>

“Sufrió un tiempo de mareos, presión baja, vómitos y los doctores decían que con una dieta iba a estar mejor, por un año estuve así, hasta que un traumatólogo me escuchó y resultó que tenía rectificación cervical. Jamás me iba a mejorar con una dieta” Persona de género femenino, 32 años, Ramos Mejía.



Evaluación integral

Recomendaciones

En personas con sospecha de obesidad, se sugiere realizar, con previo consentimiento, una evaluación integral y respetuosa, para confirmar o descartar su presencia, detectar causas y consecuencias en el plano físico, psicológico y social y evaluar el deseo y la posibilidad de la persona para realizar un tratamiento.

Consenso de experto - CONDICIONAL A FAVOR

Consideraciones generales:

1. El acercamiento, comunicación y actitud inicial del equipo de salud durante la evaluación es un factor determinante para el abordaje:
 - Priorizar un enfoque holístico, interseccional, con perspectiva de derechos, no centrando la consulta en el peso y evitando narraciones estigmatizantes y simplistas.
 - Pedir permiso para hablar sobre el peso y realizar la exploración inicial.
 - Proporcionar un clima de escucha y respeto, con empatía y sensibilidad, donde las personas puedan expresarse y sentirse contenidas, evitando la estigmatización y la simplificación del problema.
 - Brindar información sobre los beneficios del tratamiento de la obesidad a quienes deseen hablar del tema. Hacer hincapié en que la obesidad es un término clínico con implicancias específicas para la salud, más que una cuestión de cómo se ven las personas, podría reducir los sentimientos negativos.
 - Ofrecer a las personas que prefieren no hablar sobre el tema o iniciar cambios, la oportunidad de regresar cuando lo deseen.
2. En la medida de lo posible es importante que la evaluación sea efectuada por un equipo interdisciplinario.

“No me permiten acceder a un sistema de salud que me respete y me vea como algo más que mi sobrepeso. Me genera mucha ansiedad tener que estar luchando y en alerta todos los días por esperar un comentario sobre mi peso, ya sea desde médicos como desde personas desconocidas, locales de ropa, comentarios denigrantes o condescendientes. Persona de 28 años, género no binario, CABA.

Anamnesis

1. Indagar sobre el motivo de consulta y explorar todas las causas posibles del problema que presenta, evitando suponer que en cualquier caso la problemática es el resultado del peso corporal.
2. Reconocer a la persona, su cultura, contexto, su red socio afectiva y su historia con la problemática, documentando la edad de aparición, desencadenantes, evolución y tratamientos realizados a lo largo de la vida, barreras, facilitadores, resultados y aprendizajes adquiridos.
3. Explorar antecedentes familiares y personales evaluando la presencia de causas secundarias de obesidad y relevando posibles complicaciones. Indagar sobre antecedentes de problemas de salud asociados: HTA, dislipemia, diabetes, enfermedades cardio y cerebrovasculares, osteoartritis, dolor corporal y dificultades funcionales, apnea obstructiva del sueño, compromiso de la función pulmonar o hepática, litiasis vesicular, reflujo gastroesofágico, infertilidad, síndrome de ovario poliquístico (SOP), incontinencia urinaria, trastornos psicológicos como ansiedad o depresión y cáncer. Indagar sobre el impacto en la calidad de vida de la persona, identificando malestares, sesgo de peso internalizado, adicciones, dificultades para llevar adelante las actividades de la vida diaria, problemas sexuales, situaciones de aislamiento social o de violencia o discriminación que afectan su calidad de vida. Consignar medicación actual.
4. Identificar hábitos de vida: de alimentación, de actividad física, de sueño y adicciones, considerando las rutinas de las personas.
5. Evaluar la posibilidad de intervención: explorar creencias acerca de hábitos de vida y del peso; evaluar valores, objetivos, deseos, expectativas y disposición al cambio; identificar barreras y facilitadores; contemplar las condiciones socioeconómicas, los recursos, el acceso y las redes de apoyo.

Examen físico

1. Proporcionar un entorno propicio con equipamiento adecuado para realizar la exploración, cuidando la comodidad, la intimidad y la dignidad de la persona.
2. Tomar medidas antropométricas para confirmar o descartar el diagnóstico de obesidad, con previa autorización de la persona: peso, talla, circunferencia de cintura (CC) y calcular el índice de masa corporal (IMC).
3. Explorar todos los sistemas corporales con el objetivo de detectar causas secundarias y enfermedades asociadas a la obesidad.

“Me diagnosticó por verme. Constantemente médicos asumen que “tengo que comer mejor y moverme más” Más que qué? Mejor que qué? Como bien y me ejercito 4 veces por semana. Me miran con incredulidad. Asumen que soy sedentaria y que como chatarra” Persona de género femenino, 36 años, abogada, vegetariana, baila fitdance y entrena fuerza en su casa, es voluntaria en una fundación, Quilmes.

Exámenes complementarios

1. Se sugiere solicitar a todas las personas con obesidad los siguientes estudios complementarios: hemograma, glucemia en ayunas, CT, LDL, HDL, triglicéridos (TG), transaminasas, creatinemia, estimación del filtrado glomerular e índice albúmina/creatinina en orina matutina.
2. Evaluar la necesidad de efectuar estudios adicionales:
 - a. Ante dudas diagnósticas (ejemplo: personas con edemas, personas mayores con IMC normal y sarcopenia, o aquellas con elevada masa muscular);
 - b. acorde a la anamnesis, el examen físico y los resultados de estudios complementarios efectuados;
 - c. relacionadas con las prácticas preventivas para la edad.
3. Brindar a las personas, sus familias y/o cuidadores información sobre los motivos de la realización de estudios, cómo se efectúan, sus resultados y significado.

“Para hacerme un estudio donde me anestesiaron y les costó un montón ponerme la vía, la enfermera cuando me desperté de anestesia me dijo “ acá no atendemos gordos”. Persona de género femenino, 57 años, Lago Posadas.

Se sugiere, en el marco de la evaluación integral, utilizar el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura para estimar la adiposidad en personas adultas.

Evidencia moderada - CONDICIONAL A FAVOR.

Se considera obesidad al aumento del tejido adiposo mayor al 25% del peso corporal en personas de sexo masculino al nacer y del 33% del peso corporal en personas de sexo femenino al nacer. La medición directa del porcentaje de grasa corporal es difícil de implementar por requerir equipamiento específico, siendo la medición del IMC un método alternativo para su estimación. Si bien presenta baja sensibilidad (muchas personas con IMC menor a 30 probablemente presentan exceso de masa grasa), presenta alta especificidad (las personas con IMC mayor a 30 excepcionalmente no presentan exceso de masa grasa) y su aumento se asocia con mayor riesgo de desarrollar diabetes, HTA, eventos cardiovasculares mayores (ECVM) y mortalidad, entre otras complicaciones. La medición de la CC, en forma complementaria, permite identificar la presencia de adiposidad visceral aumentada, siendo útil su medición en personas con obesidad con IMC igual o menor a 35.

Es necesario brindar información respecto de estas prácticas y ofrecer un trato digno y respetuoso, realizando las mediciones en un espacio privado con previo consentimiento de la persona, cuidando que no exponga su cuerpo y evitando que reciba información que no desee. Repetir las mediciones a lo largo del seguimiento, con una frecuencia a acordar de manera individual.



Estrategias para facilitar la implementación de las recomendaciones

1. Causas secundarias de obesidad [44-47]:

Salud mental	Depresión, trastorno por atracón
Genéticas	Síndromes de Prader Willi, Down, Laurence-Moon-Bieldt, Alstrom.
Hipotalámicas	Traumatismos, Tumores, Neoplasias o Irradiación craneal.
Endocrinas	Hipotiroidismo, Hiper cortisolismo (Enfermedad o Síndrome de Cushing), Insulinorresistencia, Acromegalia, Menopausia, Hipogonadismo, SOP.
Fármacos	Ver tabla de fármacos

“Jamás nadie nunca preguntó si había alguna patología de base y si me sentía a gusto con mi cuerpo, como si eso no fuera posible”. Persona de género femenino, 41 años, CABA.

2. Fármacos que pueden inducir aumento de peso [45,46,48]:

Familia	Drogas con posible efecto perjudicial sobre el peso
Antidiabéticos	-Insulina -Tiazolinodionas (ej: rosiglitazona, pioglitazona) -Meglitinidas (ej: nateglinida, repaglinida); -Sulfonilureas (ej: clorpropamida, glimepirida, glibenclamida, glipizida)
Antihipertensivos	Alfaadrenérgicos: perazocina, terazocina, clonidina, alfametildopa Betaadrenérgicos: propanolol, metoprolol, atenolol
Anticonceptivos y terapia de reemplazo hormonal	Estrógenos, progesterona de depósito
Antihistamínicos [49]	Cetirizina, ciproheptadina, difenhidramina
Corticoides [50,51]	Betametasona, Cortisona, Dexametasona, Hidrocortisona, Prednisona, Metilprednisolona, Prednisolona, Triamcinolona.

Familia	Drogas con posible efecto perjudicial sobre el peso
Antidepresivos [52]	<ul style="list-style-type: none"> - Tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Doxepina, Clomipramina, Maprotilina, Trimipramine, Desipramina). - IRSS (Mirtazapina, Paroxetina, Citalopram). - IMAO (Selegilina, Isocarboxazida, Phenelzine, fenelzina, tranilcipromina)
Antipsicóticos[53]	Haloperidol, Clorpromazina, Clozapina, Olanzapina, Perfenazina, Tioridazina, Trifluoperazina, Aripiprazol, Risperidona, Flupentixol, Flufenazina, Molindona, Pimozida, Loxapina, risperidona, quetiapina, iloperidona, sertindol
Anticonvulsivantes y estabilizadores del ánimo [54-56]	Litio, Valproato, Carbamazepina, Gabapentin.

“No voy más al médico a menos que sea una urgencia. Voy por dolor de oído y me hablan de bajar de peso”. Persona de género femenino, 30 años, CABA.

3. **Complicaciones o comorbilidades** [45,47,48,57-62]:





“Tengo asma, fui al hospital público a pedir que me dieran una receta para ponerme la vacuna antigripal (como tengo asma, cuando me enfermo de gripe mis síntomas se agravan y a veces termino internada, por eso, para prevenir, me vacuno todos los años). La médica me dijo que no me iba a hacer la receta porque no era necesario y me derivó a la nutricionista, a lo que yo le pregunté ¿Vos consideras que soy obesa? Si, me contesto...ok, entonces dos comorbilidades, el asma y la obesidad, osea que tengo dos motivos para vacunarme, ¿Porque no me haces la receta de la vacuna? No tengo dinero para comprarla, si vos me haces la receta yo voy al vacunatorio provincial y me la colocan gratis... Me contesto: Primero bajá de peso y después vemos si te hace falta vacunarte, seguro que cuando bajes unos 10 kilos el asma se te va_ Hasta el día de hoy no tengo palabras para responder a esa contestación. El diagnóstico del asma lo recibí cuando media 1.50 y pesaba 45 kilos.” Persona de género femenino, 27 años, San Juan.

Prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia en personas con obesidad en Argentina

El Ministerio de Salud de la Nación analizó la prevalencia de distintos problemas de salud (HTA, glucemia elevada/diabetes y CT elevado) reportados en las cuatro ediciones de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (2005- 2008- 2013 - 2018) con relación al IMC. Se observó que a mayor IMC se incrementó la prevalencia de complicaciones en la población Argentina.

Pudo apreciarse que la población con IMC < 25 fue decreciendo a lo largo del tiempo a expensas de un aumento de la población con IMC \geq 30 y que la mayor parte de la población con IMC \geq 30 en Argentina se corresponde con personas con IMC < 35, seguida de la población con IMC \geq 35 y <40 y finalmente la menos prevalente fue la población con IMC \geq 40.

Pudo relevarse en todas las ediciones de la ENFR, que la prevalencia de hipertensión arterial por autoreporte en población con IMC \geq 30 fue más del doble que en población con IMC <25 ; que la de glucemia elevada/diabetes fue alrededor de 3 veces superior; y que la de colesterol elevado resultó ser aproximadamente un 70 a 75% superior.

Calidad de vida en personas con obesidad en Argentina

La Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles analizó el vínculo entre IMC con la salud general y la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) de las personas en Argentina y su evolución en el tiempo, utilizando como fuente de datos las 4 ediciones de la ENFR.

Del análisis en forma individual de la salud general y de las distintas dimensiones de la calidad de vida de las cuatro cortes de las ENFR, se observó una diferencia estadísticamente significativa en el reporte de personas con IMC < 25 y las personas con IMC \geq 30. En este sentido, se encontró que las personas con IMC \geq 30 reportaron con el doble de frecuencia una salud general regular o mala, problemas de movilidad y problemas con relación a las actividades cotidianas. La prevalencia de algún problema en el cuidado personal fue entre un 60-80% mayor, de dolor/malestar fue un 55% superior y la prevalencia de ansiedad/depresión resultó ser entre un 18 - 35% más alta. En síntesis, se observó que la percepción de salud general regular o mala y todas las dimensiones de calidad de vida, evaluadas por el cuestionario EQ-5D, fueron mayores en personas con IMC \geq 30.

“He recibido desde destrato, miradas incómodas, murmuraciones, comentarios despectivos, hasta negarse a prestarme atención por el tamaño de mi cuerpo.” Persona de género femenino, ama de casa, 39 años, Lavallol.

4. Herramientas para evaluar estilos de vida

- Alimentación: se pueden utilizar cuestionarios de frecuencia de consumo o recordatorios de 24 o 48 horas. Se puede pedir a la persona que realice un registro alimentario, o saque fotografías de los consumos que realiza, así como de los entornos alimentarios en los que la persona se desenvuelve.
- Actividad física y tiempo frente a la pantalla: se puede emplear un registro de actividad física escrito o sugerir que utilice un cuentapasos.
- Sueño: se puede realizar un diario del sueño en el que se detalla la hora de acostarse, el tiempo transcurrido hasta el inicio del sueño, la presencia de ronquidos, somnolencia diurna u otros síntomas, el número de despertares, la duración de los despertares y las siestas. Se pueden también emplear dispositivos electrónicos que ayuden a la medición del sueño como relojes inteligentes. El cuestionario STOP BANG junto con la medición del perímetro del cuello puede sugerir la presencia de apnea obstructiva del sueño, cuyo diagnóstico puede confirmarse realizando una polisomnografía [63–65].

Cuestionario STOP-BANG

1. **¿Ronca fuerte o (lo suficientemente alto para oírse a través de las puertas cerradas o para que su pareja le dé codazos por roncar por la noche)?**
 - Si
 - No
2. **¿Se siente a menudo cansado/a, fatigado/a o somnoliento/a durante el día (como, por ejemplo, quedarse dormido/a mientras conduce)?**
 - Si
 - No
3. **¿Alguien ha observado que usted dejara de respirar o que se ahogara/quedara sin aliento mientras duerme?**
 - Si
 - No
4. **¿Padece o está recibiendo algún tratamiento para la hipertensión?**
 - Si
 - No
5. **¿El índice de masa corporal es superior a 35 kg/m² ?**
 - Si
 - No
6. **¿Tiene más de 50 años?**
 - Si
 - No
7. **¿Cuál es la circunferencia de su cuello? (mídala alrededor de la nuez)**
Si su sexo es masculino, ¿el cuello de su camisa mide 43 cm o más?
 - Si
 - No**Si su sexo es femenino, ¿el cuello de su camisa mide 41 cm o más?**
 - Si
 - No
8. **¿Su sexo es masculino?**
 - Si
 - No

Criterios de calificación

Para la población en general:

- Riesgo bajo de apnea obstructiva del sueño (AOS): Responde sí en 0 - 2 preguntas
- Riesgo intermedio de AOS: Responde sí en 3 - 4 preguntas



- Riesgo alto de AOS: Responde sí en 5 - 8 preguntas o:
 - Responde sí en 2 o más de las 4 primeras preguntas + sexo masculino,
 - Responde sí en 2 o más de las 4 primeras preguntas + IMC > 35 kg/m², o
 - Responde sí en 2 o más de las 4 primeras preguntas + circunferencia del cuello (43 cm en sexo masculino, 41 cm en sexo femenino).

“Acudí a un doctor por un dolor de rodilla y me dijo que era por mí peso, que si fuera flaca me haría estudios pero cómo era gorda seguro ese era el problema, ni siquiera me revisó”. Persona de género femenino, 37 años, Puerto Madryn.

5. **Evaluación de calidad de vida:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción que tiene una persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. En la ENFR, para evaluar calidad de vida relacionada con salud, se utilizan preguntas del SF-36 y del EUROQOL [66].

Salud general

1. **En general, ¿usted diría que su salud es...**
 - ...excelente?
 - ...muy buena?
 - ...buena?
 - ...regular?
 - ...mala?
2. **En relación a su movilidad, ¿en el día de hoy...**
 - ...no tiene problemas para caminar?
 - ...tiene algunos problemas para caminar?
 - ...no puede caminar?
3. **En relación al cuidado personal, ¿en el día de hoy...**
 - ...no tiene problemas para lavarse o vestirse solo?
 - ...tiene algunos problemas para lavarse o vestirse solo?
 - ...es incapaz de lavarse o vestirse solo?
4. **En relación a las actividades cotidianas, ¿en el día de hoy...**
 - ...no tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas?
 - ...tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas?
 - ...es incapaz de realizar sus actividades cotidianas?
5. **En relación al dolor/malestar, ¿en el día de hoy...**
 - ...no tiene dolor ni malestar?
 - ...tiene un dolor o malestar moderado?
 - ...tiene mucho dolor o malestar?
6. **En relación a la ansiedad/depresión,...**
 - ...no está ansioso ni deprimido?
 - ...está moderadamente ansioso o deprimido?
 - ...está muy ansioso o deprimido?

“En los últimos años cada vez me pasa más que el tema del peso se trata si yo lo pido, de hecho tengo mi médica clínica (que la conozco de hace no más de 3 años) y siempre que yo le hablo sobre mi peso ella me dice que eso es algo secundario y que se modifica como resultado de tener hábitos saludables pero que nunca es el objetivo.” Persona de género femenino, 40 años, Almirante Brown, comerciante, estudiante de comunicación digital.

6. Medidas antropométricas diagnósticas [45]:

¿Cómo medir el índice de masa corporal (IMC)?

El recurso necesario para su cálculo es una balanza y un tallímetro. La fórmula para el IMC es el cociente entre el peso en kilogramos y la estatura en metros cuadrados al cuadrado:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / [\text{estatura (m)}]^2$$

La OMS establece como valor de corte para definir obesidad ≥ 30 [67].

¿Cómo medir la circunferencia de la cintura (CC)?

El recurso necesario para su medición es una cinta métrica inextensible > 150 cm y la técnica sugerida para tomar la medición es la siguiente [48,68]:

- Solicitarle a la persona que, si está de acuerdo, se quite la ropa a la altura de la cintura y se pare con los pies separados al ancho de los hombros, con los brazos a los lados y la espalda recta.
- La circunferencia de la cintura debe medirse en el punto medio entre el margen inferior de la costilla menos palpable y la parte superior de la cresta ilíaca a la altura de la línea axilar media, al final de una espiración normal, cuando los pulmones están en su capacidad residual funcional.
- Cada medición debe repetirse dos veces; si las medidas están dentro de 1 cm entre sí, se debe calcular el promedio. Si la diferencia entre las dos medidas supera 1 cm, se deben repetir.

Una CC ≥ 102 cm (en sexo masculino) o ≥ 88 cm (en sexo femenino) indica un mayor riesgo de adiposidad visceral y de desarrollar comorbilidades cardiometabólicas[48].

“Deseo que el profesional de salud nos pida los mismos estudios/análisis que a las personas delgadas, que escuchen nuestros síntomas y que “bajar de peso” no sea la única respuesta a todas las consultas.” Persona de género femenino, 40 años, docente y mamá, le gusta hacer yoga y tomar café de especialidad con amigas, Rivadavia

7. Exploración de los sistemas corporales: es importante realizar un examen físico exhaustivo por lo que a modo de guía se sugiere considerar la medición y evaluación de los siguientes ítems [48]:

- Cabeza y cuello: circunferencia del cuello, examen de tiroides, evaluación de presencia de Síndrome de Cushing (facies lunar, almohadilla adiposa prominente supraclavicular y dorsocervical) o SOP (acantosis nigricans, hirsutismo, acné).
- Sistema cardiorrespiratorio: frecuencia y ritmo cardíaco, PA con manguito adecuado. Evaluar la presencia de signos de insuficiencia cardíaca (ruidos cardíacos adicionales, edema de los pies, estertores pulmonares), de insuficiencia respiratoria y la permeabilidad de las vías respiratorias. Esta última resulta útil para estimar el riesgo de apnea del sueño.
- Sistema gastrointestinal: palpación de hígado y detección de presencia de hernias umbilicales o incisionales, detección de estigmas de enfermedad hepática crónica (encefalopatía, ascitis, ictericia, eritema palmar, etc.).
- Sistema genitourinario: hipogonadismo, hirsutismo.
- Sistema musculoesquelético: rastreo de osteoartrosis (ganglios de Heberden / Bouchard, articulaciones que soportan peso), signos de gota, examen de la marcha.



- Piel: examinar presencia de candida, intertrigo, tiña, papilomas cutáneos, psoriasis, acantosis nigricans, estrías abdominales (estrías violáceas de más de 1 cm de ancho), deficiencias nutricionales (palidez de la conjuntiva, rubor del pliegue palmar, glositis atrófica, neuropatía).
- Miembros inferiores: evaluar existencia de linfedema (edema con fóvea no doloroso, generalmente brazos / piernas), lipedema (depósitos de tejido adiposo doloroso, edema sin fóvea, típicamente en brazos y piernas con preservación de manos y pies), insuficiencia venosa, úlceras, estasis, tromboflebitis.

Intervención multicomponente

Recomendaciones

En personas con obesidad que deseen iniciar tratamiento, se recomienda ofrecer intervenciones multicomponente que incluyan terapia nutricional, actividad física e intervenciones comportamentales ya que probablemente sean efectivas para reducir el peso corporal, el riesgo de desarrollar diabetes y la mortalidad, comparadas con el cuidado habitual (generalmente dieta y ejercicio).

Evidencia moderada - FUERTE A FAVOR.

Las intervenciones multicomponente incluyen habitualmente planes dietoterápicos, actividad física e intervenciones comportamentales. Estas últimas están orientadas a acompañar y dar apoyo a la persona en el proceso, para favorecer la incorporación y sostenimiento de las pautas de tratamiento acordadas.

Las intervenciones comportamentales incluidas en los estudios que evaluaron las intervenciones multicomponente fueron, entre otras: la intervención breve (IB) de las 5A (Averiguar si quiere hablar del tema, Evaluar, Aconsejar, Acordar, Ayudar), la entrevista motivacional (EM), establecimiento de metas, charlas sobre pros y contras de la pérdida de peso, automanejo activo de la persona, resolución de problemas y la terapia cognitiva. Las mismas fueron aplicadas por un equipo interdisciplinario que podía incluir: profesionales del ejercicio físico, nutrición, psicología, medicina y enfermería, entre otras disciplinas.

Estas intervenciones (especialmente la IB y la EM) también se utilizan para ayudar a las personas a dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y mejorar la adherencia al tratamiento de la diabetes y la HTA.

Las mismas pueden ser provistas por el equipo de salud en consultas individuales o grupales, en modalidad presencial o virtual. Las metas y el número de sesiones necesarias para alcanzarlas serán definidas en forma conjunta entre el profesional y la persona aplicando un modelo de toma de decisiones compartidas.

“Cada persona es diferente, cada cuerpo es único pero aún falta mucha educación con respecto al respeto entre personas, siempre el “defecto” que más marcan en una infancia es el de la persona con sobrepeso y lleva muchas veces a inconvenientes mayores”. Persona de 28 años, género masculino, Comodoro Rivadavia.

Es necesario aclarar que el descenso de peso no constituye el único foco del tratamiento, dado que la implementación de mejoras en el estilo de vida proporciona muchos otros beneficios. Además, la cantidad de pérdida de peso depende de múltiples factores, tanto biológicos como psicosociales; varía sustancialmente entre individuos; y no se relaciona simple ni necesariamente con el esfuerzo individual. A su vez, aún modestas reducciones de la masa grasa, el IMC y el peso corporal, menores al 5%, aportan importantes beneficios para la salud. La evidencia científica muestra que el descenso de peso reduce la PA, la glucemia, el LDL colesterol, los TG y aumenta el HDL, con un gradiente dosis respuesta; muy probablemente mejore la calidad de vida, el síndrome de apnea/hipopnea del sueño, las funciones cognitivas y reduzca la mortalidad cardiovascular y total.

Al evaluar los resultados del tratamiento, considerar los estilos de vida de la persona, su capacidad funcional, la mejora de sus comorbilidades, la distribución de la grasa corporal, su calidad de vida y las diferentes áreas de su salud, evitando centrarse exclusivamente en el peso.



“El cuerpo de talla grande representa un problema para mi:

- **“Físicamente: tengo insulino resistencia, hipertensión arterial, disnea.**
- **Psicológico: baja autoestima, retraimiento.**
- **Social: miedo a la hora de vincularme, prejuicios sobre el qué dirán de mi físico.**

Todos se relacionan, y tienen mucha importancia en mi vida.” Persona de género femenino, estudiante universitaria, 31 años, laferrere.

Se recomienda en personas adultas con obesidad, en el marco de intervenciones multicomponente, un plan de alimentación saludable basado en alimentos frescos, que incluya verduras, frutas, legumbres, frutos secos, semillas, cereales integrales (ej: arroz integral), huevo, pescados y aceites vegetales insaturados, con bajo consumo de carnes rojas (optando por cortes magros), cereales refinados, alimentos y bebidas con exceso de calorías, grasas saturadas, trans o azúcares agregados y productos ultraprocesados, para favorecer el descenso de peso, mejorar el perfil lipídico, reducir la incidencia de diabetes, los eventos cardiovasculares y la mortalidad cardiovascular y total.

Evidencia moderada - FUERTE A FAVOR.

Se recomienda, en personas adultas con obesidad que al acordar el plan de alimentación se contemplen los aspectos socioculturales de la alimentación, los antecedentes, los valores, preferencias, posibilidades, objetivos y las rutinas de cada persona; el entorno, la disponibilidad regional de alimentos y la posibilidad de sostenerse a largo plazo.

Consenso de experto - FUERTE A FAVOR.

La adopción de una alimentación saludable, si bien es importante para todas las personas independientemente del tamaño corporal, el peso o el estado de salud, es uno de los pilares en el abordaje de la obesidad. La misma contempla, acorde a la evaluación integral realizada previamente, y en los casos que es necesario, la implementación de mejoras en la calidad de los alimentos consumidos, la cantidad y en el modo en que se realizan las comidas.

La velocidad de implementación de los cambios recomendados es variable y debe respetarse, brindando acompañamiento para el alcance de metas y objetivos.

Los distintos planes dietoterápicos tendrían similares beneficios en cuanto al descenso de peso y del índice de masa corporal, sin embargo, patrones alimentarios equilibrados en macronutrientes, a base de alimentos frescos (frutas, verduras, cereales integrales, frutos secos, huevo, pescado) y con bajo grado de procesamiento, aportarían beneficios adicionales en reducción de eventos CV y mortalidad.

“Deseo que se nos tenga en cuenta en todos los aspectos de la vida en la ciudad: asientos en los que entren todos, molinetes por los que pasen todos, que encontremos ropa en nuestro talle, que no nos puedan negar la misma atención médica que recibe una persona delgada, que se trabaje desde la ESI para erradicar el bullying”. Persona de 42 años, no binaria, Florida, periodista.

Se sugiere considerar en personas adultas con obesidad que así lo desean, alternar los planes balanceados en macronutrientes con otros planes, de manera temporal - máximo 3 meses - a lo largo del tratamiento, para alcanzar objetivos a corto plazo.

Evidencia moderada - CONDICIONAL A FAVOR.

Se requiere para su implementación contar con personal capacitado que realice una evaluación idónea del riesgo que pueden implicar estos planes.

“Que un medique me tome en serio o realmente investigue una molestia y dolencia en mi es muy difícil. Tengo las rodillas lesionadas hace años y solo les importa que baje de peso, no les importa si me duele ahora. Socialmente crecí con violencia hacia mi cuerpo y mi persona por solamente habitar un espacio”. Persona de género femenino, modelo y administrativa, Lanús, 28 años.

Se recomienda, en personas adultas con obesidad, en el marco de intervenciones multicomponente, siempre que sea posible, realizar al menos 150 a 300 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada o 75-150 minutos de actividad física aeróbica vigorosa o una combinación equivalente entre ambas para contribuir a la reducción de la masa grasa, sostener el descenso de peso alcanzado, mejorar la calidad de vida, mejorar el perfil lipídico, reducir ligeramente la presión arterial y reducir la mortalidad.

Evidencia moderada - FUERTE A FAVOR.

Se sugiere combinar la actividad física aeróbica con actividades de fortalecimiento muscular 2 o más veces por semana para obtener mayores beneficios en reducción de masa grasa e incremento de masa magra.

Evidencia moderada - CONDICIONAL A FAVOR.

Se sugiere alentar a quienes realizan 300 minutos semanales de actividad física moderada o sus equivalentes a aumentar el tiempo, la frecuencia y/o la intensidad del ejercicio para obtener mayores beneficios en reducción de mortalidad.

Evidencia moderada - CONDICIONAL A FAVOR.

El término actividad física (AF) hace referencia a actividades que se desarrollan en el hogar, en el trabajo, estudio, en los desplazamientos, así como en el tiempo libre, siendo más habitual encontrar a la actividad física, en este último dominio, como forma de ejercicio físico.

El ejercicio físico es una subcategoría de la AF que ha mostrado reducir el peso corporal, la PA y mejorar la calidad de vida. Se lo define como una actividad física planificada, estructurada, repetitiva y deliberada en el sentido de que mejora o mantiene uno o más componentes de la aptitud física.

La AF regular aporta una amplia gama de beneficios para la salud en personas adultas en todas las categorías de IMC, incluso en ausencia de pérdida de peso.

Evaluar el nivel de AF de la persona antes de brindar consejería y no dar por supuesto que la persona con obesidad es poco activa.

Consensuar el plan de AF considerando el balance entre los beneficios y los riesgos, atendiendo especialmente las preferencias de las personas, sus posibilidades y tomando en cuenta su nivel de salud y la disponibilidad de recursos. El uso de acelerómetros o contadores de pasos podría asociarse a un ligero incremento de la actividad física.

Aconsejar el uso de ropa que permita libertad de movimiento y termorregulación, así como un calzado adecuado que dé comodidad al pie, amortigüe los movimientos y la suela no deslice.



En quienes recién se inician aconsejar actividades de bajo impacto como: caminar a paso ligero, nadar, andar en bicicleta o realizar ejercicios con su propio peso corporal (pero sin despegar simultáneamente ambos pies del suelo) y realizar una progresión gradual, con pequeños incrementos inicialmente de la cantidad (duración y/o frecuencia) y luego de la intensidad, con el fin de reducir el riesgo de lesiones.

Iniciar la sesión con una entrada en calor con ejercicios de movilidad articular y finalizar con vuelta a la calma utilizando ejercicios de elongación de los músculos involucrados.

La incorporación de profesionales del ejercicio a los centros de salud permitiría conformar equipos interdisciplinarios que brinden intervenciones multicomponente adaptando el plan de actividad física a las necesidades particulares de cada persona.

“Me cuesta mi trabajo ya que estar con niños requiere mucha disposición física”. Persona de género femenino, docente de nivel inicial, 33 años, Marcos Paz.

Se recomienda en personas con obesidad reducir el tiempo de comportamiento sedentario sumando actividad física de cualquier intensidad, ya que el comportamiento sedentario probablemente se asocie a mayor mortalidad cardiovascular y total, eventos cardiovasculares mayores, desarrollo de diabetes, e incremento del sobrepeso y obesidad con un gradiente dosis-respuesta (a mayor tiempo, mayor riesgo).

Evidencia moderada - FUERTE A FAVOR.

El comportamiento sedentario es cualquier actividad realizada por el individuo en posición sentada, reclinada o recostada con un gasto energético ≤ 1.5 METS cuando está despierto.

En personas adultas con obesidad se sugiere un sueño nocturno de 7 u 8 horas diarias ya que probablemente se asocie con reducción del consumo calórico y del peso corporal en el corto plazo y menor riesgo de eventos cardiovasculares mayores y muerte a largo plazo, comparado con dormir menos horas.

Evidencia moderada - CONDICIONAL A FAVOR.

Optimizar las horas de sueño nocturno aporta beneficios para la salud en personas adultas en todas las categorías de IMC.

Brindar información respecto a la importancia de incrementar las horas diarias de sueño, sumado a consejos para adquirir una buena higiene, podría ser de valor para lograr este objetivo.

“Socialmente está mal visto y se te juzga por tener obesidad, sobre que no te cuidás”. Persona de género femenino, docente, lectora, 40 años, Ituzaingó.

Estrategias de aplicación

Alimentación saludable

La alimentación saludable es importante para todas las personas, independientemente del tamaño corporal, el peso o el estado de salud. Comer sano implica tener una ingesta de alimentos de buena calidad, en cantidades adecuadas para cubrir los requerimientos nutricionales de cada persona. Es importante aclarar que no hay dos personas iguales, por lo cual es fundamental una evaluación exhaustiva de forma previa a cualquier recomendación.

Los mensajes de las Guías Alimentaria para la Población Argentina (GAPA) se pueden utilizar como base para la educación alimentaria en personas con obesidad dado que la recomendación se centra en una dieta balanceada en macronutrientes. Es necesario destacar que las GAPA están dirigidas a población general. En la medida de las posibilidades, es importante el abordaje interdisciplinario con la participación de un/a licenciado/a o médico/a especialista en nutrición.

Patrón de consumo actual

Un estudio realizado en Argentina refleja que, durante las últimas décadas, se modificaron los patrones de consumo de alimentos y bebidas disminuyendo el consumo de frutas y vegetales, harina de trigo, legumbres, carne vacuna y leche, y aumentando el consumo de productos ultraprocesados. Se dio un desplazamiento de los patrones de alimentación basados en comidas y platos preparados a partir de alimentos frescos por otros que se basan cada vez más en productos ultraprocesados con excesivas cantidades de azúcares, sal y grasas [69].

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS, 2019), entre 1996-1997 y 2017-2018, disminuyó el consumo de alimentos frescos, y mínimamente procesados y aumento el consumo de los ultraprocesados como golosinas, bebidas azucaradas y productos de copetín [70].

“Llegue a pesar 260 kilos y llevo adelgazado un montón de kilos (100 kg aproximadamente) solo con nutricionista. Soy empleado y gracias a lo que estoy adelgazando estoy pudiendo hacer más cosas cómo trotar, nadar, andar en bici”. Persona de 52 años, género masculino, Santa Fe.

¿De qué depende lo que comemos?

La alimentación humana es un fenómeno complejo que está atravesado por múltiples aspectos. Una dimensión comúnmente reconocida es la biológica., que se vincula con la necesidad de incorporar nutrientes con fines energéticos y de supervivencia. En este campo se mencionan también la influencia de los sentidos, la preferencia de las personas, la forma en que se procesan y se asimilan los alimentos en el cuerpo y la saciedad que los mismos provocan, entre otros aspectos. Sin embargo, actualmente podemos afirmar que las prácticas alimentarias, los gustos y preferencias se construyen en el marco de los entornos en los que somos socializados. El entorno es el espacio físico, social y cultural donde las personas se desenvuelven cotidianamente (el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, el vecindario, el municipio o la ciudad) y donde se establecen relaciones sociales que determinan una manera de vivir y de ser. Aprendemos a vincularnos con la comida en un contexto (familia, amigos, comedores, escuela, comunidad), desde el comienzo de nuestras vidas y ese contexto está determinado a su vez por factores macro sociales: educativos, culturales, sociales, políticos, religiosos, económicos, demográficos, publicitarios, entre otros. Es importante destacar que la publicidad juega un rol importante en las elecciones alimentarias y en las formas en que consumimos los alimentos. Un problema frecuente relacionado con la publicidad de alimentos y bebidas es la transmisión de información confusa y engañosa. Las estrategias publicitarias buscan hacernos creer que determinados productos son de mayor calidad a la vez que transmiten la ilusión de que su consumo otorga felicidad, prestigio, aceptación por parte del resto de la sociedad.

Conocer la relevancia del entorno es fundamental dado que muchas veces se responsabiliza individualmente a las personas por sus prácticas alimentarias, y se invisibiliza la variedad de factores que influyen socialmente en su desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud, los entornos saludables son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud” [71]. Actualmente, el entorno alimentario, se caracteriza por una elevada oferta y accesibilidad de alimentos de baja calidad nutricional, con excesivas cantidades de grasas, azúcares y/o sal. Sin embargo, si bien las personas no pueden intervenir en todo lo que las rodea, hay algunas acciones que pueden realizar a fin de modificar su patrón alimentario como tener una casa en la que no se dispongan de alimentos que potencian el comer en exceso.



Guías Alimentarias para la Población Argentina

Las “Guías Alimentarias para la Población Argentina” (GAPA) elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación recomiendan[72]:



“Es muy complejo convivir con una sociedad gordofóbica donde ser gordo está mal o es lo peor que le puede pasar a una persona”. Persona de género femenino, diseñadora y artista visual, CABA, 36 años.

Grupo 1: Verdura y frutas

Al menos 5 porciones por día. 1 porción equivale: a $\frac{1}{2}$ plato playo de verduras o 1 fruta mediana o 1 taza.

Fuente principal de vitamina A y C, fibra, agua y de minerales, como el potasio y el magnesio. Es importante lavarlas bien antes de consumirlas, y se sugiere elegir las que sean de estación. No se incluyen en este grupo papa, batata, choclo y mandioca.

Grupo 2: Legumbres, cereales, papa, pan y pastas

4 porciones por día. 1 porción equivale: a 60 g de pan (1 mignón) o $\frac{1}{2}$ taza en cocido de legumbres, cereales o pastas, 1 papa mediana o $\frac{1}{2}$ choclo o $\frac{1}{2}$ mandioca.

Fuente principal de hidratos de carbono complejos, fibra (en el caso de las legumbres y los cereales en sus variedades integrales).

Dentro de los cereales, se encuentran: arroces, maíz, trigo (en forma de granos, harina blanca o integral, pasta y panes), avena, quinoa, etc.

Dentro de las legumbres: arvejas secas, lentejas, porotos, garbanzos, habas, etc. Son alimentos nutritivos y de fácil acceso.

La papa, batata, choclo o mandioca (vegetales feculentos) se incluyen en este grupo porque la composición nutricional de estas verduras es más similar a los cereales que a las hortalizas.

Grupo 3: Leche, yogur y queso

3 porciones por día. 1 porción equivale a: 1 taza de leche líquida o 1 vaso de yogur o 1 rodaja de queso cremoso del tamaño de un mazo de cartas o 1 cucharada tipo postre de queso crema.

Fuente principal de calcio, aportan proteínas de alto valor biológico, vitaminas A y D.

Es importante controlar las fechas de vencimiento antes de comprarlos y mantener la cadena de frío.

Grupo 4: Carnes y huevos

1 porción por día. 1 porción equivale al tamaño de la palma de la mano de cualquier tipo de carne (pollo, vaca, pescado, cerdo, otras) o 1 huevo.

Fuente principal de hierro, aportan proteínas de alto valor biológico (de buena calidad nutricional), Zinc y vitamina B 12.

Siempre cocinarlas bien, evitando que queden partes rosadas y elegir preferentemente cortes magros. Retirar la grasa visible.

Grupo 5: Aceites, frutas secas y semillas

2 porciones por día. 1 porción equivale: a 1 cucharada sopera de aceite o 1 puñado (puño cerrado) de frutas secas sin agregado de azúcar ni sal o 1 cucharada sopera de semillas.

Fuente principal de vitamina E y antioxidantes. El aceite y las semillas tienen grasas de buena calidad que aportan ácidos grasos esenciales. Se busca privilegiar el consumo moderado y preferentemente crudo, en el caso del aceite y sin el agregado de sal en frutas secas (nueces, almendras, avellanas, pistachos, castañas) y semillas (sésamo, lino, chía, amapola, zapallo, girasol).

- Consumir 8 vasos de agua segura, prefiriendo esta a las bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal así como los alimentos con exceso de contenido de sodio.
- Sumar al menos 30 minutos de actividad física diarios.



”Siento que mi cuerpo no acompaña a mi energía, me siento frustrada y con baja autoestima en relación a mi imagen física, me cuesta muchísimo sentirme deseada y concretar citas. Toda la vida estuve pendiente de mi cuerpo, tantas nutricionistas, dietólogos, alimentos lights, ejercicio, mucha presión, la medicina o lo que por décadas se llamó “salud alimentaria” y su abordaje hizo estragos en mi salud general y me acompañó de la mano a convertirme en una persona gorda y con un trastorno alimenticio”. Persona de género femenino, apasionada, alegre y muy activa. Profesora y diseñadora. Le gusta nadar, viajar, y disfrutar de la gastronomía. Casilda, Santa Fe. 39 años, F.

Alimentos NO recomendados:

Grupo 6: Alimentos de consumo opcional

Los alimentos de este grupo no deberían formar parte de la alimentación diaria, ya que su consumo en exceso aumenta el riesgo de desarrollar sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, entre otras enfermedades.

Se trata de alimentos ultraprocesados que contienen excesivas cantidades de grasas, azúcares y/o sal, además de conservantes, aditivos, colorantes. Su alta disponibilidad y publicidad en el entorno, alientan al sobreconsumo.

Ejemplos de estos productos alimenticios son: galletitas dulces, saladas, amasados de pastelería (pastelitos fritos, churros, medialunas, bizcochos de grasa, facturas, otros), golosinas, bebidas azucaradas como gaseosas, aguas saborizadas, jugos industrializados y jugos en polvo (para diluir), productos de copetín (maní salado, palitos salados, papas, mandioca y/o batatas fritas, chizitos, otros), embutidos y chacinados (salchichas, chorizo, morcilla, otros), fiambres, achuras, carnes procesadas (preformados de carne o pollo, hamburguesas, bastones de pescados, otros), helados, manteca, margarina, dulce de leche, mermeladas (industrializadas), aderezos tales como mayonesa, ketchup, mostaza, salsa golf, salsa de soja, otros.

- Limitar el consumo de alcohol. Evitar su consumo en personas gestantes, niños, niñas y adolescentes. Evitar el alcohol al conducir.

¿Cómo identificar los productos ultraprocesados?

La forma práctica de identificarlos es verificar su lista de ingredientes. Los ingredientes que componen el producto se enumeran en orden decreciente de peso inicial, por lo que el ingrediente que figura en primer lugar es el que se presenta en mayor proporción. Si la lista contiene más de cinco ingredientes, y alguno de ellos es una sustancia que nunca o rara vez se utiliza en la cocina, probablemente se trate de un comestible ultraprocesado.

Existen diversos productos que a simple vista podrían considerarse “saludables” por tener un envase de color verde o estar identificados como alimento “light” o “dietético” pero son ultraprocesados. Muchos productos de estas características tienen exceso de nutrientes críticos (azúcares, grasas, sodio), colorantes y aditivos, entre otras sustancias, y distan mucho de lo que se considera un alimento saludable.

En el marco de la ley 27642 de Promoción de la Alimentación Saludable, la implementación del etiquetado frontal de alimentos garantiza el derecho a la información y facilita la identificación de productos ultraprocesados de manera clara, rápida y sencilla.

El etiquetado frontal Incluye:

- cinco advertencias: exceso de calorías, azúcares, grasas totales, grasas saturadas y sodio;
- dos leyendas precautorias: contiene edulcorantes y contiene cafeína.

A mayor cantidad de sellos, mayor número de nutrientes críticos. Las recomendaciones diarias de alimentación saludable deben basarse en alimentos que no contengan sellos.

Sellos de advertencia



Leyendas precautorias



“No poder acceder a cuestiones de salud y desempeñarte en la vida me parece terrible. Pero más allá de eso, la estigmatización de las personas gordas deja una huella en la mente que es muy difícil de revertir”. Persona de género femenino, Longchamps, Buenos Aires, 37 años.

Consejos prácticos para una alimentación saludable:

- Planificar las comidas de la semana contemplando, en la medida de lo posible, 4 comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Preferir los alimentos frescos o mínimamente procesados para facilitar su elección en el día a día. Elaborar o comprar la cantidad necesaria de comida para los comensales presentes y/o guardar el excedente de comida una vez armados los platos, evitando llevar la fuente a la mesa.
- Elaborar platos agradables a la vista. Realizar comidas compartidas, evitando distractores como la lectura, la computadora, el celular o la televisión [73].
- Comer despacio, masticar bien y dejar los cubiertos entre bocado y bocado disfrutando del aroma, la textura y gusto de cada alimento. Comer despacio contribuye en la mejora de la saciedad.
- Tener siempre disponible una jarra de agua y colocar las frutas y verduras en lugares visibles y accesibles a fin de promover su consumo.

“Tengo nódulos tiroideos y no me pueden operar xq las camillas de quirófano no soportan mi peso”. Persona de género femenino, artesana, 56 años, San Martín.

Utilizar el método del plato como guía:



Almuerzos y cenas:

½ PLATO	¼ PLATO	¼ PLATO
Verduras preferentemente de estación: acelga, alcaucil, apio, berenjena, brócoli, calabaza, cebolla, chaucha, coliflor, endivia, escarola, espárragos, espinaca, hinojo, lechuga, morrón, palmitos, pepino, puerro, rabanitos, radicheta, radichio, remolacha, repollitos de Bruselas, repollo, rúcula, tomate, zanahoria, zapallito, zapallo, zucchini, otras.	Alimentos que aportan proteínas: carnes (vaca, pollo, cerdo, pescado, cordero, entre otras), quesos magros o huevo.	Alimentos que aportan hidratos de carbono complejos (legumbres, cereales o pastas de preferencia integrales, papa, batata, choclo, mandioca).
Se puede condimentar con 1 cucharada de aceite crudo.		
1 fruta como postre.		

Alternativamente se puede combinar vegetales con proteínas en una de las comidas, y vegetales con hidratos de carbono en la otra comida del día.

Desayunos y meriendas:

LECHE, YOGUR Y QUESO	FRUTAS	CEREALES
Leche	Frescas, preferentemente de estación	Pan integral
Yogur natural sin agregados		Copos de cereal sin azúcar agregado
Quesos simples		Avena

“Tener un cuerpo de talla grande me representa un obstáculo. Me implica posponer toda la vida al 100%”. Persona de género femenino, 33 años, Lanus.

Algunos ejemplos de preparaciones donde se puede incluir los alimentos recomendados:

- Verduras salteadas con arroz/quínoa/mijo/cebada/trigo
- Polenta con verduras
- Tartas/empanadas de verduras con ½ plato de ensalada
- Fideos con verduras salteadas
- Canelones de verduras con salsa de tomate
- Guisos con legumbres y vegetales como zanahoria, morrón y cebolla
- Zapallitos rellenos con lentejas
- Salteado de Verduras con legumbres
- Filete de pescado rebozado con puré de calabaza
- Pescado cocido con limón al horno con vegetales al vapor
- Ensaladas de verduras con atún
- zapallitos o calabaza rellenos de carnes picadas
- Hamburguesas de pescado con coliflor hervido
- Carnes a la plancha con ensalada
- Albóndigas de carnes con verduras
- Ensalada de frutas
- Helados caseros de fruta congelada y licuada con agua/leche/bebidas vegetales
- Frutas en compota
- Frutas cocidas al horno
- Verduras rellenas como zapallitos o calabaza de carnes picadas

“No entro en la mayoría de los asientos por ende tuve que dejar de usar el transporte público, ir a teatros, cines. No entro ni en las sillas de las salas de espera.” Persona de género femenino, diseñadora gráfica/web, CABA, 31 años.

“Si tenés sobrepeso ABSOLUTAMENTE TODO tiene que ver con eso, como si mi vida entera y dolores se solucionaran con bajar de peso. A mi novio (sin sobrepeso) lo atendían y le pedían estudios. A mi me mandaban a bajar 10kg y que después vuelva”. Persona de género femenino, 28 años, Córdoba.

ACTIVIDAD FÍSICA

Las recomendaciones pueden aplicarse indicando al menos media hora de actividad física, de intensidad moderada a elevada, todos los días. Más tiempo de actividad física conlleva mayores beneficios.

Para quienes recién se inician y esta meta les resulta inalcanzable, se puede comenzar con bloques de menor duración (2, 5, 10 minutos). Es importante resaltar que “algo” siempre es mejor que nada. Luego, se sugiere ir incrementando de manera progresiva la duración, la frecuencia y la intensidad de la actividad que realizan.

Se pueden sumar minutos de actividad física en el ámbito académico, en el laboral, en el hogar, en los desplazamientos y en el tiempo libre. Por ejemplo, se pueden realizar traslados a pie o en bicicleta o bien combinados con transporte privado o público cuando las distancias así lo requieran, subir o bajar escaleras, jugar con niños en la plaza, bailar o también realizar alguna caminata, algún deporte u otro ejercicio físico.

A su vez, se sugiere alentar a las personas a interrumpir el comportamiento sedentario cada 30 o 45 minutos con al menos 3 a 5 minutos de actividades físicas de cualquier intensidad, es decir, desde solo pararse y dar algunos pasos hasta subir escaleras o hacer una pausa activa con ejercicios específicos para aumentar el gasto energético.



Se sugiere compartir con las personas que inicien alguna actividad cuáles son los signos de alarma, explicando que ante su presencia se debe suspender la actividad y consultar con un/a profesional de la salud.

Signos de alarma:

- Dolor, molestia (u otro equivalente anginoso) en el pecho, cuello, mandíbula, brazos, u otras regiones del cuerpo.
- Respiración acortada en reposo o ejercicio a intensidad leve.
- Mareo o desmayo.
- Sensación de falta de aire. Edemas en los tobillos.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Claudicación intermitente.
- Fatiga poco usual, o dificultad respiratoria durante la práctica regular de actividades físicas.

Tener en cuenta que las personas con obesidad suelen tener enfermedades asociadas, por lo tanto, es importante conocer qué medicamentos consume con regularidad (hipoglucemiantes, betabloqueantes, etc.) y la adherencia a tratamientos previo al inicio de cualquier actividad.

Monitoreo de la intensidad de la actividad física

La intensidad es el ritmo y nivel de esfuerzo que conlleva la actividad para cada persona. Al momento de prescribir cierta actividad física, se debe tomar en cuenta que una misma actividad puede generar intensidades significativamente diferentes en dos personas distintas. Es por este motivo que es importante determinar de manera adecuada la intensidad y monitorearla a lo largo del entrenamiento. La intensidad puede medirse en términos absolutos (los más usados son equivalentes metabólicos (METS), kilocalorías (Kcal), o el volumen consumido de oxígeno mientras se realiza un minuto de ejercicio intenso -VO₂ max-) o relativos (los más utilizados son la frecuencia cardíaca, percepción del esfuerzo o de Borg y el Test del habla o Talk Test).

En relación a los METS, se entiende que las actividades de intensidad menor o igual a 1.5 METS se consideran comportamiento sedentario, aquellas entre 1.6 y 2.9 METS son actividades físicas de intensidad leve, aquellas de 3 a 5.9 METS son de intensidad moderada, y las de 6 METS o más son de intensidad vigorosa.

En cuanto al uso de la frecuencia cardíaca máxima teórica (FC_{maxT}), la fórmula para calcularla más difundida por su practicidad es $220 - \text{edad}$ y la validada es $206,9 - (0,67 \times \text{edad})$ [74]. A partir de ese valor estimado máximo se podrán calcular las frecuencias cardíacas relativas a la actividad vigorosa 77% o más de la FC_{maxT}, moderada entre el 64- 76% de la FC_{maxT} y leve 63% o menos de la FC_{maxT}

Ejemplo práctico :

Para una persona de 51 años de edad que quiere realizar una actividad física de intensidad moderada el cálculo sería el siguiente:

$$FC_{\text{máxT}} : 206,9 - (0,67 \times 51) = 173$$

$$\text{Rango menor (64\%): } 0,64 \times 173 = 111$$

$$\text{Rango superior (76\%): } 0,76 \times 173 = 131$$

Por lo tanto, esta persona debería mantenerse entre las 111 y 131 pulsaciones por minuto para alcanzar una intensidad moderada durante la actividad propuesta.

Otros métodos que pueden emplearse para monitorear la actividad física de manera subjetiva son la escala de percepción del esfuerzo o de **Borg** y el Test del habla o Talk Test. Estos métodos son muy útiles y costo efectivos, sirven para complementar el chequeo y suplantar la medición objetiva cuando ésta resulta dificultosa.

- La escala de percepción del esfuerzo o de Borg es una técnica válida, que utiliza una escala de valores cualitativa referida a la percepción subjetiva del esfuerzo, que se corresponde con un código numérico ordinal para determinar de manera categórica el nivel de esfuerzo e intensidad del ejercicio durante una sesión de entrenamiento. El modo de utilizarla es preguntando, inmediatamente después de la actividad,

el nivel de esfuerzo que ha representado la misma (considerando las variables propuestas en la columna derecha) y asignando a partir de las respuestas un valor numérico (apreciable en la columna de la izquierda) [75].

0	nada
0,5	extremadamente ligero
1	muy ligero
2	débil o ligero
3	moderado
4	algo duro
5	duro
6	
7	muy duro
8	
9	
10	extremadamente duro
•	máximo

- Test del habla o Talk Test: método válido de muy fácil utilización. Consiste en la determinación de la intensidad relativa de una actividad mediante el impacto en la frecuencia cardíaca y la respiración a través de la acción de hablar y cantar. Cuando se puede mantener una conversación de manera continuada durante unas frases sin necesidad de interrumpir para dar bocanada de aire, es decir, la intensidad permite hablar y cantar sin ningún esfuerzo se, se está en reposo o bien la actividad física es de intensidad leve. Si la persona no puede mantener una conversación fluida, hay pausas para tomar aire, es decir puede hablar pero no puede sostener la actividad de cantar, entonces la actividad es moderada. Si la persona no puede hablar ni cantar de manera fluida porque se ve interrumpida frecuentemente con la necesidad de incorporar aire, es decir que tiene dificultad para hablar, la actividad es vigorosa.

Tabla resumen

Intensidad	Actividades	METS	FCmáxT (%)	Escala de Borg 0-10	Test del Habla (Talk test)
Leve	Caminar paseando (3,2 km/h), cocinar, etc	Más de 1,5 y menos de 3	63 o menos	0 a 4	Capaz de cantar y hablar
Moderada	Caminar a 4,8-6,4 km/h, pasar el trapo de piso o rastrillar el césped	3 a 5,9	64 a 76	5 - 6	Capaz de hablar y no cantar
Vigorosa	Caminar muy rápido (7,2 a 8 km/h), correr, llevar objetos pesados o participar en clases aeróbicas	6 o más	77 o más	7 - 10	Dificultad para hablar



“Era muy buena gimnasta rítmica, por mí peso no quisieron entrenarme más.” Persona de género femenino, 30 años, Córdoba Capital.

Prescripción de ejercicio físico

Cuando la AF se realiza de manera planificada, estructurada y repetitiva, y es diseñada especialmente para mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física, se la llama ejercicio físico. La aptitud física es lo que comúnmente se conoce como estado físico y está integrada principalmente por la aptitud cardio-respiratoria, el fortalecimiento muscular, la flexibilidad y la coordinación y el equilibrio.

Se sugiere que el programa de ejercicio físico, en la medida de lo posible, sea planificado y supervisado por un profesional de la actividad física y la salud, quien se encargará de diseñar y monitorear el programa de ejercicios en base a 3 pilares: 1) los lineamientos generales sobre prescripción del ejercicio para personas con obesidad, 2) la indicación del médico/a, 3) las posibilidades corporales objetivas de la persona y sus intereses y gustos; considerando estas cuestiones se podrá lograr un entrenamiento seguro, eficaz y motivante.

La sesión de ejercicio físico se divide en diferentes partes: una parte inicial conocida como entrada en calor, donde se prepara al cuerpo de manera orgánica y mental a la actividad, una parte principal orientada a mejorar o mantener una o más dimensiones de la aptitud física, y una parte final donde se busca una vuelta a la calma para llevar al organismo a una situación cercana a la del reposo.

“No pude quererme como lo hacían otras nenas cuando era niña. No puedo vivir una vida sexual y afectiva plena por las constantes inseguridades e ideas negativas que siento y sienten sobre mi cuerpo”. Persona de género femenino, San Fernando del Valle de Catamarca, 26 años

A continuación, se presentan lineamientos para mejorar cada uno de los componentes de la aptitud física:

Lineamientos para aptitud cardiovascular:

Para mejorar o mantener la aptitud cardiovascular se utilizan actividades aeróbicas, que incluyen cualquier actividad que pueda ser realizada fundamentalmente a expensas del metabolismo oxidativo. Incluyen actividades como caminar, andar en bicicleta, bailar, practicar natación, aquagym, zumba, spinning entre otras. Se debe tener en cuenta que para lograr una mejora de esta dimensión se debe realizar a una intensidad y duración adecuada.

Lineamientos sobre aptitud cardiorrespiratoria	
Frecuencia	Diaria o al menos 5 días a la semana
Intensidad	Moderada y/o elevada para la mayoría de las personas si no existe contraindicación médica. El ejercicio de intensidad leve puede ser beneficioso en personas físicamente inactivas y que además pasan mucho tiempo en actividades sedentarias. *Ver monitoreo de la intensidad del ejercicio para alcanzar la intensidad deseada.
Duración	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos entre 30–60 min por día de ejercicio de intensidad moderada, o 20–60 min por día de ejercicio de intensidad elevada, o una combinación de ejercicio moderado y elevado. • Se puede realizar en una sola sesión o en múltiples sesiones de ≥ 10 min para acumular la duración deseada y volumen de ejercicio diario. • Duraciones menores de ejercicio diario, pueden ser beneficiosas, especialmente en personas físicamente inactivas y que pasan mucho tiempo en actividades sedentarias.

Lineamientos sobre aptitud cardiorrespiratoria

Tipo	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades físicas de fácil ejecución, que impliquen movimientos rítmicos, posibles de realizar de manera continua, que involucren la mayor parte del cuerpo, dependiendo de las posibilidades corporales (piernas, tronco y, si es posible, brazos también), por ejemplo caminar, andar en bicicleta, correr, nadar, bailar, patinar, hacer deporte, traccionar un silla de ruedas etc. • Elegir actividades de bajo impacto, es decir, aquellas en las cuales no exista una fase de vuelo donde los dos pies estén en el aire, ejemplo saltos. Esto puede reducir las posibles lesiones musculoesqueléticas. • Si bien las actividades enumeradas forman parte de las más recomendadas, cualquier actividad que la persona quiera realizar puede ser analizada, planificada, monitoreada y adecuada para ser incluida dentro de un programa de ejercicios.
Progresión	<ul style="list-style-type: none"> • Para lograr este objetivo se necesita una progresión gradual ajustando la duración, frecuencia y / o la intensidad. • Este enfoque puede mejorar la adherencia y reducir el riesgo de lesiones musculoesqueléticas.

Fuente: adaptado de Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, et al. (2011).

“Me dió mucha vergüenza que en el hospital no había balanza para pesarme cuando estaba por nacer mi bebé. Las 2 que había solo llegaban hasta 150 kg”. Persona de género femenino, 41 años, Mar de Ajo.

Lineamientos para fortalecimiento muscular

Para mejorar o mantener la fuerza muscular deben buscarse ejercicios específicos que incluyen uso de equipamiento específico como máquinas de pesas, pesas libres, bandas elásticas, entre otros.

Lineamientos para fortalecimiento muscular

Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • A menos 2 sesiones por semana, con ejercicios que estimulen los principales grupos musculares (piernas: cuádriceps, isquiotibiales, glúteos, aductores, gemelos; tronco: dorsales, pectorales, abdominales y espinales; brazos: bíceps, tríceps y deltoides). Pueden organizarse las sesiones en dos a 3 días semanales entrenando todos los grupos musculares en cada sesión o en 4 días dividiendo los grupos musculares. Para cada grupo muscular es necesario mantener un período de recuperación de al menos 48 horas.
Intensidad	<ul style="list-style-type: none"> • Para la mayoría de los adultos a la hora de trabajar la fuerza se recomienda ejercicio con intensidad elevada. • Para personas sedentarias que recién se inician se recomienda ejercicio con intensidad moderada.
Repeticiones	<ul style="list-style-type: none"> • Para la mayoría de las personas se recomienda realizar entre 8–12 repeticiones por cada serie de ejercicios para mejorar la fuerza del grupo muscular involucrado. • Para personas que recién se inician, se recomienda realizar más repeticiones con una carga menor, es decir entre 10 y 15 repeticiones para mejorar la fuerza. • En ambos casos la carga seleccionada debería ser tal como para generar una intensidad elevada durante la realización del ejercicio. Una manera subjetiva de identificar que la carga del ejercicio es la adecuada, es percibir que las últimas repeticiones se realizan con fatiga del grupo muscular involucrado. De lo contrario, se debe aumentar la carga del ejercicio propuesto



Lineamientos para fortalecimiento muscular	
Series	<ul style="list-style-type: none">• Se recomiendan 2–4 series de ejercicios para la mayoría de las personas para mejorar la fuerza.
Descansos	<ul style="list-style-type: none">• Es necesario realizar pausas de 2-3 minutos entre cada serie de repeticiones. El descanso puede ser utilizado para trabajar un grupo muscular que no haya estado involucrado en el ejercicio. Por ejemplo, durante la pausa de cuádriceps, trabajar bíceps, o durante la pausa de abdominales, trabajar glúteos. Esta opción es muy adecuada para incrementar el gasto energético total de la sesión.• Se recomienda un descanso completo ≥ 48 hs entre sesiones para cualquier grupo muscular. Es decir, si se entrenó tríceps el lunes, podría volver a estimularlo el miércoles. Esto no quiere decir que el martes no pueda trabajar otro grupo muscular.
Tipo	<ul style="list-style-type: none">• Se recomiendan ejercicios de fortalecimiento que involucren a los principales grupos musculares. Entre 8 y 12 ejercicios son necesarios para lograr un entrenamiento completo. (ejemplos para piernas: sentadillas, estocadas y glúteos (extensión de cadera)). Para tronco: abdominales, flexiones de brazo y remo. Para brazos: bíceps, tríceps y deltoides (vuelos laterales, frontales y posteriores para hombros)).• Se pueden usar diferentes equipamientos para realizar ejercicio con carga externa así como realizar ejercicio con el propio peso corporal (ejemplo, sentadilla a cuerpo libre o flexiones de brazos). Los ejercicios en máquinas de musculación, favorecen la postura y la técnica y son recomendados para quienes se inician. En cambio, el trabajo con pesos libres requiere de una mayor adaptación a la técnica. Es importante dosificar la carga para cada uno de los ejercicios, especialmente en el trabajo a cuerpo libre, para no sobrecargar las articulaciones. Por ejemplo, para una persona con obesidad que recién se inicia, realizar una sentadilla a cuerpo libre podría ser suficiente y realizar una flexión del brazo en posición de pie sin carga en la mano, para estimular el trabajo del bíceps, podría ser una carga leve. En cambio, hacer una flexión de brazos para el trabajo de pectorales podría ser elevado. Por lo tanto, es muy importante ajustar la carga para cada grupo muscular.• Siempre debe priorizarse la técnica para evitar lesiones. Especialmente cuando la imagen corporal esté distorsionada y la disponibilidad corporal se vea reducida.
Progresión	<p>META: 2 sesiones semanales de entre 8 a 12 ejercicios de los grandes grupos musculares y cada grupo muscular de entre 2 a 4 series de entre 10 a 12 repeticiones a intensidad elevada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se recomienda una progresión gradual, iniciando con la apropiación de la técnica correcta, grandes cantidades de repeticiones y bajo peso, ejercicios simples con pausas completas. Una vez pasado el primer período de adaptación, se puede comenzar a calibrar el peso y las repeticiones así como las pausas. Una vez alcanzado el objetivo se irá progresando, reduciendo las pausas, incrementando las repeticiones por serie, la velocidad de ejecución, incrementando las series e incrementando la carga. Se recomienda aumentar una variable por vez e ir monitoreando la adaptación a la nueva propuesta.

Fuente: ACSM'S Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 9th Ed. (2014).

“He ido a consultas con nutricionistas, personas capacitadas para acompañarte y enseñarte a comer que se enojaban si bajaba poco o nada de peso”. Docente de escuelas de Pilar. “Tengo obesidad hace más de 20 años. Lucho con eso”. 43 años, femenino, Manual Alberti

Lineamientos para la flexibilidad

Para mejorar o mantener la flexibilidad se utilizarán aquellas actividades que mejoren el rango de movimiento alrededor de una articulación. Incluye stretching dinámico, yoga, Tai Chi y stretching pasivo, entre otras.

Lineamientos sobre flexibilidad	
Frecuencia	• 2-3 días a la semana , siendo más efectivo con más días.
Intensidad	• Estirar hasta el punto de sentir opresión o una leve molestia y sostener el tiempo indicado, respirando normalmente.
Duración	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda para la mayoría de los adultos mantener un estiramiento estático durante 10-30 segundos. • En las personas que recién se inician, mantener un estiramiento durante 30 a 60 seg. puede brindar un mayor beneficio.
Tipo	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda una serie de ejercicios de flexibilidad para cada una de las grandes masas músculo-tendinosas (por ejemplo, la de los cuádriceps, isquiotibiales, glúteos, pectorales, abdominales, deltoides, trapecio, dorsales, tríceps, bíceps, etc.) • La flexibilidad estática (es decir, activa o pasiva), la flexibilidad dinámica, la flexibilidad balística (movimiento de balanceo de miembros superiores o inferiores), entre otras. <p>El ejercicio de flexibilidad es más efectivo cuando el músculo se calienta a través de una actividad aeróbica de leve a moderada o de forma pasiva a través de métodos externos como compresas de calor húmedas o baños calientes.</p>
Repeticiones	• Se recomienda repetir cada ejercicio de flexibilidad 2-4 veces.
Progresión	• Se continúa trabajando en flexibilidad progresando el avance hacia mayores rangos de movimiento, tiempos de duración de los ejercicios y/o mayor frecuencia de las sesiones.

Fuente: ACSM'S Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 9th Ed. (2014).

“Hace unos años en los exámenes médicos obligatorios de la Universidad de Buenos Aires (requerido para otorgar los títulos) la psicóloga me preguntó sin preámbulo porque no hacía dieta. A lo que respondí cómo sabía ella que yo no hacía dieta. Me respondió que en tal caso no estaría “así”. Persona de género femenino, socióloga, docente e investigadora, 29 años, CABA.

Lineamientos sobre aptitud neuromotora

Para mejorar o mantener la aptitud neuromotora se utilizarán actividades que incluyan la propiocepción y equilibrio. Son movimientos que trabajan sobre el control postural. Practicadas regularmente, mejoran la habilidad para resistir disequilibrios que pueden causar caídas mientras se camina, se está parado o sentado. Estar en equilibrio en un pie, hacer talón a la cola caminando, caminar sobre una línea delgada dibujada en el piso son algunos ejemplos de estas actividades.

Lineamientos sobre aptitud neuromotora	
Frecuencia	• 2-3 días a la semana.
Intensidad	• Se desconoce el volumen óptimo (por ejemplo, número de repeticiones, intensidad, etc.). La intensidad compite de alguna manera con la técnica de ejecución, es decir, que la intensidad que pueda mantenerse durante este tipo de ejercicios dependerá tanto de las características individuales como del desafío coordinativo propuesto. Tener muy en cuenta no descuidar la técnica y priorizar la seguridad en la práctica.
Duración	• 20-30 minutos al día.
Tipo	• Se recomiendan ejercicios que involucren habilidades motoras (equilibrio, agilidad, coordinación, marcha), entrenamiento de ejercicios propioceptivos y actividades de otras disciplinas (Ej: Tai chi y yoga) para que las personas mayores mejoren y mantengan la función física y reduzcan los riesgos de caídas.
Ejemplo	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de equilibrio del propio cuerpo en diferentes posiciones, variando los apoyos y los estímulos, tanto estáticos como dinámicos, principalmente usando la parte inferior del cuerpo. Esto implica la coordinación del cuerpo con el espacio y también se pueden incluir objetos. • Las danzas implican excelentes desafíos coordinativos donde interviene el espacio, el ritmo musical, los movimientos del propio cuerpo y con los cuerpos de los otros, cuando se realiza en pareja o en grupo. • El yoga y el Tai chi pueden ser incluidos, según las preferencias del participante, como disciplinas adicionales para aumentar la flexibilidad, el equilibrio y la fuerza.
Progresión	Los desafíos coordinativos siempre deben ofrecer un reto por lo tanto el énfasis está puesto en esta dimensión por sobre las demás. Así, el aumento debe ser progresivo, una vez que se incorpora la técnica del desafío para que pueda realizarse la propuesta de manera segura, se siguen incorporando otras variables como puede ser la intensidad a partir de la velocidad de ejercicio, el aumento del rango de movimiento, los aumentos en los desplazamientos, la inclusión de otros segmentos corporales, la inclusión la de música, de objetos, el movimiento en el espacio, entre otros. Una vez que la secuencia está aprendida puede aumentarse la duración de la misma y la frecuencia semanal en la que se repite. Se sugiere cambiar de propuesta cuando deje de implicar un desafío coordinativo para la personas.

Fuente: adaptado de Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, et al. (2011).

“A la hora de ir al médico googleo a todos los nombres de mi cartilla buscando opiniones o cualquier cosa que me indique que no voy a pasarla mal cuando entre al consultorio”. Persona de género femenino, 28 años, los cardales.

INTERVENCIONES COMPORAMENTALES

Dentro de las estrategias multicomponente vinculadas al cambio de estilo de vida, se encuentran las intervenciones comportamentales que, combinadas, ofrecen la estrategia más eficaz para el cambio de comportamiento [76]. Están orientadas a acompañar y dar apoyo a la persona en el proceso, para favorecer la incorporación y sostenimiento de las pautas de tratamiento acordadas. Entre ellas se encuentran: el automanejo activo, la intervención breve y la entrevista motivacional

Automanejo activo de la persona con obesidad

En el ámbito de la salud y, principalmente cuando se trata de procesos crónicos, la persona tiene un rol central, por lo que la educación sobre los diferentes aspectos que se incluyen en el buen manejo y control son fundamentales para la prevención de complicaciones o desenlaces clínicos evitables.

Aunque son muchos los avances en el abordaje de los problemas crónicos, el equipo de salud no siempre cuenta con las habilidades comunicacionales y actitudinales necesarias para favorecer el “empoderamiento” de la persona en el automanejo de su condición, entendiendo como empoderamiento el proceso a través del cual una persona o un grupo, gana poder y acceso a los recursos para manejar su propia vida y es efectivo si las personas adquieren las habilidades que los capacitan para resolver sus problemas de salud y tomar las decisiones acertadas [77].

Por esta razón, la educación para el automanejo no trata de decirle al otro que debe hacer, sino brindarle las herramientas necesarias para la toma de decisiones en el día a día. Para lograrlo, es necesario concientizar a la persona sobre el carácter crónico de su problema y la importancia de su participación activa. A su vez, requiere brindar herramientas que mejoren su capacidad de autocuidado, facilitando el acceso a la información, con un lenguaje claro, accesible y adaptado a la cultura de la población destinataria.

Los programas eficaces para favorecer el automanejo, son aquellos que promueven que la persona asuma la responsabilidad, fije sus propias metas y se entrene en la toma de decisiones, ajustando el tratamiento a sus necesidades, valores, preferencias, recursos, cultura y estilo de vida, variables que muchas veces cambian a través del tiempo.

Las acciones de automanejo incluyen:

1. Participar activamente en instancias de educación y en la planificación del tratamiento para alcanzar algún objetivo terapéutico, por ejemplo, una meta de descenso de peso.
2. Prepararse para manejar en el cotidiano su propia condición de salud.
3. Poner en práctica un comportamiento específico, por ejemplo, inyectarse una medicación.
4. Tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional.

El apoyo al automanejo favorece el empoderamiento de la persona y se define como la “provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del equipo de salud para aumentar las habilidades y la confianza de las personas para llevar adelante la gestión de su salud incluyendo la evaluación periódica de progresos y dificultades, establecimiento de metas y resolución de problemas” [78].

El apoyo al automanejo puede brindarse:

- En forma individual, en el contexto de una consulta clínica.
- En encuentros o actividades grupales.
- A distancia, mediante llamadas telefónicas o a través de nuevas tecnologías de la información y la comunicación: salas virtuales, mensajes de texto, correo electrónico, o redes sociales.

Es recomendable que estos programas incluyan actividades educativas desde un enfoque de aprendizaje basado en problemas, y la aplicación de intervenciones para favorecer el empoderamiento y la adherencia a los tratamientos, especialmente en cuanto a la adopción de un estilo de vida saludable. Al ofrecer educación, deben centrarse en la persona, indagando cuáles son sus necesidades y adecuando la educación a esas necesidades,



como así también considerar la participación del grupo familiar o entorno cercano si la persona así lo desea.

Entre las principales intervenciones para apoyar el automanejo se encuentran las 5 A (averiguar, aconsejar, acordar, ayudar, arreglar) y la entrevista motivacional [77].

“Ir a cualquier consulta implica una charla de nutrición sin preguntar si hago algo, si hice algo, si quiero y/o puedo hacer algo con mi nutrición”. Persona de género femenino, 32 años, Avellaneda.

Algunos ejemplos de acciones vinculadas con el autocuidado pueden ser:

- Revisión del cuerpo, a fines de poder detectar aquello que se encuentre fuera de lo habitual y que pueda ser informado al equipo de salud para su eventual evaluación (ejemplo: detección de manchas en la piel).
- Control de PA, glucemia, peso corporal, entre otros signos que permitan a las personas hacer seguimiento de algunos parámetros vinculados a su salud para consultar oportunamente.
- Llevar un registro de la AF realizada y el manejo de la ingesta del día pudiendo identificarse dentro del mismo los pasos diarios y ejercicios realizados, ingestas acorde a lo recomendado, copiosas o de baja calidad, ingestas hedónicas o emocionales, ingestas a grandes velocidades. El registro puede incorporar relatos, cuadros, ilustraciones y/o imágenes que permitan luego a la persona trabajar dificultades junto con el equipo de salud. Existen múltiples recursos tecnológicos que pueden utilizarse para este fin.

- El término ‘hambre hedónica’ se refiere a la preocupación y el deseo de consumir alimentos con fines de placer y en ausencia de hambre física [79].
- La alimentación emocional se define como la tendencia a comer en exceso en respuesta a emociones negativas como la ansiedad o la irritabilidad, el estrés emocional, la frustración, la tristeza, la ira y la soledad, entre otras [80,81].

- Entrenar a la persona en el freno de ingestas hedónicas o emocionales: mediante la reflexión en cada momento de que es lo que impulsa la ingesta. Se pueden utilizar distintas acciones que se interpongan al acto de comer (leer, escuchar música, tejer, dar una vuelta, hablar con alguien, meditar, respirar, entre otras).
- Transmitir estrategias de afrontamiento del estrés: definidas como una acción, una serie de acciones o un proceso de pensamiento utilizado para enfrentar una situación estresante o desagradable o modificar la propia reacción ante una situación [82]
- Reflexionar e identificar la forma de trato hacia su persona y su cuerpo, identificando diálogos internos en los que se registren, entre otros, mensajes relacionados con el sesgo de peso internalizado. Los mismos, luego, podrán ser trabajados junto con el equipo de salud.

“Deseo que no se discrimine tanto, los gordos también somos personas y a veces no queremos contar las cosas que nos pasan o ir a ver un médico por vergüenza”. Persona de 26 años, género masculino, Ituzaingó.

INTERVENCIÓN BREVE

La intervención breve, también conocida como intervención de las “las 5 A”, tiene una duración total de 10 a 20 minutos en su versión original y puede ir aplicándose en una o varias consultas por los diferentes integrantes del equipo de salud. Consta de 5 pasos, que en la versión adaptada a la adherencia al tratamiento son:

AVERIGUAR - ACONSEJAR - ACORDAR - AYUDAR - ACOMPAÑAR EN EL SEGUIMIENTO

Averiguar y evaluar características del problema, acceso a medicamentos y otros insumos, contexto familiar y social, disposición al cambio. Para llevar a cabo este paso se sugiere utilizar preguntas abiertas, dando a entender que lo esperable es que la conducta pueda no ser la ideal. De este modo es más factible que la

respuesta de la persona sea sincera. Al hacerlo, expresar empatía y aceptación. El uso de preguntas abiertas promueve la reflexión y contribuye a identificar barreras y facilitadores para llevar adelante cada una de las pautas del tratamiento.

Por ejemplo:

Es frecuente que las personas presenten dificultades para llevar adelante a diario una alimentación saludable.

- ¿Qué le ocurre a usted?
- ¿Qué es lo que más le preocupa de esto?
- ¿Qué es lo que más le cuesta? Cuénteme un poco más.
- ¿Qué es lo que más le molesta?
- ¿Qué es lo primero que desea cambiar?
- ¿Cómo planifica su alimentación?
- ¿Quién se ocupa de hacer las compras en la familia? ¿Quién cocina?

Aconsejar mediante mensajes claros y convincentes. Enfocarse en estilos de vida saludable: alimentación, AF, sueño adecuado y disminución del estrés, en lugar de concentrarse en la pérdida de peso. Transmitir la importancia de llevar adelante una pauta centrándose en los beneficios de su incorporación. Utilizar un lenguaje respetuoso y evitar imágenes estigmatizantes en la folleteria.

Acordar consensuando el plan de tratamiento con metas alcanzables y sostenibles, aceptando que los cambios no se realizan todos simultáneamente.

Ayudar a las personas a llevar adelante el plan potenciando su motivación, trabajando con los beneficios y aumentando su autoconfianza. Los cambios de hábitos y de estilo de vida suelen ser difíciles de abordar en simultáneo, por eso es importante acordar con la persona por dónde empezar. Una vez planificada la estrategia es útil establecer una meta mínima. Alcanzar una meta mínima, por pequeña que sea, aumenta la confianza y la percepción de eficacia de la persona y la posiciona mejor para alcanzar nuevos objetivos. Por ejemplo, si la meta de actividad física fuera caminar a ritmo intenso 30 minutos todos los días, la meta mínima podría ser comenzar con 15 minutos dos veces por semana.

A lo largo del proceso el proceso:

- Entrenar a la persona en el freno de ingestas hedónicas o emocionales: mediante la reflexión en cada momento de que es lo que impulsa la ingesta. Se pueden utilizar distintas acciones que se interpongan al acto de comer (leer, escuchar música, tejer, dar una vuelta, hablar con alguien, meditar, respirar, entre otras).
- Transmitir estrategias de afrontamiento del estrés: definidas como una acción, una serie de acciones o un proceso de pensamiento utilizado para enfrentar una situación estresante o desagradable o modificar la propia reacción ante una situación. [82]
- Reflexionar e identificar la forma de trato hacia su persona y su cuerpo, identificando diálogos internos en los que se registren, entre otros, mensajes relacionados con el sesgo de peso internalizado. Los mismos, luego, podrán ser trabajados junto con el equipo de salud.

Acompañar con el seguimiento respetando los tiempos de cada persona. En cada encuentro reevaluar utilizando preguntas abierta. Por ejemplo: ¿Cómo estuvo este mes? ¿Qué ha podido lograr? ¿Cómo cree que puedo ayudarle a mejorar?. Durante las visitas de seguimiento, es importante revisar logros, avances y retrocesos, evaluar nivel de motivación, confianza, capacidad para tomar decisiones, señalar positivamente los logros, revisar el plan y, si es necesario, acordar nuevas metas. El seguimiento longitudinal brinda la oportunidad de reforzar las habilidades adquiridas, apoyar la resolución de problemas y sostener la motivación y prevenir la reganancia de peso [83].

“No estamos preparados como sociedad para nadie que sea diferente a los estándares mal impuestos. Las sillas plásticas que están en todos lados y no sirven para gordos (la gente riéndose cuando se rompe una porque la rompiste por gordo, no porque la silla es mala), los espacios en los aviones, en el subte, conseguir ropa (los q venden ropa cobran x talla y son super gordofobicos!).” Persona de género femenino, 45 años, CABA



ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional es un estilo de comunicación directivo, centrado en la persona, que se basa en la identificación y la movilización de los valores y metas de la persona para estimular el cambio. Intenta que la motivación a cambiar surja de la persona y no sea impuesta por el profesional, y está diseñada para ayudar a resolver la ambivalencia, es decir, la situación en la que una persona tiene sentimientos contradictorios sobre algo. Esta ambivalencia es normal frente a la decisión de emprender un cambio de comportamiento que puede resultar beneficioso, pero demanda sostener un considerable esfuerzo.

Los principios de la entrevista motivacional son:

- Expresar empatía: las personas nos abrimos o nos cerramos en función de cómo nos sentimos con la otra persona. Es un proceso automático e inconsciente de nuestro cerebro. La escucha activa y la aceptación facilitan que la persona se disponga a reflexionar acerca del problema.
- Ayudar a la persona a identificar que algo no va en la dirección que quiere: explicitar contradicciones, es decir, mostrarle a la persona las diferencias entre “lo que dice y piensa” en relación al cuidado de su salud, y “lo que hace” para lograrlo, es otra estrategia efectiva para favorecer el cambio, es invitarlo a reflexionar sobre su conducta. Siempre en una actitud empática, usando afirmaciones y preguntas abiertas.
- Evitar la discusión: la confrontación, en cuanto estilo, no es adecuada para promover la motivación. Tratar de convencer a alguien para que cambie suele conducir a que la persona se oponga. Si la persona siente que su capacidad de elección está limitada, crea resistencias que dificultan el cambio. Es necesario tener en cuenta qué es lo que la persona está dispuesta a hacer o no, qué quiere saber o no, y que exprese ella misma sus propios motivos para cambiar.
- Dar un giro a la resistencia: desde este enfoque, el equipo de salud no impone nuevos puntos de vista u objetivos, sino que invita a la persona a considerarlo, generando preguntas y problemas a la persona para que sea ella quien encuentre sus propias soluciones.

Las herramientas de la entrevista motivacional son:

- Preguntas abiertas.
- Afirmaciones.
- Reflexiones.
- Frases automotivadoras.
- Resúmenes.
- Balance decisional.

Preguntas abiertas: recomendadas a lo largo de todo el proceso para facilitar que la persona se exprese. Son útiles para explorar la adherencia, explicitar contradicciones e intentar dar un giro a la resistencia. Por ejemplo:

- ¿Qué aspectos del cuidado de su salud le preocupan, si es que algo le preocupa?
- ¿Cómo piensa Ud. que está llevando su plan alimentario?
- ¿Cómo le resulta comenzar a caminar? ¿Podría contarme su experiencia?

Afirmaciones: apoyan a la persona durante el proceso, reforzando sus recursos y destacando su esfuerzo y logros, con comentarios positivos sobre sus actitudes y frases de comprensión sobre problemas experimentados. Favorecen que la persona aumente la confianza en sí misma y la percepción de autoeficacia. Por ejemplo:

- Es muy importante que quiera hacer algo con su problema.
- Esto debe ser difícil para usted.
- Usted tiene muchos recursos; ha sabido vivir con obesidad durante mucho tiempo y nunca se ha rendido.

Reflexiones: son frases que ofrecen una reflexión. Son afirmaciones, no preguntas, que invitan a seguir analizando el problema para facilitar el cambio.

Ejemplo de una conservación utilizando estas herramientas:

- ¿Cómo le está yendo con su plan de actividad física? (Pregunta abierta)
- Más o menos. Me lleva mucho tiempo y el tiempo no me sobra.
- Piensa que no vale la pena destinar tanto tiempo al tratamiento. (Frase reflexiva)
- Si. Bueno, no sé...
- Sostener estas pautas en el tiempo no es fácil. (Afirmación) ¿Qué le parece si pensamos juntos una estrategia para retomar la actividad física?

Frases automotivadoras: la persona presenta las razones para cambiar. Las preguntas abiertas son útiles para provocar que la persona las exprese. Cuando la persona lo hace es importante que el facilitador demuestre aceptación, facilite que la persona continúe expresándose y reflexionando y refuerce estos reconocimientos y afectos, ya sea de forma no verbal (asintiendo) o con frases de apoyo que reflejen estos pensamientos y sentimientos de la persona. Por ejemplo:

- Entiendo que a la larga seguir así me va a traer problemas.
- Estoy realmente preocupado por los resultados de los estudios. No puedo seguir así.
- Pude superar muchos obstáculos en mi vida. Con esto tampoco me voy a rendir.

Resúmenes: hacer una síntesis de lo que ha comentado la persona permite reforzar lo que ha dicho y confirma que se le ha escuchado con atención. Prepara a la persona para seguir progresando, permite que la persona escuche sus propias frases automotivadoras y sería útil para poner de manifiesto la ambivalencia.

Balance decisional: Es útil, también, que la persona identifique y enumere las ventajas y desventajas del cambio y del “no cambio”. Para esto, puede darse como tarea completar una planilla para evaluar la repercusión del cambio tanto para la persona como para su entorno.

Apoyo del entorno

El entorno cercano puede constituir un apoyo o un obstáculo en el abordaje. La educación sistemática y el apoyo al automanejo por parte de los familiares y de la red más cercana podrían ayudar a las personas a adquirir capacidad para autogestionar su condición y prevenir posibles complicaciones [77]. Es por esto que, siempre que la persona así lo desee, se puede involucrar a su entorno a fines de que brinden el soporte necesario para contribuir a sostener el tratamiento en el tiempo.

Intervenciones psicológicas

Las intervenciones psicológicas tienen como objetivo reducir las barreras psicológicas para el cambio y mantenimiento de comportamientos saludables. La mayoría de los estudios que mostraron su eficacia evaluaron intervenciones en el comportamiento cognitivo y generalmente se usaron en combinación con intervenciones en el estilo de vida. Dentro de las intervenciones cognitivas conductuales se incluyen: terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitiva basada en la atención plena, terapia conductual dialéctica y terapia centrada en la compasión, entre otras [84].

“La contención médica en todos los aspectos es lo más importante para las personas gordas. Escuchar al paciente, entender todo el universo de su cuerpo más allá de lo que vemos por fuera, entender también las necesidades psicológicas de una persona gorda que seguramente haya sufrido rechazos de todo tipo. Más allá de eso, las clínicas y hospitales es importante que estén equipados con elementos aptos para cuerpos grandes, sumado a la accesibilidad en los transportes públicos y privados.” Persona de género femenino, CABA, 28 años, Diseñadora Gráfica.



SUEÑO

El sueño es un proceso fisiológico esencial, que afecta profundamente a una amplia gama de actividades biológicas. Obtener un sueño saludable es importante tanto para la salud física y mental como para la calidad de vida en general. Afecta procesos básicos como la actividad cardiovascular, inmunológica y metabólica. La evidencia ha demostrado que una buena calidad del sueño es esencial tanto para la supervivencia como para el funcionamiento óptimo de la vida [85].

“Yo considero experiencia positiva en el marco de la atención a la salud a cualquiera que no me discrimine”. Persona de género femenino, maquilladora, estudiante de psicología, juega al fútbol y hace patín artístico. 23 años, Vicente Lopez.

Salud del sueño

Las siguientes cinco dimensiones del sueño parecen ser las más relevantes para las definiciones y mediciones de la salud del sueño:

- Duración del sueño: la cantidad total de sueño obtenido en 24 horas.
- Tiempo: la ubicación temporal del sueño dentro del día de 24 horas.
- Continuidad o eficiencia del sueño: la facilidad para conciliar y volver a dormir.
- Estado de alerta/somnolencia: la capacidad de mantener una vigilia atenta.
- Satisfacción/Calidad: la evaluación subjetiva de “buen” o “mal” sueño [86].

Existen múltiples trastornos del sueño [87,88]. El insomnio es el trastorno del sueño más prevalente en la población general sin embargo, en personas con obesidad, es importante pesquisar la presencia del Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) [64,65].

“Fui a una guardia con un dolor abdominal que nunca había sentido y la médica sin siquiera palparme me dijo que seguro era porque había comido de más y que tomara buscapina e hiciera dieta. No me sentí conforme y me fui a otra guardia donde confirmaron que tenía una obstrucción del colédoco por piedras biliares.” Persona de género femenino, Abogada, CABA, 33 años.

Higiene del sueño

Los buenos hábitos de sueño (denominados “higiene del sueño”) pueden ayudar a las personas a mejorar la calidad del sueño y alcanzar las 7-8 hs recomendadas. Se aconseja [89–93]:

- **Ajustarse a un horario:** intentar acostarse y levantarse a la misma hora cada día, incluso los fines de semana, feriados y días libres, ayuda a «sincronizar» el ciclo sueño-vigilia.
- **Realizar actividad física:** preferentemente durante el día, de 4 a 6 horas antes de acostarse, ya que esto puede facilitar el inicio del sueño. Se desaconseja el ejercicio vigoroso dentro de las 2 horas antes de acostarse.
- **Evitar consultar la hora por la noche:** esto incluye despertadores y otros relojes (por ejemplo, relojes y teléfonos inteligentes). Verificar la hora podría aumentar la excitación cognitiva y prolongar la vigilia.
- **Evitar consumo de cafeína y nicotina:** los efectos estimulantes de la cafeína (presentes en el café, los refrescos con cola, ciertos té y el chocolate) pueden demorar hasta 8 horas en desaparecer completamente. La nicotina también es un estimulante que puede alterar el sueño.
- **Evitar las bebidas alcohólicas:** evitar el consumo de alcohol cerca de la hora de acostarse. El alcohol inicialmente es sedante, pero se activa a medida que se metaboliza, afectando negativamente la arquitectura del sueño.
- **Evitar comidas y bebidas abundantes a altas horas de la noche:** una comida copiosa o pesada cerca de la hora de acostarse puede interferir en el sueño. Asimismo, beber mucha cantidad de líquidos durante la noche puede generar que la persona se levante frecuentemente para orinar.
- **Evitar las siestas:** especialmente las que duran más de 1 hora y aquellas al final del día.

- **Tomar un baño caliente antes de acostarse:** la disminución en la temperatura corporal después del baño puede causar somnolencia, además de relajación.
- **Relajarse antes de acostarse:** se pueden realizar actividades como tomar una taza de té sin cafeína, leer o escuchar música suave, realizar ejercicios de estiramientos, respiraciones conscientes o meditaciones.
- **Crear un buen entorno para dormir:** habitación fresca, oscura y silenciosa. El ruido y la exposición a la luz durante la noche pueden interrumpir el sueño. A menudo se recomienda el uso de ruido blanco o tapones para los oídos. El uso de sombras opacas o una máscara para los ojos se recomienda comúnmente para reducir la luz. Esto también puede incluir evitar la exposición a la televisión o la tecnología cerca de la hora de acostarse, ya que esto puede tener un impacto en los ritmos circadianos al cambiar el horario de sueño más tarde. A su vez se aconseja que mantener la temperatura de la habitación fresca puede ayudar a las personas a dormir mejor.
- **No permanecer despierto en la cama:** se sugiere levantarse y realizar alguna actividad relajante hasta sentir somnolencia en caso de haber transcurrido más de 20 minutos sin conciliar el sueño.

“Es importante que el personal de salud se forme respecto a las consecuencias de sus prácticas y discursos gordofóbicos, enmarcados en sus lugares de poder, que entiendan que es ese mismo posicionamiento el que aleja a los gordos del sistema de salud”. Persona de género femenino, licenciada y doctorada en Antropología Sociocultural. Santa Fe, 44 años.



Bibliografía

1. Lin X, Li H. Obesity: Epidemiology, Pathophysiology, and Therapeutics. *Front Endocrinol*. 2021 Sep 6;12:706978.
2. Pararasa C, Bailey CJ, Griffiths HR. Ageing, adipose tissue, fatty acids and inflammation. *Biogerontology*. 2015 Apr;16(2):235–48.
3. Pérez LM, Pareja-Galeano H, Sanchis-Gomar F, Emanuele E, Lucia A, Gálvez BG. “Adipaging”: ageing and obesity share biological hallmarks related to a dysfunctional adipose tissue. *J Physiol*. 2016 Jun 15;594(12):3187–207.
4. Nicolaidis S. Environment and obesity. *Metabolism*. 2019 Nov;100S:153942.
5. Lee A, Cardel M, Donahoo WT. Social and Environmental Factors Influencing Obesity. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2019.
6. Friends, family can influence your weight—for good or bad [Internet]. Harvard T.H. Chan School of public health. 2014. Available from: <https://www.hsph.harvard.edu/news/hsph-in-the-news/friends-and-family-can-influence-your-weight/>
7. The effect of friends on adolescent body weight. *Econ Hum Biol*. 2008 Dec 1;6(3):377–87.
8. Hill JO, Wyatt HR, Peters JC. Energy Balance and Obesity. *Circulation* [Internet]. 2012 Jul 3 [cited 2023 Nov 14]; Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.087213>
9. Mercer JG, Johnstone AM, Halford JCG. Approaches to influencing food choice across the age groups: from children to the elderly. *Proc Nutr Soc*. 2015 May;74(2):149–57.
10. Amin T, Mercer JG. Hunger and Satiety Mechanisms and Their Potential Exploitation in the Regulation of Food Intake. *Curr Obes Rep*. 2016 Mar;5(1):106–12.
11. Blundell J, de Graaf C, Hulshof T, Jebb S, Livingstone B, Lluch A, et al. Appetite control: methodological aspects of the evaluation of foods. *Obes Rev*. 2010 Mar;11(3):251–70.
12. Liu CM, Kanoski SE. Homeostatic and non-homeostatic controls of feeding behavior: Distinct vs. common neural systems. *Physiol Behav*. 2018 Sep 1;193(Pt B):223–31.
13. Berthoud HR. Homeostatic and non-homeostatic pathways involved in the control of food intake and energy balance. *Obesity*. 2006 Aug;14 Suppl 5:197S – 200S.
14. Campos A, Port JD, Acosta A. Integrative Hedonic and Homeostatic Food Intake Regulation by the Central Nervous System: Insights from Neuroimaging. *Brain Sci* [Internet]. 2022 Mar 24;12(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/brainsci12040431>
15. Nicoletti CF, Delfino HBP, Ferreira FC, Pinhel MA de S, Nonino CB. Role of eating disorders-related polymorphisms in obesity pathophysiology. *Rev Endocr Metab Disord*. 2019 Mar 28;20(1):115–25.
16. Heaney J. Energy: Expenditure, Intake, Lack of. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. 2013;699–700.
17. Muraca E, Ciardullo S, Oltolini A, Zerbini F, Bianconi E, Perra S, et al. Resting Energy Expenditure in Obese Women with Primary Hypothyroidism and Appropriate Levothyroxine Replacement Therapy. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2020 Apr 1;105(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgaa097>
18. *Sleep Hormones*. Academic Press; 2012. 464 p.
19. Tran LT, Park S, Kim SK, Lee JS, Kim KW, Kwon O. Hypothalamic control of energy expenditure and thermogenesis. *Exp Mol Med*. 2022 Mar 17;54(4):358–69.
20. Maes HH, Neale MC, Eaves LJ. Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behav Genet*. 1997 Jul;27(4):325–51.
21. Elks CE, den Hoed M, Zhao JH, Sharp SJ, Wareham NJ, Loos RJJ, et al. Variability in the heritability of body mass index: a systematic review and meta-regression. *Front Endocrinol*. 2012 Feb 28;3:29.
22. Chami N, Preuss M, Walker RW, Moscati A, Loos RJJ. The role of polygenic susceptibility to obesity among carriers of pathogenic mutations in MC4R in the UK Biobank population. *PLoS Med*. 2020 Jul;17(7):e1003196.
23. Loos RJJ, Yeo GSH. The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nat Rev Genet*. 2021 Sep 23;23(2):120–33.
24. Pigeyre M, Yazdi FT, Kaur Y, Meyre D. Recent progress in genetics, epigenetics and metagenomics unveils the pathophysiology of human obesity. *Clin Sci*. 2016 May 6;130(12):943–86.

25. Jaenisch R, Bird A. Epigenetic regulation of gene expression: how the genome integrates intrinsic and environmental signals. *Nat Genet.* 2003 Mar;33(3):245–54.
26. Regan JA, Shah SH. Obesity Genomics and Metabolomics: a Nexus of Cardiometabolic Risk. *Curr Cardiol Rep.* 2020 Oct 10;22(12):174.
27. Wu FY, Yin RX. Recent progress in epigenetics of obesity. *Diabetol Metab Syndr.* 2022 Nov 17;14(1):1–30.
28. Mahmoud AM. An Overview of Epigenetics in Obesity: The Role of Lifestyle and Therapeutic Interventions. *Int J Mol Sci [Internet].* 2022 Jan 25;23(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms23031341>
29. The links between gut microbiota and obesity and obesity related diseases. *Biomed Pharmacother.* 2022 Mar 1;147:112678.
30. Caputo M, Pigni S, Antoniotti V, Agosti E, Caramaschi A, Antonioli A, et al. Targeting microbiota in dietary obesity management: a systematic review on randomized control trials in adults. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2022 Jun 16;1–33.
31. Karam JG, McFarlane SI. Secondary causes of obesity. *Therapy.* 2007 Sep;4(5):641–50.
32. Khanna D, Khanna S, Khanna P, Kahar P, Patel BM. Obesity: A Chronic Low-Grade Inflammation and Its Markers. *Cureus.* 2022 Feb;14(2):e22711.
33. Hildebrandt X, Ibrahim M, Peltzer N. Cell death and inflammation during obesity: “Know my methods, WAT(son).” *Cell Death Differ.* 2022 Sep 29;30(2):279–92.
34. Hotamisligil GS. Inflammation and metabolic disorders. *Nature.* 2006 Dec 14;444(7121):860–7.
35. Hotamisligil GS. Inflammation, metaflammation and immunometabolic disorders. *Nature.* 2017 Feb 8;542(7640):177–85.
36. Unamuno X, Gómez-Ambrosi J, Rodríguez A, Becerril S, Frühbeck G, Catalán V. Adipokine dysregulation and adipose tissue inflammation in human obesity. *Eur J Clin Invest.* 2018 Sep;48(9):e12997.
37. Goossens GH. The role of adipose tissue dysfunction in the pathogenesis of obesity-related insulin resistance. *Physiol Behav.* 2008 May 23;94(2):206–18.
38. Rosen ED, Spiegelman BM. What we talk about when we talk about fat. *Cell.* 2014 Jan 16;156(1-2):20–44.
39. Stinkens R, Goossens GH, Jocken JWE, Blaak EE. Targeting fatty acid metabolism to improve glucose metabolism. *Obes Rev.* 2015 Sep;16(9):715–57.
40. WHO EUROPEAN REGIONAL OBESITY REPORT 2022 [Internet]. World Health Organization. WHO Regional Office for Europe; 2022 [cited 2023]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
41. Brochu PM. Weight stigma as a risk factor for suicidality. *Int J Obes.* 2020 Jun 16;44(10):1979–80.
42. Salas X, Jewell J, Breda J. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region [Internet]. 2017. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353613/WHO-EURO-2017-5369-45134-64401-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Guidelines for Media Portrayals of Individuals Affected by Obesity [Internet]. 2016 [cited 2023]. Available from: <https://www.obesityaction.org/wp-content/uploads/Guidelines-for-Media-Portrayals-of-Individuals-Affected-by-Obesity-2016.pdf>
44. Tsuchiya T, Mori M. [An overview of diseases inducing secondary obesity]. *Nihon Rinsho.* 2009 Feb;67(2):357–61.
45. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención [Internet]. <https://bancos.salud.gob.ar/>. 2013 [cited 2023]. Available from: <https://iah.salud.gob.ar/doc/Documento3.pdf>
46. Management of Adult Overweight and Obesity (OBE) [Internet]. 2020 [cited 2023]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/cd/obesity/>
47. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos [Internet]. <https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html>. 2016 [cited 2023]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-sobrepeso-obesidad-adultos.pdf>
48. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ.* 2020 Aug;192(31):875–91.
49. Ratliff JC, Barber JA, Palmese LB, Reutenauer EL, Tek C. Association of prescription H1 antihistamine use with obesity: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Obesity.* 2010 Dec;18(12):2398–400.



50. Wung PK, Anderson T, Fontaine KR, Hoffman GS, Specks U, Merkel PA, et al. Effects of glucocorticoids on weight change during the treatment of Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum*. 2008 May 15;59(5):746–53.
51. John K, Marino JS, Sanchez ER, Hinds TD Jr. The glucocorticoid receptor: cause of or cure for obesity? *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2016 Feb 15;310(4):E249–57.
52. Alonso-Pedrero L, Bes-Rastrollo M, Marti A. Effects of antidepressant and antipsychotic use on weight gain: A systematic review. *Obes Rev*. 2019 Dec;20(12):1680–90.
53. Wu H, Siafis S, Hamza T, Schneider-Thoma J, Davis JM, Salanti G, et al. Antipsychotic-Induced Weight Gain: Dose-Response Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull*. 2022 May 7;48(3):643–54.
54. Grootens KP, Meijer A, Hartong EG, Doornbos B, Bakker PR, Al Hadithy A, et al. Weight changes associated with antiepileptic mood stabilizers in the treatment of bipolar disorder. *Eur J Clin Pharmacol*. 2018 Nov;74(11):1485–9.
55. Gomes-da-Costa S, Marx W, Corponi F, Anmella G, Murru A, Pons-Cabrera MT, et al. Lithium therapy and weight change in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022 Mar;134:104266.
56. Wang Y, Wang D, Cheng J, Fang X, Chen Y, Yu L, et al. Efficacy and tolerability of pharmacological interventions on metabolic disturbance induced by atypical antipsychotics in adults: A systematic review and network meta-analysis. *J Psychopharmacol*. 2021 Sep;35(9):1111–9.
57. Ansari S, Haboubi H, Haboubi N. Adult obesity complications: challenges and clinical impact. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2020 Jun 22;11:2042018820934955.
58. Kornblith LZ, Howard B, Kunitake R, Redick B, Nelson M, Cohen MJ, et al. Obesity and clotting: Body mass index independently contributes to hypercoagulability after injury. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015 Jan;78(1):30–6; discussion 37–8.
59. Engin A. Endothelial Dysfunction in Obesity. *Adv Exp Med Biol*. 2017;960:345–79.
60. Hong YS, Jung KU, Rampal S, Zhao D, Guallar E, Ryu S, et al. Risk factors for hemorrhoidal disease among healthy young and middle-aged Korean adults. *Sci Rep*. 2022 Jan 7;12(1):129.
61. Camilleri M, Malhi H, Acosta A. Gastrointestinal Complications of Obesity. *Gastroenterology*. 2017 May;152(7):1656–70.
62. Cheung N, Wong TY. Obesity and eye diseases. *Surv Ophthalmol*. 2007 Mar-Apr;52(2):180–95.
63. Karna B, Sankari A, Tatikonda G. Sleep Disorder. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
64. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008 Oct 15;4(5):487–504.
65. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med*. 2009 Jun 15;5(3):263–76.
66. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; 2019. Available from: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
67. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
68. WHO Expert Consultation on waist circumference and waist-hip ratio [Internet]. World health organization. 2008 [cited 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2008/12/08/default-calendar/who-expert-consultation-on-waist-circumference-and-waist-hip-ratio>
69. Zapata ME, Roviroso A, Carmuega E. La mesa Argentina en las últimas dos décadas : cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes 1996-2013 [Internet]. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil - CESNI; 2016. Available from: <https://cesni-biblioteca.org/archivos/LA-MESA-ARGENTINA-EN-LAS-ULTIMAS-DOS-DECADAS.pdf>
70. Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENNyS2. Indicadores Seleccionados de Salud y Nutrición. Población Materno-Infantil [Internet]. Ministerio de salud y desarrollo social. Argentina ; 2019. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-priorizados>

71. Promocion de la Salud. Glosario [Internet]. Panamerican Health organization. PAHO-WHO. 1998 [cited 2023]. Available from: <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/glosario.-promocion-de-la-salud.pdf>
72. Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la población argentina. Ministerio de salud y desarrollo social. [Internet]. bancos.salud.gob.ar. 2018 [cited 2023]. Available from: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf
73. Jönsson H, Michaud M, Neuman N. What Is Commensality? A Critical Discussion of an Expanding Research Field. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jun 9;18(12). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18126235>
74. Gellish RL, Goslin BR, Olson RE, McDonald A, Russi GD, Moudgil VK. Longitudinal modeling of the relationship between age and maximal heart rate. *Med Sci Sports Exerc*. 2007 May;39(5):822–9.
75. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020 Dec;54(24):1451–62.
76. Burgess E, Hassmén P, Welvaert M, Pumpa KL. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes*. 2017 Apr;7(2):105–14.
77. Laspiur, Sebastian. *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles - 1a ed.* - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2014. ISBN 978-950-38-0184-0 [Internet]. bancos.salud.gob.ar. [cited 2023]. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000681cnt-manual-abordaje-integral-personas-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.pdf>
78. OPS/OMS. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas [Internet]. <https://www3.paho.org>. 2013 [cited 2023]. Available from: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
79. Espel-Huynh HM, Muratore AF, Lowe MR. A narrative review of the construct of hedonic hunger and its measurement by the Power of Food Scale. *Obes Sci Pract*. 2018 Jun;4(3):238–49.
80. Frayn M, Livshits S, Knäuper B. Emotional eating and weight regulation: a qualitative study of compensatory behaviors and concerns. *J Eat Disord*. 2018 Sep 14;6:23.
81. Betancourt-Núñez A, Torres-Castillo N, Martínez-López E, De Loera-Rodríguez CO, Durán-Barajas E, Márquez-Sandoval F, et al. Emotional Eating and Dietary Patterns: Reflecting Food Choices in People with and without Abdominal Obesity. *Nutrients* [Internet]. 2022 Mar 25;14(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/nu14071371>
82. APA Dictionary of Psychology [Internet]. [APA.org](https://dictionary.apa.org). [cited 2023]. Available from: <https://dictionary.apa.org/coping-strategy>
83. Rodríguez-Cristobal JJ, Alonso-Villaverde C, Panisello JM, Travé-Mercade P, Rodríguez-Cortés F, Marsal JR, et al. Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC Fam Pract*. 2017 Jun 20;18(1):74.
84. Brennan L, Murphy KD, de la Piedad Garcia X, Ellis ME, Metzendorf MI, McKenzie JE. Psychological interventions for adults who are overweight or obese. *Cochrane Libr* [Internet]. 2018 Mar 27; Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012114.pub2>
85. Zaki NFW, Spence DW, Subramanian P, Bharti VK, Karthikeyan R, BaHammam AS, et al. Basic chronobiology: what do sleep physicians need to know? *Sleep Sci*. 2020 Oct-Dec;13(4):256–66.
86. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*. 2014 Jan 1;37(1):9–17.
87. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014 Nov;146(5):1387–94.
88. Judd BG, Sateia MJ. Classification of sleep disorders [Internet]. Up to date. 2023 [cited 2023]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/classification-of-sleep-disorders>
89. Albakri U, Drotos E, Meertens R. Sleep Health Promotion Interventions and Their Effectiveness: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 May 21;18(11). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18115533>
90. Murawski B, Wade L, Plotnikoff RC, Lubans DR, Duncan MJ. A systematic review and meta-analysis of cognitive and behavioral interventions to improve sleep health in adults without sleep disorders. *Sleep Med Rev*. 2018 Aug;40:160–9.



91. National Heart Lung, and Blood Institute. Sueño Saludable [Internet]. U.S Department of health and human services. 2013 [cited 2023]. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/In_Brief_YG_to_Sleep_Spanish_Final.pdf
92. Chung KF, Lee CT, Yeung WF, Chan MS, Chung EWY, Lin WL. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2018 Jul 23;35(4):365–75.
93. Sleep hygiene guidelines [Internet]. UpToDate. 2023 [cited 2023]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PI%2F129764>
94. Kebbe M, Byrne JLS, Damanhoury S, Ball GDC. Following Suit: Using Conversation Cards for Priority Setting in Pediatric Weight Management. *J Nutr Educ Behav*. 2017 May 3;49(7):588–92.e1.
95. Kebbe M, Perez A, Buchholz A, McHugh TLF, Scott SD, Richard C, et al. Conversation Cards for Adolescents©: a patient-centered communication and behavior change tool for adolescents with obesity and health care providers. *J Commun Healthc*. 2020 Apr 2;13(2):79–88.

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina