

Fundación **MAPFRE**

**ESTRATEGIAS DE PÉRDIDA
RÁPIDA DE PESO EN LA
POBLACIÓN ESPAÑOLA**



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA

ESTRATEGIAS DE PÉRDIDA RÁPIDA DE PESO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con las opiniones vertidas en ella.

Se autoriza la reproducción parcial de la información contenida en este estudio siempre que se cite su procedencia.

Maquetación y producción editorial:
Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

Fotografía de portada: @ iStockphoto

© 2025, Fundación MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid (España)
www.fundacionmapfre.org

ISBN: 978-84-9844-895-5
Depósito Legal: M-8034-2025

Autoría

Eduard Baladia¹

Manuel Moñino¹

Martina Miserachs¹

Teresa Fernández²

Giuseppe Russolillo¹

¹ Academia Española de Nutrición y Dietética, Pamplona, España

² Actual Research, Madrid, España

Índice

Resumen ejecutivo	7
1. Introducción	11
1.1. El problema de la obesidad: entre la necesidad de salud pública y la percepción social	11
1.2. Prevención y manejo actual de la obesidad	12
1.3. Factores motivadores, facilitadores y barreras para la pérdida de peso	13
1.4. Estrategias rápidas para perder peso y dietas populares o milagro	14
1.4.1. Ayuno intermitente: qué es, posibles beneficios y posibles riesgos	15
1.4.2. Dietas cetogénicas: qué son, posibles beneficios y posibles riesgos	17
1.4.3. Dietas de muy bajo aporte calórico: qué son, posibles beneficios y posibles riesgos	19
2. Metodología	21
2.1. Diseño de investigación	21
2.2. Ámbito y cronograma	21
2.3. Participantes y diseño muestral	21
2.4. Desarrollo de la encuesta, adaptación y pilotaje	23
2.4.1. Adaptación, pilotaje de la encuesta y recolección de datos	23
2.5. Aspectos éticos	24
2.6. Potenciales sesgos y mecanismos empleados para evitarlos	24
2.7. Análisis de datos y métodos estadísticos	24
3. Resultados	25
3.1. Participantes y características principales de la muestra	25
3.1.1. Características sociodemográficas de la muestra	25
3.1.2. Peso, altura e índice de masa corporal (IMC)	26
3.1.3. Prevalencia de enfermedades diagnosticadas y autodiagnosticadas	27
3.2. Intención y motivación de pérdida de peso y de hacer dieta para perder peso	28
3.2.1. Intención de pérdida de peso, edad de inicio, duración y recuperación del peso perdido	28
3.2.2. Motivación para la pérdida de peso	29
3.2.3. Intención de hacer dieta	30
3.3. Estrategias generales de pérdida rápida de peso	32

3.3.1. Métodos considerados normales y límites	32
3.3.2. Métodos de pérdida rápida de peso y métodos extremos	33
3.3.3. Patrones de pérdida rápida de peso	34
3.4. Dietas populares o milagro	35
3.4.1. Uso y conocimiento de las dietas populares o milagro.	35
3.4.2. Ayuno intermitente, dietas de muy bajo aporte calórico y dieta cetogénica	37
3.4.3. Percepción de facilidad de uso y utilidad de las dietas populares.	41
3.4.4. Percepción de riesgo y beneficio de su uso y necesidad de supervisión	42
3.5. Influencia y apoyo social en la pérdida de peso	44
4. Discusión	47
4.1. Características de la muestra	47
4.2. Intención y motivación de hacer dieta para perder peso	48
4.3. Uso de estrategias de pérdida de peso.	49
4.3.1. Métodos considerados normales y limítrofes	50
4.3.2. Métodos de pérdida rápida de peso y métodos extremos.	50
4.4. Factores asociados a la predisposición de la adopción de estrategias de pérdida rápida de peso	51
4.5. Uso de dietas populares y milagro	51
4.5.1. El ayuno intermitente, las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica.	52
4.5.2. Percepción de riesgos, beneficios, supervisión profesional y apoyo social	54
5. Conclusiones	55
6. Importancia de los hallazgos	57
7. Declaraciones de transparencia y conflictos de interés	59
8. Contribución de los autores/as.	61
9. Financiación y papel de la entidad financiadora.	63
10. Referencias	65
Anexo – Encuesta sobre estrategias de pérdida de peso rápida en población española (The SWIFT SLIM Project)	75

Resumen ejecutivo

Antecedentes

La obesidad es un problema de salud pública en aumento que se asocia a un mayor riesgo de enfermedades crónicas. Ante la urgencia por perder peso, muchas personas recurren a estrategias rápidas, incluidas las dietas milagro, que prometen resultados inmediatos sin respaldo científico. Aunque pueden generar una reducción inicial del peso, las probabilidades de mantener este peso son bajas y conllevan riesgos como deficiencias nutricionales y el efecto rebote. Este estudio analiza la prevalencia y percepción de estas estrategias en la población española, proporcionando información clave para el diseño de políticas de salud y el manejo terapéutico de la obesidad y el sobrepeso.

Objetivos del estudio de investigación

Los objetivos de este estudio fueron:

- Analizar la prevalencia y percepción de las estrategias de pérdida rápida de peso en la población española.
- Identificar los factores que influyen en su adopción.
- Evaluar sus implicaciones en la salud y el mantenimiento del peso a largo plazo.

Metodología empleada

- Este estudio descriptivo transversal se llevó a cabo mediante un cuestionario *online* autoadministrado, diseñado *ad hoc* con encuestas previas similares como base.
- La muestra final incluyó 3.150 participantes, con un margen de error del $\pm 1,78$ % y un intervalo de confianza del 95 %, que se seleccionó

a través de un panel *online* de más de 250.000 integrantes, obteniendo una muestra aleatoria estratificada y representativa de la población española de 18 a 65 años. Se establecieron cuotas de edad y sexo ajustadas a la distribución del padrón actual, y un diseño aporportional por comunidades autónomas para garantizar una cobertura nacional.

- La encuesta, estructurada en cinco dominios clave, incluyó 39 ítems que abordaban:
 - el estado de salud e historial de pérdida de peso
 - estrategias utilizadas
 - motivaciones
 - percepción de dietas populares o milagro
 - y fuentes de información.

Se validó su comprensión y aplicabilidad mediante un pilotaje previo. La recolección de datos se realizó en octubre de 2024 a través de formulario *online* con una duración media de 15 minutos por participante.

- En términos éticos, los participantes firmaron un consentimiento informado, asegurando la confidencialidad y anonimización de los datos. Dado que no implicó intervención biomédica, el estudio no requirió aprobación de un comité de ética. Para minimizar sesgos, se implementaron estrategias de control en la selección de participantes, la estructuración de la encuesta y el análisis de datos.
- El procesamiento de la información se realizó con IBM SPSS Statistics 25, aplicando análisis descriptivos y pruebas estadísticas para evaluar diferencias significativas entre grupos.

- Los hallazgos obtenidos proporcionan información clave para el desarrollo de políticas de salud pública y estrategias dietético-nutricionales basadas en la evidencia.

Principales hallazgos

- *Alta prevalencia de sobrepeso y obesidad:* el sobrepeso y la obesidad afectan a una gran parte de la muestra (33 % de sobrepeso y 19 % de obesidad). A pesar de que muchas personas tienen exceso de peso corporal, en ocasiones no son conscientes de ello o no lo perciben como un problema. Esta desconexión entre cómo las personas perciben su peso y el diagnóstico médico de la obesidad o el sobrepeso puede dificultar que la población tome decisiones responsables para perder peso y mejorar su salud.
- *Frecuencia e intentos de pérdida de peso:* 7 de cada 10 personas han intentado perder peso al menos una vez en su vida, con una media de 7 intentos. La motivación para adelgazar responde tanto a preocupaciones de salud como a factores socioculturales y estéticos, especialmente en mujeres y personas que tienen obesidad.
- *Intención y percepción de hacer dieta para adelgazar:* el 52 % de los encuestados han reportado haber reducido en algún momento su ingesta calórica para perder peso. A pesar de la percepción general de la dieta como una estrategia útil y beneficiosa, no siempre se considera una experiencia agradable.
- *Preferencia por estrategias de pérdida rápida de peso:* a pesar de que la combinación de dieta y ejercicio es la estrategia con mayor respaldo de la evidencia científica, muchas personas recurren a métodos más drásticos y sin soporte científico. El 43 % reporta eliminar la ingesta de hidratos de carbono, el 15 % utilizar productos dietéticos, el 12 % se salta más de dos comidas al día y el 8 % usa laxantes, diuréticos y pastillas no recetadas con el objetivo de adelgazar. Las mujeres, los jóvenes y las personas con obesidad son los grupos más propensos a recurrir a métodos extremos para perder peso. Además, la motivación asociada a la imagen corporal predomina en la juventud, mientras que en la edad adulta el objetivo principal es mejorar la salud. La presión social y la percepción de la imagen corporal podrían jugar un papel clave en esta tendencia.
- *Estrategias de adelgazamiento populares o milagro:* 5 de cada 10 encuestados han seguido algún tipo específico de dieta popular o milagro de adelgazamiento, aunque solo la mitad de ellos es plenamente consciente de haberlo hecho. El ayuno intermitente es la estrategia de pérdida de peso rápida más utilizada (3 de cada 10 encuestados reportan haberla seguido), seguida por las dietas de muy bajo aporte calórico (2 de cada 10) y la dieta cetogénica (1 de cada 10). Sin embargo, la mayoría de quienes las siguen lo hacen sin supervisión de un profesional sanitario, lo que aumenta los riesgos asociados.
- *Efecto rebote y recuperación del peso perdido:* la pérdida media de peso reportada en el estudio es de 6 kg, pero suelen recuperarse 5,3 kg, lo que supone la mayor parte del peso perdido. Entre el 39 y el 52 % de las personas que han probado específicamente el ayuno intermitente, las dietas de muy bajo aporte calórico o las dietas cetogénicas reportan recuperar parcial o totalmente el peso perdido. Esto sugiere que las estrategias empleadas no son mantenidas a largo plazo y que la adherencia a los cambios de estilo de vida es un desafío constante en el manejo terapéutico de la obesidad.
- *Percepción de riesgos y supervisión profesional:* entre el 40-53 % reconoce que las dietas de muy bajo aporte calórico, el ayuno intermitente o la dieta cetogénica pueden entrañar algún peligro, y entre el 60-69 % considera que deberían realizarse bajo supervisión sanitaria. Sin embargo, en la práctica el 69 % de los encuestados realizaron estas dietas sin ningún tipo de control profesional. Esto podría aumentar el riesgo de efectos adversos, deficiencias nutricionales y trastornos de la conducta alimentaria.
- *Necesidad de estrategias que puedan mantenerse a largo plazo:* a pesar del atractivo de los métodos rápidos, la evidencia sugiere que una aproximación más realista, individualizada y supervisada es clave para lograr una pérdida de peso mantenida en el tiempo y beneficios para la salud a medio y largo plazo. Se requieren intervenciones que combinen educación alimentaria, cambios en el estilo de vida, apoyo profesional para mejorar la efectividad y seguridad de los esfuerzos por alcanzar un peso saludable.

Importancia de los hallazgos

- *El presente estudio confirma que el sobrepeso y la obesidad son muy comunes en España, pero también señala una diferencia preocupante entre la propia percepción del peso y el diagnóstico médico del exceso de peso. Esta discrepancia dificulta la toma de decisiones informadas para la salud y refuerza la tendencia a recurrir a métodos de pérdida rápida de peso sin supervisión profesional.*
- *Desde una perspectiva de salud pública, estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas y mejorar la alfabetización alimentaria desde edades tempranas. La regulación de mensajes en redes sociales y medios de comunicación es clave para combatir la desinformación y frenar la difusión de prácticas ineficaces o potencialmente peligrosas. Además, la integración de dietistas-nutricionistas en el sistema sanitario resulta esencial para garantizar que las intervenciones sean coste-efectivas, seguras y puedan mantenerse a largo plazo.*
- *Para los profesionales de la nutrición y la dietética, el estudio destaca la urgencia de adaptar las estrategias a las necesidades y percepciones individuales. La elevada tasa de efecto rebote y la baja adherencia a largo plazo evidencian la necesidad de enfoques más personalizados. Es fundamental desmitificar creencias erróneas sobre dietas populares o milagro como el ayuno intermitente y la dieta cetogénica, promoviendo alternativas basadas en la evidencia científica y adaptadas a cada persona.*
- *En cuanto a la población general, los resultados advierten sobre los riesgos de los métodos rápidos de pérdida de peso y sin supervisión, que con frecuencia contribuyen a un patrón cíclico de fracasos dietéticos y frustración. La recuperación del peso perdido es un problema recurrente, lo que resalta la importancia de adoptar cambios de estilo de vida duraderos en lugar de soluciones temporales. Además, el acceso masivo a información sobre dietas en redes sociales no siempre ha sido positivo, ya que ha fomentado la adopción de estrategias sin validación científica.*
- *Este estudio evidencia la necesidad de un cambio de paradigma en la gestión del peso corporal, alejándose de enfoques restrictivos y apostando por intervenciones científicamente respaldadas. Para lograrlo, se requiere un esfuerzo coordinado entre las políticas de salud pública, los profesionales de la nutrición y la dietética y la sociedad en general. La pérdida de peso debe abordarse como un proceso integral, priorizando la salud y el bienestar por encima de la rapidez de los resultados.*



1. Introducción

1.1. El problema de la obesidad: entre la necesidad de salud pública y la percepción social

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel global y se ha convertido en una de las principales amenazas para la salud pública del siglo XXI. A pesar de la creciente concienciación sobre sus consecuencias adversas, su prevalencia no solo no ha disminuido, sino que sigue en ascenso, impactando significativamente tanto en el bienestar individual como en la sostenibilidad del sistema de salud^{1,2}.

Entre 1990 y 2017, el número de muertes atribuidas a un alto índice de masa corporal (IMC) se duplicó en todo el mundo, a la vez que han disminuido los años de vida ajustados por discapacidad, subrayando así la gravedad de esta crisis de salud pública³. En 2016, se estimó que el sobrepeso y la obesidad afectaban al 39 % de los adultos a nivel mundial, y las proyecciones indican que esta cifra alcanzará el 58 % en 2030, lo que evidencia una tendencia alarmante y que parece difícil de revertir⁴.

En España, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha seguido una tendencia ascendente en las últimas décadas en paralelo con las tendencias globales. En la población adulta, los datos disponibles reflejan un aumento sostenido que afecta a ambos sexos y que se acentúa con la edad. En 2016, algunos autores⁵ estimaron que en el grupo de 25 a 64 años la prevalencia de sobrepeso era del 39,3 %, mientras que la de obesidad alcanzaba el 21,6 %, con una mayor proporción en hombres (22,8 %) que en mujeres (20,5 %). Además, la obesidad abdominal se situó en el 33,4 %, siendo más frecuente en mujeres. Según la Encuesta Europea de Salud en España de Salud, alrededor del 53,6 % de los adultos en España tenían exceso de peso corporal (sobrepeso u obesidad) en 2020⁶. Un estudio adicional mostró que la prevalencia de obesidad aumentó del 7,3 % (IC de 95 %, 7,0-7,7) en 1987 al 15,7 % (IC de 95 %, 15,1-16,3) en 2020⁷. Esta tendencia se confirmó

con los datos del estudio ENE-COVID publicados en 2023⁸, y en el que participaron 57.131 personas. En este estudio, la prevalencia de obesidad se fijó en el 18,6 % y el exceso de peso en 56 %, siendo más altas en hombres que en mujeres (obesidad: 19,3 vs. 18,0 %; exceso de peso: 63,7 vs. 48,4 %), mientras que la obesidad severa fue más prevalente en mujeres (4,5 vs. 5,3 %).

La prevalencia de exceso de peso corporal en niños españoles de 6 a 9 años (Estudio ALADINO 2023) es del 36,1 %, con un 20,2 % de sobrepeso y un 15,9 % de obesidad, que marca una mejora respecto al 40,6 % reportado en 2019. Sin embargo, persisten marcadas desigualdades socioeconómicas, con una prevalencia del 46,7 % en hogares con ingresos bajos frente al 29,2 % en familias más acomodadas. El estudio ENE-COVID refiere datos de población infantil de 2 a 17 años, situando la tasa de sobrepeso en el 19,2 %, con una prevalencia del 24,7 % entre los de edad de 10-13 años, y del 10,7 % de obesidad, con tasas de hasta el 17 % en niños de 6-9 años. Por su parte, la serie histórica del INE muestra que la prevalencia de exceso de peso en niños de 2 a 6 años aumentó del 23,3 % durante el período 1999-2010 al 39,9 % durante 2011-2021, mientras que en niños de 7 a 13 años, la prevalencia de exceso de peso corporal aumentó del 32,3 % durante el período 1999-2010 al 35,3 % durante 2011-2021⁹.

El aumento de la prevalencia de obesidad y sobrepeso ha sido paralelo a cambios en los hábitos alimentarios y el estilo de vida en la población española, influenciados por la globalización y la occidentalización de la dieta. En España se ha observado una disminución en la adherencia a la dieta mediterránea, mientras se incrementa el consumo de alimentos procesados de baja calidad nutricional y bebidas azucaradas. Esto, junto con el aumento del sedentarismo, así como factores genéticos, psicológicos y socioeconómicos, han contribuido significativamente al incremento de la obesidad¹⁰.

La obesidad se asocia con un mayor riesgo de desarrollar otras afecciones de salud graves. Las personas que viven con obesidad tienen por lo general mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, problemas reproductivos, enfermedades hepáticas y renales, problemas musculoesqueléticos, problemas respiratorios, problemas de salud mental y un mayor riesgo de varios tipos de cáncer¹¹. Estas condiciones de salud no solo afectan la calidad de vida de las personas, sino que también imponen una carga significativa sobre los sistemas nacionales de salud, servicios sociales y las economías de los países¹²⁻¹⁴.

La lucha contra la obesidad requiere un enfoque multidisciplinario y multifacético. Es fundamental promover hábitos alimentarios saludables y un estilo de vida activo desde una edad temprana. Las políticas públicas pueden desempeñar un papel crucial en la creación de entornos que fomenten elecciones alimentarias saludables y faciliten la práctica diaria de actividad física. Además, es esencial abordar las desigualdades socioeconómicas que contribuyen a la obesidad, como mejorar el acceso a alimentos saludables y asequibles en los grupos de bajos ingresos, así como proporcionar educación nutricional y apoyo para la adopción de hábitos de vida saludables.

1.2. Prevención y manejo actual de la obesidad

El manejo efectivo de la obesidad es crucial para reducir los riesgos de salud asociados, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 o ciertos tipos de cáncer. Las guías basadas en la evidencia recomiendan una variedad de intervenciones, incluyendo cambios en el estilo de vida, tratamientos farmacológicos e intervenciones quirúrgicas que han demostrado ser efectivas en la reducción del peso corporal¹⁵.

Mientras que las intervenciones en el estilo de vida se consideran esenciales en el abordaje de la obesidad, el tratamiento farmacológico y la cirugía bariátrica (conjunto de técnicas quirúrgicas cuyo principal objetivo es alterar significativamente la anatomía gastrointestinal para reducir la ingesta de alimentos y la absorción de nutrientes) solo deben ofrecerse bajo ciertas circunstancias, como el riesgo de morbimortalidad y la no eficacia de la modificación del estilo de vida^{15,16}. El cambio de estilo de vida se recomienda como el enfoque

primario debido a su menor probabilidad de resultados desfavorables en comparación con las intervenciones farmacológicas y quirúrgicas¹⁷.

Las intervenciones dietéticas que limitan la ingesta energética son el primer paso en el manejo de la obesidad¹⁸. Diversas dietas hipocalóricas han sido sugeridas para la pérdida de peso¹⁹, muchas de ellas relacionadas con la distribución de macronutrientes para promover una pérdida de peso gradual o rápida. Asimismo, las dietas hipocalóricas pueden realizarse bajo distintos patrones alimentarios, para mejorar su adherencia y ser culturalmente aceptables, como la dieta mediterránea.

Una revisión sistemática que incluyó 16 ensayos controlados aleatorizados mostró que el uso de la dieta mediterránea, como base del plan dietético, se asoció con la pérdida de peso y su mantenimiento²⁰. Por su parte, datos del estudio PREDIMED PLUS al año de seguimiento refieren una disminución de la adiposidad en adultos mayores con sobrepeso/obesidad con síndrome metabólico²¹, y la reducción significativa de la grasa total y visceral, a la vez que se atenuó las pérdidas de masa magra relacionadas con la edad²².

Aunque muchas de estas intervenciones han demostrado ser coste-efectivas²³, a menudo se reportan bajas tasas de adherencia y cumplimiento^{24,25}. Cambiar los hábitos alimentarios y estilo de vida, en general, son retos desafiantes, dada la naturaleza compleja de la obesidad en la que intervienen factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales¹⁷. Algunas investigaciones sugieren que la implementación de intervenciones de estilo de vida en la atención primaria presenta desafíos debido a factores como la falta de efectividad de las intervenciones, el tiempo insuficiente en las consultas y la creencia de que las personas que tienen sobrepeso u obesidad carecen de motivación (sesgo de peso)^{26,27}.

Si bien las estrategias para la pérdida de peso suelen dar mayor importancia a los ajustes dietéticos (como, por ejemplo, la reducción del consumo de alimentos con mayor densidad energética y/o superfluos, incremento del consumo de alimentos de alta densidad energética como hortalizas, etc.), el aumento de la actividad física, los cambios conductuales necesarios y mantener la pérdida de peso a largo plazo, siguen siendo retos significativos²⁸. Un metaanálisis reportó que la mayoría de los participantes (77 %) que siguieron dietas para la pérdida de peso recuperaron el peso perdido después de la

fase de adelgazamiento²⁹. Esto se debe en parte a la amplia gama de obstáculos a los que se enfrentan las personas con obesidad en sus esfuerzos por perder peso, lo que afecta su capacidad para iniciar y mantener la pérdida de peso corporal³⁰. A largo plazo, de 24 semanas en adelante, solo entre el 10-20 % lograrían mantener su pérdida de peso. Esta situación perpetúa el fenómeno conocido como “yo-yo dietético”, que describe a las personas que siguen una dieta, pierden peso, encuentran un estancamiento y luego recuperan el peso perdido, lo que aumenta el sentimiento de frustración por la percepción de que la dieta ha fallado³¹.

La pérdida de peso está influenciada por múltiples barreras y factores facilitadores. Es necesario comprenderlos para desarrollar intervenciones personalizadas y efectivas que apoyen los esfuerzos que supone, para las personas con obesidad y para los equipos sanitarios, el manejo del peso³² y que, por otra parte, se considera escasamente investigado³³.

La clave para un manejo exitoso radica en la personalización de las estrategias para abordar las barreras y facilitadores a los que se enfrentan los individuos, así como en la implementación efectiva de estas intervenciones dentro del sistema nacional de salud, especialmente en la atención primaria. La comprensión profunda de los factores que influyen en el éxito o el fracaso de las intervenciones es esencial para desarrollar enfoques que puedan mantener la pérdida de peso a largo plazo y mejorar la salud general de la población.

1.3. Factores motivadores, facilitadores y barreras para la pérdida de peso

Las personas que viven con obesidad enfrentan diversas barreras que dificultan sus esfuerzos para perder peso, mientras que ciertos factores motivadores pueden impulsarlas hacia resultados exitosos³².

En una revisión sistemática que incluyó 19 artículos, de los cuales 10 fueron investigaciones cualitativas, 4 transversales, 2 revisiones sistemáticas y 3 ensayos mixtos³², y en otra revisión bibliográfica que incluyó 28 estudios³³, se analizaron en profundidad las motivaciones, factores facilitadores y barreras percibidas por las personas que querían perder peso. Las motivaciones comunes para la pérdida de peso incluyeron: preocupaciones por la salud, deseo de mejorar la satisfacción corporal, deseo

de mantener un estado de salud que permita atender y apoyar a la familia, recuperar un sentido de normalidad, la motivación personal y la autodeterminación, y la planificación previa^{32,34-36}.

Entre los factores facilitadores identificados destacaron: disponer de instalaciones y planificación adecuada para realizar ejercicio físico, seguir una dieta equilibrada en macronutrientes y la asistencia o soporte por parte de profesionales sanitarios, amigos (pares) o familiares^{30,32,33,37,38}.

Entre las barreras más comúnmente señaladas, destacan: dificultad de realizar cambios profundos en el estilo de vida, empeoramiento del estado de salud, presiones externas (sociales), apoyo insuficiente por parte del entorno, percepción de falta de autocontrol/motivación, malestar físico y dificultad de mantener una vida funcional (capacidad para realizar actividades de la vida diaria sin limitaciones), poco tiempo, baja adherencia a la dieta y a los planes de alimentación, desafíos para lograr la saciedad debido a restricciones dietéticas excesivas, así como la preocupación sobre la eficacia a largo plazo de los planes dietéticos^{32,33,35,36,39-42}.

Los desencadenantes asociados a las barreras para implementar cambios dietéticos adecuados incluyeron actividades tales como el uso de redes sociales, los estados emocionales como el aburrimiento, la tristeza, el estrés y la desproporcionada disponibilidad de alimentos poco saludables frente a saludables, así como condiciones fisiológicas como el síndrome premenstrual³².

Un error común entre las personas que intentan perder peso es pensar que el proceso es lineal. Sin embargo, la pérdida de peso ocurre más rápidamente al principio, para luego llegar a un punto de meseta o incluso a un ligero aumento de peso a pesar de mantener el déficit calórico establecido³¹. A medida que pasa el tiempo, las personas experimentan un estancamiento en la pérdida de peso que puede ser difícil de superar. La situación de ver una reducción rápida de peso inicial y luego permanecer estancado a pesar de los esfuerzos, puede ser frustrante³¹. Comprender por qué ocurre este estancamiento puede ayudar a las personas a mantenerse constantes en sus esfuerzos de pérdida de peso y seguir progresando en lugar de retroceder. Identificar estos desafíos y considerar diversas estrategias para superar los estancamientos se ha relacionado con un mayor grado de éxito en la consecución y el mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo³¹.

A pesar de que los expertos recomiendan dietas de pérdida de peso gradual para las personas con obesidad, muchas desean perderlo en el menor tiempo posible⁴³.

1.4. Estrategias rápidas para perder peso y dietas populares o milagro

Debido a las dificultades que experimentan las personas con obesidad para reducir su peso corporal, las estrategias de pérdida de peso rápidas siguen siendo atractivas específicamente para las personas que experimentan resistencia a la pérdida de peso corporal⁴⁴. Sin embargo, en la literatura científica, sigue existiendo controversias en torno a la tasa deseable de pérdida de peso⁴⁴.

Resulta innegable que la rápida pérdida de peso experimentada en personas con obesidad y alto riesgo de morbimortalidad, debido al exceso de grasa corporal, se traduce en importantes mejoras de su salud y su calidad de vida²⁹. Sin embargo, se ha hipotetizado que las pérdidas de peso que se dan de forma gradual pueden producir mayores beneficios en comparación a la pérdida rápida de peso corporal⁴⁴.

De hecho, muchos investigadores, y la mayoría de organizaciones profesionales, recomiendan un enfoque de pérdida de peso gradual, argumentando que esta puede resultar en un mejor manejo del peso a largo plazo^{44,45}.

Aunque ambos abordajes terapéuticos puedan conducir a una pérdida de peso efectiva, es muy probable que sus efectos metabólicos y antropométricos sean distintos. Los estudios sugieren que a pesar de la reducción en la masa grasa corporal, las circunferencias de cintura y cadera, experimentadas en ambos protocolos, la pérdida de peso lenta puede resultar en una mejor composición corporal, especialmente en el mantenimiento de masa magra y de la tasa metabólica en reposo^{43,46,47}. También es necesario considerar que la estrategia de pérdida de peso rápida puede ser distinta en hombres y mujeres⁴⁸.

En relación con los posibles efectos adversos asociados a la pérdida de peso rápida, se han señalado algunos problemas cardiometabólicos⁴⁹. En concreto, la pérdida rápida de peso corporal puede inducir cambios en la repolarización cardíaca, un mecanismo importante en el desarrollo de arritmias malignas y la ocurrencia de muerte súbita⁴⁹.

También se ha asociado un mayor riesgo de formación de cálculos biliares⁵⁰, sin embargo, y aunque aún sea un tema muy controvertido, parece no estar asociado a un mayor riesgo de trastornos del comportamiento alimentario⁵¹.

En definitiva, aunque algunas personas con alto riesgo cardiometabólico pueden beneficiarse de una pérdida de peso corporal rápida, para una gran parte de la población, con ligeros exceso de grasa corporal, es muy posible que esta estrategia tenga más riesgos que beneficios, especialmente si se realiza a través de dietas de eficacia y seguridad no científicamente probadas.

En este sentido, aunque una buena parte de la población consulte a profesionales de la salud como dietistas-nutricionistas para conseguir objetivos de pérdida de peso adecuados a su estado de salud, existe otra profundamente obsesionada con probar dietas de lo más variopintas⁵².

El interés global por las dietas ha aumentado considerablemente en las últimas dos décadas. Un estudio señala que las búsquedas de pérdida de peso y dietas en internet aumentaron significativamente entre 2004 y 2018⁵³, y es muy probablemente que aún se mantenga esa tendencia.

Las personas que viven con obesidad están muy expuestas a patrones alimentarios restrictivos, que emergen en distintos períodos, conocidos como dietas de moda. Estas dietas suelen verse como soluciones rápidas para problemas que deberían ser tratados a largo plazo⁵². Las dietas de moda, también llamadas dietas populares, milagro o dietas de tendencia, es un término ampliamente utilizado para describir métodos dietéticos o dietas que alteran la proporción en la ingesta de macronutrientes y animan a consumir o evitar determinados alimentos, a menudo con el objetivo de una rápida pérdida de peso, y siempre con reclamos que van más allá de lo que la ciencia puede soportar^{54,55}.

Estas dietas son más que cuestionables a nivel nutricional⁵², no suelen poderse seguir a largo plazo, presentan tasas elevadas de abandono y *a priori* parecen ser adecuadas para todas las personas que quieran seguirlas, independientemente de su estado de salud⁵².

Algunas dietas que han marcado las mayores tendencias en la historia de las dietas de moda son el ayuno intermitente o las dietas de Atkins, cetogénica,

paleolítica, detox, de la zona, *South Beach*, *Weight Watchers* y la dieta Dukan^{52,56-60}. Vale la pena subrayar que, en general, los estudios científicos realizados sobre la efectividad de este tipo de dietas son muy limitados y a veces inexistentes⁵².

Aunque algunas de estas dietas han mostrado tener la capacidad de generar una pérdida rápida de peso, la comunidad científica ha expresado en varias ocasiones preocupación por su efecto en las personas que deciden seguirlas, especialmente por las que tienen una o varias enfermedades concomitantes⁵². En concreto, algunos estudios sugieren que estas dietas de moda podrían tener impactos negativos en la salud renal y, sobre todo, descuidar aspectos alimentarios fundamentales en la prevención de enfermedades crónicas como la restricción moderada de proteínas de origen animal y de sal, el equilibrio en la ingesta de carbohidratos y grasas, o el consumo habitual de frutas y hortalizas⁵⁸.

En 2020, en Estados Unidos, más del 40 % de las personas declararon seguir una dieta o patrón alimentario específico⁶¹, siendo los más populares el ayuno intermitente, la dieta limpia (*clean eating*), y la cetogénica y la baja en hidratos de carbono. La prevalencia de uso de dietas populares o milagro a lo largo de la vida y en el último año antes del estudio fue del 7,5 y 2,9 %, respectivamente, con una mayor probabilidad entre mujeres, personas solteras, con educación universitaria y con síntomas depresivos, y con mayor probabilidad de uso de suplementos a base de plantas y de suplementos dietéticos⁶².

La mayoría de los estudios revisados examinaron la influencia interpersonal (62 %; interacciones y relaciones entre las personas) y reportaron que esta tiene un impacto significativo en una variedad de comportamientos relacionados con dietas populares o milagro (92 %). Tanto la interacción social como la influencia de los medios de comunicación fueron identificados como factores motivadores clave para adoptar métodos dietéticos poco saludables (54 %). Además, el apoyo social afectó la adopción y mantenimiento del uso de dietas populares o milagro (23 %). También se observó que las normas sociales como eventos o celebraciones influyen en conductas de control de peso poco saludables (15 %). Esta revisión reveló que la influencia social está asociada con la adopción, adherencia y abandono de dietas populares o milagro⁶³.

Si bien las dietas populares o milagro son mayoritariamente seguidas por personas adultas, los niños y los adolescentes que intentan perder peso también es posible que sucumban a las dietas promovidas por los medios de comunicación⁶⁴. Asimismo, es importante reconocer que muchos niños con obesidad tienen al menos un familiar que también tiene obesidad, lo que puede facilitar el seguimiento de dietas populares o milagro entre los más pequeños⁶⁵. Dado que la infancia es crucial para establecer hábitos de vida saludables, es fundamental promover consejos dietéticos prácticos respaldados por la evidencia científica⁶⁴. En consecuencia, se debe desalentar el uso de dietas restrictivas en la población pediátrica y, en su lugar, fomentar un patrón de alimentación saludable y la actividad física regular que permita a los niños establecer conductas que promuevan la salud durante toda la vida⁶⁴.

1.4.1. Ayuno intermitente: qué es, posibles beneficios y posibles riesgos

La restricción calórica es una intervención popular para la pérdida de peso que se presenta en dos formas principales: restricción energética continua y restricción energética intermitente. Mientras que la restricción continua es una estrategia dietética que reduce entre el 15 y el 40 % de las necesidades calóricas basales en el total de la dieta⁶⁶, la intermitente se caracteriza por períodos de marcada restricción energética combinados con una ingesta normal de energía⁶⁷. Desde la aparición de la restricción intermitente, ha habido una creciente controversia sobre los efectos de ambas en el abordaje del sobrepeso u obesidad en adultos, en términos de pérdida de peso, circunferencia de la cintura y composición corporal⁶⁸.

Desde tiempos antiguos⁶⁹, el ayuno ha sido promovido tanto para el desarrollo espiritual como para la promoción de la salud. Esta práctica ha sido adoptada en diversas culturas y religiones a lo largo de la historia. Un ejemplo destacado es el Ramadán, el noveno mes del calendario islámico, durante el cual los musulmanes ayunan desde el amanecer hasta el atardecer. En la Antigua Grecia, el ayuno prolongado era una práctica común y se consideraba una forma de purificación tanto del cuerpo como del espíritu. Asimismo, en los tiempos del Antiguo Testamento, el ayuno era una práctica observada por los hebreos con fines religiosos y espirituales, como penitencia, arrepentimiento y búsqueda de cercanía con Dios.

Los protocolos de ayuno intermitente más populares incluyen varios enfoques distintos^{70,71}. El ayuno en días alternos implica días de alimentación libre durante 24 horas, seguidos de 24 horas de ayuno completo. El ayuno dos veces por semana, también conocido como la dieta 5:2, consiste en cinco días de alimentación sin restricciones y dos días de ingesta calórica reducida. El ayuno con restricción de tiempo temprano se ejemplifica con una división de 16:8, donde se ayuna durante 16 horas y se come durante un período de 8 horas al día. Por otro lado, el ayuno con restricción de tiempo retrasado sigue un patrón similar, pero ajustando las horas de alimentación y ayuno a horarios más tardíos.

El ayuno intermitente ha gozado de cierta atención mediática en las últimas décadas, resaltándose sus potenciales beneficios fisiológicos. Entre estos beneficios se incluyen la promoción de la longevidad, la reducción del riesgo de cáncer y diabetes, y la mejora de la salud cerebral⁷².

La mayoría de las investigaciones sobre el ayuno intermitente^{70,73} se centran en la evaluación de su eficacia en las medidas antropométricas (44,2 % de los estudios), el impacto en el perfil lipídico (23,6 %), la influencia en los niveles de glucosa en sangre (16,2 %), los indicadores de salud cardiovascular (11,7 %) y cómo afecta el apetito (2,6 %). Estos datos reflejan una atención científica diversa hacia los distintos beneficios potenciales del ayuno intermitente.

Se hipotetiza que el ayuno intermitente podría ser más efectivo que la restricción energética continua debido a varios mecanismos de acción. Aunque algunos datos preliminares sugieren que los regímenes de ayuno intermitente podrían proporcionar beneficios cardiometabólicos sin pérdida de peso, la mayoría de los estudios no son concluyentes. Existe la hipótesis de que estos regímenes pueden afectar diferencialmente la oxidación de sustratos, aumentando la de proteínas y grasas⁷⁴. Es decir, durante las primeras horas de ayuno se pierde peso rápidamente, aunque este ritmo se va reduciendo con el tiempo. Al inicio, el cuerpo produce glucosa a partir de aminoácidos (gluconeogénesis). Con el ayuno prolongado, se queman más grasas, lo que genera cetonas que se usan como energía en el cerebro, reduciendo la necesidad de producir glucosa y protegiendo las reservas de proteínas y grasas⁷⁴. Además, ocurren varios cambios hormonales: disminuyen los niveles de insulina y aumentan los de glucagón, lo que podría explicar los beneficios en personas con obesidad y diabetes tipo 2⁶⁹.

A pesar de los mecanismos de acción señalados, los regímenes de ayuno intermitente implican una restricción energética significativa en ciertos períodos, consumiéndose menos del 25 % de las necesidades energéticas del cuerpo en los días de ayuno, seguido de días de alimentación libre. Esto a veces se traduce en una restricción energética global más acusada que en una dieta con restricción energética continua, lo que explicaría una mayor pérdida de peso y mejor control glucémico⁷⁵.

La eficacia del ayuno intermitente, que ha sido evaluada en varios metaanálisis, arroja resultados contrapuestos. Existe una considerable heterogeneidad en la evidencia sobre los efectos de la restricción energética intermitente y la continua en adultos con sobrepeso u obesidad, lo que presenta dificultades a la hora de establecer recomendaciones de salud basadas en la evidencia.

Según dos revisiones sistemáticas, aproximadamente el 27 % de las asociaciones de impacto en la salud estudiadas muestran que el ayuno intermitente es más eficaz que no realizar ninguna intervención dietética específica. Afectaría a la reducción del peso corporal, la masa grasa, la circunferencia de la cintura, la insulina en ayunas, el colesterol LDL, el colesterol total y los triglicéridos^{70,73}.

Sin embargo, cuando se compara la restricción energética intermitente con la continua, los resultados indican que el ayuno intermitente no parece ser más efectivo que la restricción continua para la pérdida de peso y otros marcadores de salud cardiometabólica^{73,76}.

Una revisión Cochrane⁷⁷ indicó que el ayuno intermitente redujo el peso corporal en comparación con la alimentación *ad libitum* a corto plazo, pero no se encontró un efecto claro en comparación con la restricción continua tanto a corto como a medio plazo. También se observó incertidumbre en los efectos del ayuno intermitente sobre la glucosa en sangre.

La prevalencia de uso del ayuno intermitente varía entre diferentes poblaciones. En el Estudio Canadiense de Comportamientos de Salud de los Adolescentes, el 47,7 % de las mujeres, el 38,4 % de los hombres y el 52,0 % de los participantes transgénero o no conformes con el género reportaron haber practicado ayuno intermitente en los últimos 12 meses⁷⁸. En Estados Unidos, se analizaron datos del estudio Healthy Minds⁷⁹, donde el

ayuno en las últimas 4 semanas fue común tanto en hombres (14,77 %) como en mujeres (18,12 %) y aumentó significativamente en los hombres entre 2016 (10,30 %) y 2020 (19,81 %). La práctica habitual de ayuno también aumentó entre ambos sexos durante este período y se asoció con mayores probabilidades de síntomas relacionados con la salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, ideación suicida y autolesiones no suicidas. En China, según una encuesta nacional⁸⁰, el 11,70 % declaró haber practicado ayuno intermitente en el último año, y se identificaron factores de riesgo asociados a la práctica del ayuno.

En relación con el posible vínculo entre ayuno intermitente y trastornos de la conducta alimentaria, es razonable hipotetizar que el ayuno puede ser adoptado como una estrategia por aquellos con altos niveles de insatisfacción corporal y un fuerte deseo de perder peso, lo que podría llevar a la adopción de métodos de restricción severa^{81,82}.

Los efectos adversos atribuibles al ayuno intermitente reportados en los estudios incluyen dolor de cabeza leve, mareos, náuseas, diarrea, sensación de frío, estreñimiento, falta de energía, irritabilidad, dificultad para concentrarse, eventos adversos gastrointestinales, neurológicos y hematológicos, así como alteraciones en los parámetros del sueño, hormonas reproductivas y tiroideas^{70,77,83,84}.

Estos efectos secundarios deben considerarse a la hora de implementar intervenciones de ayuno intermitente, a la vez que es necesario investigar más y mejor para evaluar a fondo su incidencia y gravedad.

1.4.2. Dietas cetogénicas: qué son, posibles beneficios y posibles riesgos

La dieta cetogénica es un patrón alimentario diseñado para inducir un estado metabólico conocido como cetosis. Las dietas cetogénicas fueron desarrolladas en la década de 1920 para el manejo de condiciones como la diabetes y la epilepsia, especialmente en casos donde los tratamientos tradicionales eran ineficaces⁸⁵.

Esta dieta se caracteriza por un consumo extremadamente bajo de carbohidratos, generalmente limitado al 5-10 % del total de calorías diarias⁸⁶, o en cifras absolutas, a una ingesta de menos de 50 g/día⁸⁷. Se centra en el consumo elevado de grasas y

niveles moderados de proteínas establecida en 4:1 o 3:1⁸⁵, alejada de la dieta convencional, con una relación de 1:2 o 1:3.

Actualmente existen diferentes variantes de la dieta cetogénica: la dieta cetogénica clásica, la dieta Atkins modificada, la dieta cetogénica de triglicéridos de cadena media y la dieta muy baja en calorías y cetogénica o VLCKD por sus siglas en inglés (*very low calorie ketogenic diet*), caracterizada por un contenido de carbohidratos <50 g/día, 1-1,5 g de proteínas/kg de peso corporal ideal, 15-30 g de grasas/día y alrededor de 500-800 kcal/día. Las dietas cetogénicas clásica y Atkins modificada son ampliamente utilizadas en entornos clínicos, especialmente para tratar la epilepsia refractaria⁸⁸.

Además de sus aplicaciones en epilepsia refractaria, la dieta cetogénica ha ganado popularidad como estrategia para perder peso y por sus posibles beneficios en el manejo de condiciones relacionadas con la obesidad, como la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer y apnea del sueño⁸⁹⁻⁹¹, así como también para el control de la obesidad⁹².

Sus defensores sugieren que la cualidad de ser muy baja en carbohidratos y alta en grasas puede conducir a una pérdida de peso rápida, mejorar la claridad mental y aumentar los niveles de energía⁹³.

La dieta cetogénica se fundamenta en la restricción severa de carbohidratos, lo que induce un estado de cetosis como resultado del aumento de cuerpos cetónicos circulantes mediado por el catabolismo de ácidos grasos y aminoácidos cetogénicos. Esta alteración metabólica proporciona cuerpos cetónicos como fuente alternativa de energía en lugar de glucosa, promoviendo adaptaciones fisiológicas que podrían tener ciertos beneficios, como la pérdida de peso, o mejoras en los perfiles glucémico y lipídico^{85,94}. Además, la dieta facilitaría la producción de glicerol a partir de la hidrólisis de triglicéridos en el hígado, lo que podría generar glucosa para el sistema nervioso central en las etapas iniciales, reduciendo así los niveles de glucosa, la necesidad de concentraciones altas de insulina y mejorando así la sensibilidad a esta^{88,95}. Asimismo, al aumentar los niveles de cuerpos cetónicos, producto de la oxidación y descomposición de lípidos hepáticos, la dieta cetogénica tendría el potencial de suprimir el apetito y reducir así la ingesta de alimentos y, por lo tanto, de energía⁹⁶. Estudios recientes han destacado, además, que la reducción

de carbohidratos en la dieta cetogénica puede conllevar beneficios adicionales para la salud cardiovascular, como la disminución del colesterol total, el aumento del colesterol HDL y la reducción de triglicéridos en sangre⁹⁷.

A pesar de los mecanismos de acción señalados, muchos protocolos de dieta cetogénica implican la realización de dietas de muy bajo aporte calórico, lo que podría explicar, de forma independiente, los potenciales beneficios observados en algunos estudios.

Según una revisión de revisiones sistemáticas, la mayoría de la investigación se ha centrado en la evaluación del impacto de las dietas cetogénicas en diversas medidas relacionadas con la obesidad. Los estudios han abordado principalmente medidas antropométricas (35 %), perfil lipídico (32 %), perfil glucémico (19 %), rendimiento físico (5 %), presión arterial (4 %) y la reducción de la frecuencia de convulsiones (1%) en pacientes con epilepsia⁹⁸. Los participantes incluidos en estas investigaciones comprenden 68 asociaciones (59 %) en adultos con sobrepeso u obesidad, con o sin diabetes tipo 2 o dislipidemia; 15 (13 %) en atletas o adultos entrenados en resistencia; 12 (10 %) en adultos con diabetes tipo 2; 11 (10 %) en participantes sanos mayores de 16 años; 8 (7 %) en pacientes con cáncer, y 1 (1 %) en niños y adolescentes con epilepsia⁹⁸.

En relación con la eficacia de la dieta cetogénica, los principales metaanálisis presentan resultados contradictorios. Una revisión de revisiones sistemáticas publicada en 2023, que incluyó 23 metaanálisis⁸⁸, concluyó que, según los criterios cuantitativos utilizados, ninguno de los metaanálisis proporcionó evidencia convincente o altamente sugestiva de asociación. En este análisis, solo la combinación de dieta cetogénica y actividad física, y el uso de una dieta cetogénica muy baja en calorías (VLCKD), mostraron una reducción significativa del peso corporal y un aumento de los niveles de colesterol LDL y cortisol⁸⁸. Cabe mencionar que el estudio destaca que la presencia de sesgos en los metaanálisis y en los estudios primarios podría comprometer la fiabilidad de las conclusiones. Además, la evidencia sugiere que la dieta cetogénica podría aumentar los niveles de colesterol LDL, colesterol total, colesterol HDL, la tasa de intercambio respiratorio y disminuir los niveles de testosterona total y libre. No obstante, la fortaleza de la evidencia que respalda estas asociaciones es generalmente débil, lo que pone en duda su validez⁸⁸.

En otra revisión de revisiones sistemáticas, también publicada en 2023 y que incluyó 17 metaanálisis⁹⁸, los autores concluyeron que, en adultos con sobrepeso u obesidad, la VLCKD se asoció significativamente con mejoras en los resultados antropométricos y cardiometabólicos sin empeorar la masa muscular, el colesterol LDL y el total. La dieta cetogénica baja en carbohidratos y alta en grasas, es decir, la modalidad clásica, se asoció con una reducción del peso corporal y del porcentaje de grasa corporal, pero también con una reducción de la masa muscular en participantes sanos. El estudio señala que el 97 % de las asociaciones se respaldaron con una evidencia de muy baja (66,57 %) o baja (36,31 %) fortaleza⁹⁸.

Además de las limitaciones mencionadas, es importante señalar que en los estudios que evalúan la eficacia de las VLCKD, se utiliza como comparador una dieta hipocalórica baja en grasa o la dieta habitual^{88,98-101}. Esto implica comparar una dieta de muy bajo aporte calórico (<800 kcal/día) con una dieta baja en calorías (1.200-1.500 kcal/día) o con una dieta sin restricción energética, lo que podría explicar el efecto observado y que no dependería de sus cualidades, sino de una comparación no adecuada para la investigación.

La mayoría de las investigaciones sobre el uso de dietas cetogénicas se han centrado en la eficacia de este tipo de dietas en el control de la epilepsia refractaria, sin embargo, recientemente ha habido un creciente interés en el impacto de la dieta cetogénica en la pérdida de peso. En un estudio realizado en Estados Unidos se propuso examinar el conocimiento, la percepción y el uso de la dieta cetogénica entre estudiantes universitarios. Los resultados mostraron que el 18,1 % de los estudiantes reportaron haber utilizado la dieta cetogénica¹⁰². De manera similar, en un estudio realizado entre adultos saudíes, se halló que el 24 % de los participantes (n = 253) habían seguido la dieta cetogénica. Además, de este grupo, el 55 % (n = 138/253) había seguido la dieta durante 1 mes o menos¹⁰³. Estos estudios reflejan una tendencia creciente en el uso de la dieta cetogénica más allá de su aplicación tradicional en la epilepsia refractaria.

Con respecto a sus posibles efectos adversos, se han referido efectos secundarios comunes a corto plazo conocidos como "gripe cetogénica" que incluyen síntomas como fatiga, dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómitos, estreñimiento, baja tolerancia al ejercicio, irregularidades menstruales

y aversiones alimentarias^{45,104}. Estos síntomas generalmente se resuelven después de unos días o semanas a medida que el cuerpo se ajusta al estado cetogénico. Entre los efectos secundarios a largo plazo se encuentran la esteatosis hepática, cálculos renales, hipoproteinemia y deficiencias de ciertas vitaminas¹⁰⁴. En una encuesta que evaluó la experiencia de usar la dieta cetogénica¹⁰⁵, el 55,3 % de los participantes la adoptaron para tratar la obesidad, y la mayoría (69,9 %) siguió la dieta durante más de 1 mes. Entre los síntomas más frecuentemente reportados destacan las náuseas (leves, 29,2 %; moderadas, 16,4 %; severas, 5,8 %), mareos (leves, 39,8 %; moderados, 27,4 %; severos, 11,5 %), poliuria (72,1 % en total) y letargo (69,7 %).

Finalmente, aunque no se han reportado efectos adversos graves en estudios recientes sobre las terapias con dieta cetogénica, en algunos no se menciona la posibilidad de efectos secundarios relacionados con la dieta, por lo que existen dudas sobre si estos efectos no ocurrieron o si no fueron evaluados, lo que dificulta la generalización de los resultados sobre efectos adversos a través de diferentes estudios⁴⁵.

1.4.3. Dietas de muy bajo aporte calórico: qué son, posibles beneficios y posibles riesgos

Las dietas de muy bajo aporte calórico (VLCD, por sus siglas en inglés *very low calorie diet*) se definen como aquellas que proporcionan menos de 800 kcal/día^{106,107}. Una definición alternativa de una VLCD es una dieta que aporta menos del 50 % del gasto energético en reposo de un individuo¹⁰⁸. Estas dietas están diseñadas para producir una rápida pérdida de peso mientras se preserva la masa corporal magra. Para lograr esto, se aporta una mayor proporción de proteínas dietéticas, típicamente entre 70 y 100 g/día o 0,8 a 1,5 g de proteína por kilogramo de peso corporal ideal. Además, pueden proporcionar hasta 80 g de carbohidratos y 15 g de grasas por día, e incluyen el 100 % de la ingesta diaria recomendada de vitaminas y minerales esenciales¹⁰⁹.

En Estados Unidos, las VLCD se utilizan generalmente como parte de una intervención integral para el manejo terapéutico de la obesidad que incluye monitorización médica y un programa de modificación del estilo de vida. La atención es proporcionada por un médico, a menudo en conjunto con un dietista-nutricionista, psicólogo y/o fisioterapeuta^{106,109,110}. En cambio, en los países de la

Unión Europea, las VLCD se utilizan con menos supervisión médica y los productos dietéticos pueden comprarse sin receta médica¹¹¹. El uso sin supervisión médica se aparta de las recomendaciones de los paneles de expertos, lo que en algunos casos puede convertirlas en dietas de tendencia, posiblemente mal utilizadas¹¹⁰, y en cuyo caso puede no haber un buen balance riesgo-beneficio.

Las VLCD están diseñadas exclusivamente para pacientes con un IMC ≥ 30 kg/m², el grupo de población con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular y que puede beneficiarse más significativamente de una pérdida de peso sustancial. Todos los candidatos a una VLCD deben someterse a una evaluación médica y un examen físico para determinar contraindicaciones médicas y conductuales para el tratamiento¹¹².

En relación con su eficacia para la reducción de peso a corto y largo plazo en individuos que cumplen con los criterios terapéuticos, los metaanálisis publicados ofrecen resultados bastante consistentes, apoyando su uso en los casos indicados clínicamente. Así, una revisión sistemática concluyó que, aunque las dietas bajas en grasa produjeron pérdidas de peso significativas hasta los 36 meses (-3,55 kg; IC del 95 %, -4,54 a -2,55 kg) y mejoraron la presión arterial, los lípidos y la glucosa plasmática en ayunas después de 12 meses, el uso de VLCD también se asoció con la mayor pérdida de peso después de 12 meses (-13,40 kg; IC del 95 %, -18,43 a -8,37 kg)¹¹³. Otra revisión sistemática llegó a conclusiones similares, mostrando que las personas que participaron en una intervención con actividad física y conductual, junto con una dieta de muy bajo aporte calórico, perdieron 3,0 kg (IC del 95 %, -0,5 a 6,4 kg) más que aquellas que siguieron una dieta baja en calorías¹¹⁴. Asimismo, en los ensayos clínicos en los que se combina una VLCD junto con farmacoterapia se ha demostrado que es eficaz para personas con obesidad. El efecto neto de una pérdida de peso de 6,1 kg después de un año representa un resultado clínicamente significativo¹¹⁵.

Cabe destacar que, para optimizar resultados y reducir complicaciones de la cirugía bariátrica, suele recurrirse a dietas de muy bajo aporte calórico durante 2-4 semanas preoperatorias. Una revisión sistemática sobre el uso preoperatorio de VLCD¹¹⁶ concluyó que estos pacientes perdieron significativamente más peso que los pacientes que recibieron una dieta control [diferencia media (DM) 3,38 kg, IC del 95 %, 1,06-5,70, $p = 0,004$, $I^2 = 95\%$]. Sin

embargo, un análisis coste-beneficio¹¹⁷ concluyó que añadir una VLCD al manejo del peso puede no ser financieramente viable, dado el costo por unidad de beneficio.

En relación con los posibles efectos adversos, la guía de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹¹² del Reino Unido evaluó exhaustivamente los efectos negativos potenciales de las VLCD. Tras analizar todos los estudios pertinentes¹¹⁸⁻¹²¹, se concluyó que seguir una dieta de muy bajo aporte calórico podría llevar a:

- a. Un mayor número de episodios de ingesta compulsiva en comparación con las dietas de bajo aporte energético.
- b. Un posible aumento en la incidencia de depresión diagnosticada, aunque los estudios mostraron una mayor tendencia a la depresión en personas tratadas con VLCD.
- c. Un incremento en el estreñimiento, diarrea, cálculos biliares.
- d. Un aumento del ácido úrico sérico, aunque sin un aumento correlativo en los episodios de gota.

Otros estudios sugieren que los efectos adversos asociados con la terapia a base de VLCD médica incluyen un mayor riesgo de cálculos biliares, intolerancia al frío, pérdida de cabello, dolor de cabeza, fatiga, mareos, deshidratación con alteraciones electrolíticas, calambres musculares y estreñimiento¹¹¹. Además, según un metaanálisis publicado en 2016 que incluyó 27 estudios¹²², mantener una restricción energética mediante una VLCD podría llevar a una pérdida de masa muscular y una disminución de la fuerza muscular, posiblemente asociada

al concepto de obesidad sarcopénica. Estos efectos secundarios suelen ser leves y gestionados fácilmente, pero sugieren la necesidad de supervisión de un equipo multidisciplinario de sanitarios.

El uso no supervisado de VLCD puede resultar en complicaciones graves, incluida la muerte^{110,111,123,124}. La gran mayoría de las muertes relacionadas con VLCD ocurrieron en la década de 1970, cuando los pacientes desarrollaron complicaciones cardíacas después de perder aproximadamente el 30 % de su peso inicial, logrado en un promedio de 4 meses. No se reportaron muertes en personas que siguieron la dieta por 8 semanas o menos¹²⁵. Esto refuerza la idea de que, aunque las VLCD parecen seguras cuando se consumen por períodos breves sin supervisión médica, su uso no supervisado a largo plazo podría estar asociado con complicaciones de salud significativas.

En consecuencia, resulta fundamental identificar no solo la prevalencia del uso de estrategias de pérdida de peso en la población española, sino también profundizar en las motivaciones y percepciones que sustentan la elección de dichos métodos. En particular, se requiere analizar las conductas y motivaciones asociadas con la intención de lograr una pérdida rápida de peso, así como examinar los enfoques dietéticos promovidos, pese a la limitada evidencia sobre su seguridad y eficacia a largo plazo. Además, es crucial considerar otros factores socio-demográficos, culturales y psicológicos que influyen en la adopción de estrategias de adelgazamiento rápido, con el fin de aportar datos que optimicen las intervenciones nutricionales y los programas de salud pública. Una comprensión detallada de estas dinámicas permitirá diseñar políticas y recomendaciones más acertadas para la prevención y el manejo integral del sobrepeso y la obesidad en España.



2. Metodología

2.1. Diseño de investigación

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario *online* autoadministrado y creado *ad hoc*. La encuesta, compuesta por 39 preguntas, se diseñó con base en encuestas y estudios transversales similares, con el objetivo de identificar estrategias de pérdida rápida de peso en la población española.

Protocolo registrado del estudio transversal:
<https://osf.io/d29gn/>

2.2. Ámbito y cronograma

El estudio se realizó a nivel nacional, a partir de una muestra de la población española captada mediante un panel *online* de más de 250.000 panelistas en España. A partir de este panel, se seleccionó una muestra aleatoria estratificada, asegurando representatividad. No se estableció seguimiento tras la finalización de la encuesta. En la tabla 1 se detalla el cronograma del estudio.

2.3. Participantes y diseño muestral

Se utilizó un muestreo probabilístico, obteniendo una muestra aleatoria estratificada y representativa de la población española. La selección de los participantes se realizó a través de un panel *online*, compuesto por más de 250.000 panelistas, de los cuales se eligieron sujetos elegibles entre 18 y 65 años. Para garantizar la representatividad, se establecieron cuotas de edad y sexo, ajustadas a la distribución del padrón actual. En el caso de las comunidades autónomas, se optó por un diseño aporportional, asegurando un número mínimo de encuestas por región.

El tamaño muestral se estimó en 3.150 participantes, con un error muestral de +/- 1,78 % (para $p = q = 50\%$ con un 95 % de intervalo de confianza). Para compensar tasas de respuesta del 80 % y pérdidas del 5 % por personas que aceptan participar, pero no completan la encuesta, se lanzó un número mayor de encuestas.

Tabla 1. Cronograma del estudio con fechas relevantes

	Calendario								
	mayo/2024	junio/2024	julio/2024	septiembre/2024	octubre/2024	noviembre/2024	diciembre/2024	enero/2025	febrero/2025
Revisión									
Protocolo y registro									
Encuesta									
Estudio de campo									
Análisis									
Redacción de la memoria									

Se envió a los participantes una invitación para participar en el estudio, con un registro web que actuó como consentimiento informado, en el que se detallaron los objetivos del estudio antes de confirmar su participación y mediante el cual se recopiló información sociodemográfica básica. Las cuotas muestrales se ajustaron según los criterios de estratificación definidos en la tabla 2. Como incentivo, los participantes recibieron puntos canjeables por

obsequios, en proporción a la extensión y complejidad de la encuesta. La invitación inicial especificó el tiempo estimado para completar la encuesta, pero no detalló el tipo de encuesta ni el incentivo. Una vez alcanzado el número necesario de participantes para cada estrato, se cancelaron las invitaciones restantes, incluso si los sujetos habían aceptado participar.

Tabla 2. Distribución de participantes por sexo, edad y comunidad autónoma, y error muestral de subgrupos

SEXO	% entrevistas	N.º entrevistas	Error muestral	
Hombre	50 %	1.575	±	2,50 %
Mujer	50 %	1.575	±	2,50 %
EDAD				
18-25 años	16 %	500	±	4,50 %
26-35 años	16 %	500	±	4,50 %
36-45 años	19 %	600	±	4,10 %
46-55 años	19 %	600	±	4,10 %
56-64 años	16 %	500	±	4,50 %
65 años o más	14 %	450	±	4,70 %
CC. AA.				
Andalucía	11 %	340	±	5,40 %
Aragón	3 %	100	±	10,00 %
Asturias	3 %	100	±	10,00 %
Baleares, islas	3 %	100	±	10,00 %
Canarias	3 %	100	±	10,00 %
Cantabria	3 %	100	±	10,00 %
Castilla y León	3 %	100	±	10,00 %
Castilla-La Mancha	3 %	100	±	10,00 %
Cataluña	12 %	350	±	5,40 %
Comunidad Valenciana	11 %	340	±	5,40 %
Extremadura	3 %	100	±	10,00 %
Galicia	11 %	340	±	5,40 %
Madrid, Comunidad de	11 %	340	±	5,40 %
Murcia	3 %	100	±	10,00 %
Navarra	3 %	100	±	10,00 %
País Vasco	11 %	340	±	5,40 %
Rioja, La	3 %	100	±	10,00 %
TOTAL	100 %	3.150	±	1,90 %

2.4. Desarrollo de la encuesta, adaptación y pilotaje

La encuesta utilizada en este estudio (ver anexo 1) fue diseñada para explorar de manera estructurada y exhaustiva las estrategias, motivaciones y percepciones relacionadas con la pérdida rápida de peso en la población española. Su diseño se basó en instrumentos previamente validados, garantizando rigor metodológico y aplicabilidad. La versión final incluyó 39 ítems distribuidos en cinco dominios clave, seleccionados estratégicamente para abordar los objetivos específicos de la investigación:

- *Salud general, histórico de peso corporal y de pérdida de peso (11 ítems)*: este dominio abordó información sobre el peso y altura actuales, antecedentes de intentos de pérdida de peso, patrones de recuperación de peso y la presencia de enfermedades relacionadas con el peso, ya fueran diagnosticadas o percibidas por los participantes.
- *Intención y patrones de pérdida rápida de peso (16 ítems)*: este apartado exploró los métodos empleados para lograr una rápida pérdida de peso, basándose en escalas validadas y adaptadas al contexto de la población general no deportista. Se incorporaron elementos del *Dieting Intentions Scale (DIS)*¹²⁶ y del *Rapid Weight Loss Questionnaire (RWLQ)*^{127,128}. Las preguntas indagaron sobre la intencionalidad de pérdida de peso y las estrategias utilizadas, desde modificaciones dietéticas, como restricción calórica, eliminación de grupos alimentarios y aumento del consumo proteico, hasta el uso de suplementos, fármacos y prácticas extremas. También se incluyeron estrategias populares como dietas cetogénicas, ayuno intermitente y dietas de muy bajo aporte calórico. La formulación de estos ítems se basó en la tesis doctoral de D'Agostino¹²⁹.
- *Motivaciones y objetivos (2 ítems)*: este dominio exploró los motivos detrás del deseo de perder peso, diferenciando entre razones físicas, como la mejora de la salud y el bienestar, y razones emocionales, como el aumento de la autoestima o el miedo a problemas relacionados con el peso. También se evaluaron las expectativas temporales para alcanzar una pérdida de peso significativa. Las preguntas se diseñaron basándose en el estudio de Stotland *et al.*, *Positive*

*and Negative Dimensions of Weight Control Motivation*¹³⁰, y fueron adaptadas al contexto español. Se emplearon escalas visuales y de tipo *Likert* para medir la intensidad de las motivaciones y la claridad de los objetivos. Este enfoque permitió captar tanto los impulsores positivos del control del peso como las barreras percibidas, el miedo al fracaso o la percepción de esfuerzo excesivo.

- *Percepción de beneficios y riesgos del uso de dietas populares o milagro (8 ítems)*: se evaluaron las percepciones sobre la validez, seguridad, eficacia y facilidad de implementación de estrategias como la dieta cetogénica, el ayuno intermitente y las dietas de muy bajo aporte calórico. Se emplearon escalas de tipo *Likert* para captar el grado de acuerdo con afirmaciones clave sobre estos enfoques. Además, se incluyeron preguntas sobre los riesgos a largo plazo, como posibles carencias nutricionales o efectos adversos, así como sobre la necesidad de supervisión profesional. Estos ítems se formularon tomando como referencia la tesis doctoral de D'Agostino¹²⁹, asegurando su aplicabilidad a la población española. Este apartado permitió identificar facilitadores y barreras en la adopción de estas estrategias.
- *Fuentes de información y apoyo (2 ítems)*: este dominio exploró la influencia de diferentes agentes en la adopción y mantenimiento de estrategias de pérdida de peso. Se evaluó el impacto percibido de familiares, amigos, profesionales sanitarios, medios de comunicación y redes sociales en la toma de decisiones. Las preguntas se diseñaron a partir de los ítems pertinentes del *Rapid Weight Loss Questionnaire*^{127,128}, asegurando su pertinencia para la población general. Se utilizaron escalas de influencia percibida para identificar las fuentes de mayor confianza y aquellas potencialmente generadoras de desinformación o desconfianza.

2.4.1. Adaptación, pilotaje de la encuesta y recolección de datos

Para garantizar la comprensión y pertinencia cultural de los ítems, la encuesta fue sometida a un proceso de adaptación al contexto español. Se implementaron escalas visuales y de tipo *Likert* para medir la intensidad de respuestas, asegurando una interpretación precisa y comparable de los datos.

Previo a su implementación, la encuesta fue pilotada con una muestra heterogénea de dietistas-nutricionistas y población general seleccionada de forma intencional. Este proceso permitió detectar y corregir posibles problemas de comprensión, ambigüedad en la redacción y mejorar la secuencia de preguntas. Además, se validó la funcionalidad de las escalas de respuesta. La recolección de datos se llevó a cabo mediante encuestas en línea en octubre de 2024, con una duración media de 15 minutos por cuestionario.

2.5. Aspectos éticos

Los participantes, al inscribirse en la base de datos, debieron leer y aceptar explícitamente la política de confidencialidad, privacidad y protección de datos, así como dar su consentimiento para participar en el estudio. El consentimiento informado incluyó información sobre el objetivo del estudio, el tiempo estimado para completar la encuesta, el uso anonimizado de los datos y los incentivos ofrecidos. Antes de continuar con la encuesta, se requirió que los participantes confirmaran explícitamente su participación voluntaria y autorizaran el uso de sus datos anonimizados para investigación.

Dado que el estudio no constituyó una investigación biomédica de intervención, ni incluyó procedimientos invasivos o recolección de muestras biológicas, no fue necesaria su aprobación por un comité de ética, conforme a la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

2.6. Potenciales sesgos y mecanismos empleados para evitarlos

Se identificaron y abordaron potenciales sesgos asociados a estudios transversales:

- *Sesgo de voluntariado (sesgo de selección)*: se evitó una muestra sesgada al seleccionar aleatoriamente sujetos que no hubieran completado encuestas en los últimos meses.
- *Sesgo de no respuesta*: se mitigó mediante un sistema de incentivos y una encuesta breve

(≤15 minutos) para maximizar la tasa de finalización.

- *Sesgo de desgaste*: para garantizar una muestra suficiente, se incrementó el número de invitaciones y se limitó el tiempo de la encuesta.
- *Sesgo de memoria*: se redujo al evitar preguntas sobre eventos ocurridos hace más de un año.
- *Sesgo de medición*: aunque la encuesta fue creada *ad hoc* y no validada formalmente, se emplearon como referencia otras cuatro encuestas similares publicadas para asegurar comparabilidad.
- *Error muestral en subgrupos*: para minimizarlo, se sobredimensionaron algunas comunidades autónomas y se excluyeron de la discusión y conclusiones aquellos subgrupos con un error muestral superior al 5 %.

2.7. Análisis de datos y métodos estadísticos

Se documentó el número de invitaciones enviadas, así como las tasas de rechazo (participantes que no aceptaron), abandono (participantes que iniciaron, pero no finalizaron) y exclusión por cuota completada.

Para el análisis descriptivo univariante, se emplearon frecuencia y porcentaje para variables categóricas. La normalidad de las variables cuantitativas se verificó con el test de Kolmogorov-Smirnov. Dependiendo de la distribución, se utilizaron media y desviación estándar (distribución normal) o mediana y rango intercuartílico (distribución no normal; diferencia entre el tercer y el primer cuartil, abarcando el 50 % central de los datos).

Se estimó la prevalencia de exclusión de alimentos, ingredientes y nutrientes, cruzando datos con variables clave como sexo, edad, percepción de salud, diagnóstico médico y fuente de recomendación. Se estableció un p-valor de significación estadística (<0,05) para identificar diferencias significativas entre grupos. El análisis de datos se llevó a cabo utilizando IBM SPSS Statistics 25.

3. Resultados

3.1. Participantes y características principales de la muestra

La muestra del estudio estuvo conformada por 3.150 participantes, seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado por sexo, edad y comunidades autónomas (sin incluir Ceuta y Melilla), con el objetivo de reflejar la distribución real de la población española. Se garantizó una distribución equitativa por sexo, con un 50 % de mujeres y 50 % de hombres. En cuanto a la edad, la muestra se distribuyó de manera uniforme en los siguientes grupos: el 16 % tenía entre 18 y 25 años, el 16 % entre 26 y 35 años, el 19 % entre 36 y 45 años, un 19 % se encontraba en los rangos de 46 a 55 años, el 16 % tenía entre 56 a 65 años y un 14 % tenía 65 años o más. Para garantizar un error muestral

adecuado (5,4 %) la muestra fue sobredimensionada en Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid y País Vasco.

3.1.1. Características sociodemográficas de la muestra

La muestra presentó una diversidad de perfiles en términos de residencia, nivel educativo, ingresos y ocupación (ver figuras 1-2):

- *Lugar de residencia:* más del 70 % de los participantes reside en núcleos urbanos de más de 30.000 habitantes, y un 27 % vive en ciudades con más de 500.000 habitantes, lo que refleja una marcada tendencia hacia la urbanización.

Figura 1. Distribución de la muestra por nivel de estudios, núcleo de población de residencia y miembros del hogar

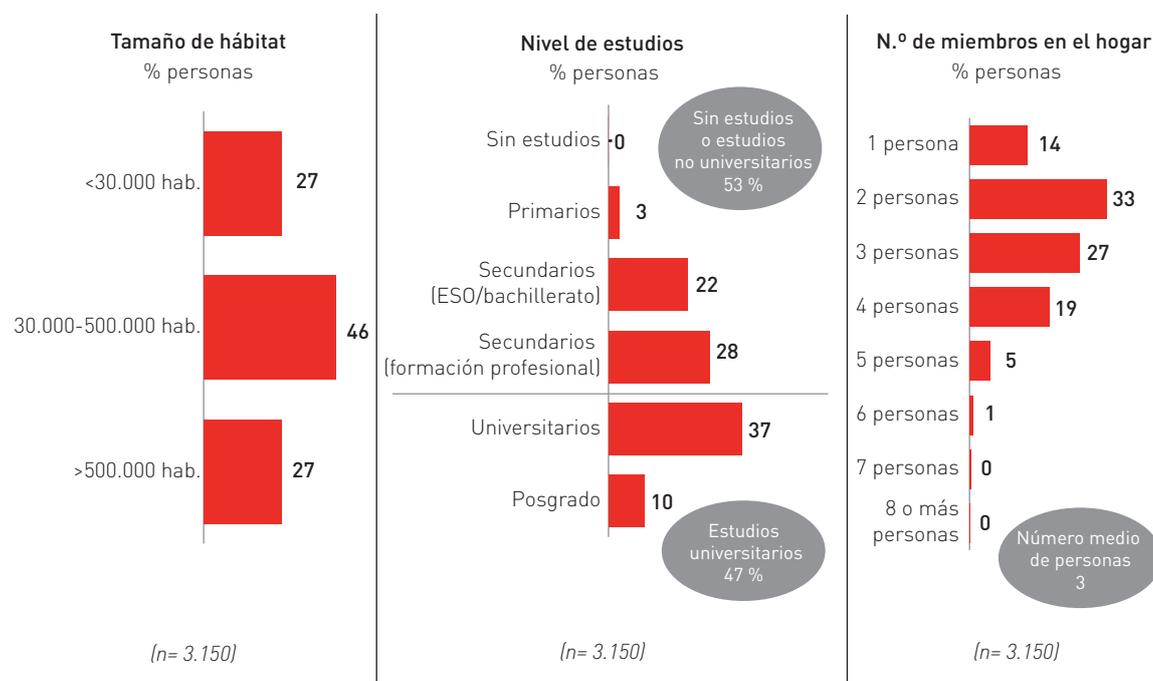
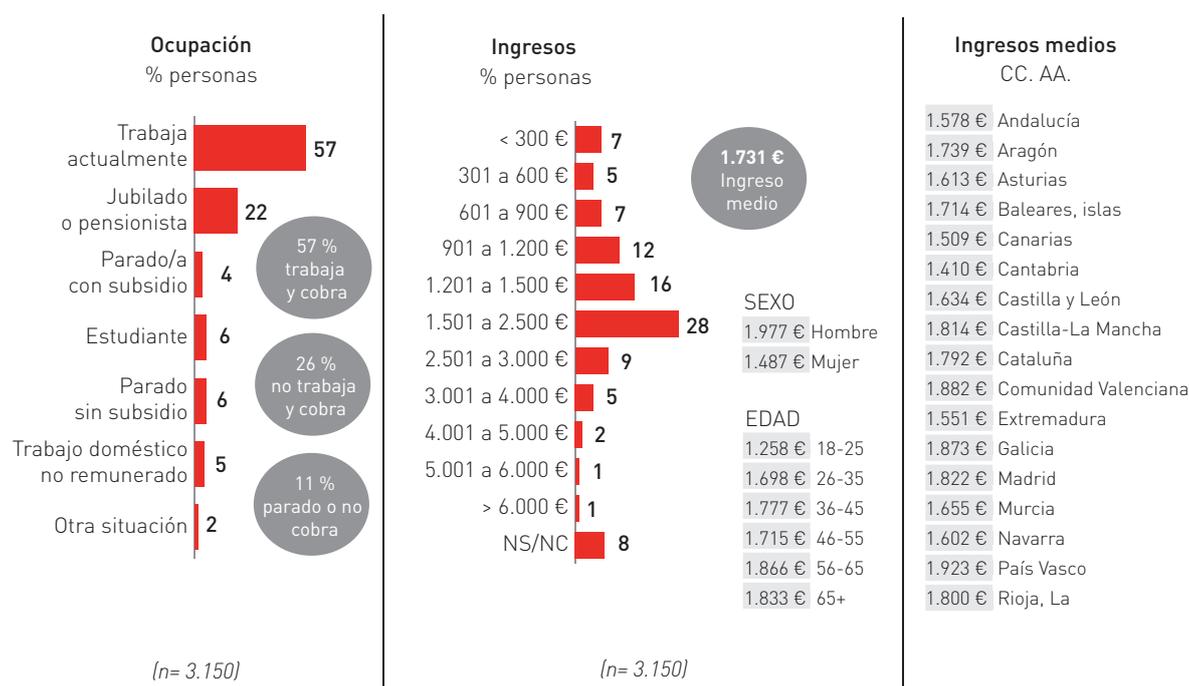


Figura 2. Distribución de la muestra en función de la situación laboral y nivel de ingresos



- **Nivel educativo:** el 47 % de los encuestados posee estudios universitarios, mientras que el 53 % no ha cursado estudios superiores.
- **Ingresos:** el ingreso medio mensual de la muestra fue de 1.731 euros, con valores más altos entre hombres, personas de mayor edad y en comunidades como País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid.
- **Situación laboral:** el 57 % de la muestra trabajaba en el momento de completar la encuesta, el 26 % no trabajaba, pero percibe ingresos por jubilaciones o subsidios, mientras que el 11 % estaba en situación de desempleado sin ingresos.

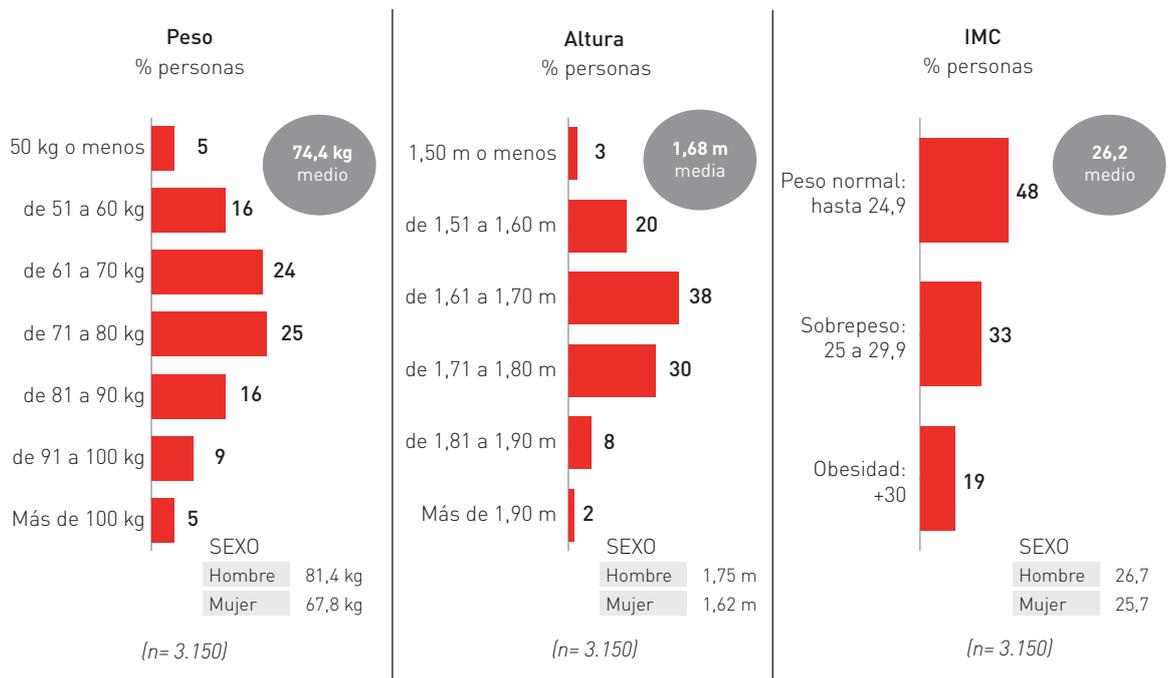
3.1.2. Peso, altura e índice de masa corporal (IMC)

El peso promedio de la muestra fue de 74,4 kg, con una diferencia notable entre hombres y mujeres,

cuyo peso medio fue de 81,4 y 67,8 kg, respectivamente. La altura promedio se situó en 1,68 m, siendo los hombres más altos (1,75 m) que las mujeres (1,62 m). El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 26,2, con el 48 % de la población dentro del rango de peso normal, el 33 % en sobrepeso y el 19 % en obesidad. Los hombres presentaron una mayor prevalencia de sobrepeso en comparación con las mujeres (40 vs. 27 %) (ver figura 3). Además, se observó un incremento progresivo del IMC con la edad, ya que las personas mayores tendieron a pesar más, mientras que los jóvenes presentaron una mayor altura.

En términos regionales, las comunidades con mayor porcentaje de población con sobrepeso fueron Castilla-La Mancha (50 %), Aragón (44 %), Murcia (42 %) y País Vasco (41 %). En cuanto a la obesidad, las tasas más elevadas se encontraron en Extremadura (26 %), seguida de Galicia y Andalucía, ambas con un 22 %.

Figura 3. Distribución de la muestra en función del peso, altura e IMC

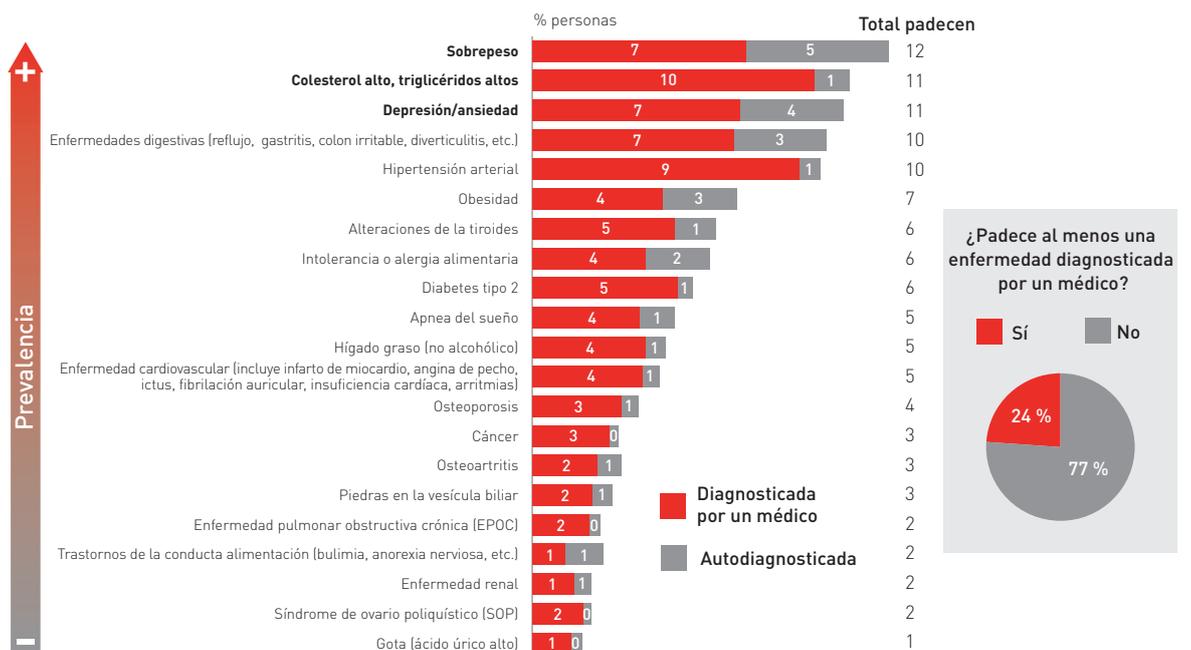


3.1.3. Prevalencia de enfermedades diagnosticadas y autodiagnosticadas

El 12 % de los participantes consideró tener sobrepeso, aunque solo el 7 % contaba con un diagnóstico médico. En el caso del colesterol alto, el 11 % de los

encuestados lo reportaron, con un 10 % que había recibido confirmación médica. De manera similar, el 11 % afirmó padecer depresión o ansiedad, aunque únicamente el 7 % tenía un diagnóstico médico (ver figura 4).

Figura 4. Distribución de la muestra según las enfermedades diagnosticadas por un médico y las autodiagnosticadas referidas



Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de depresión y ansiedad (12,6 vs. 8 %), trastornos digestivos (11 vs. 9 %) y alergias o intolerancias alimentarias (8,1 vs. 4 %). En contraste, los hombres registraron tasas más altas de hipertensión arterial (11,8 vs. 8 %), diabetes tipo 2 (8 vs. 3 %), apnea del sueño (6,3 vs. 4 %) y enfermedades cardiovasculares (6,1 vs. 3 %). El diagnóstico de sobrepeso, colesterol alto y depresión mostró un aumento significativo a partir de los 46 años.

A nivel regional, el sobrepeso fue más frecuente en Asturias (22,2 %) y Extremadura (20,7 %), mientras que la prevalencia más alta de colesterol y triglicéridos elevados se registró en Murcia (25,5 %).

3.2. Intención y motivación de pérdida de peso y de hacer dieta para perder peso

3.2.1. Intención de pérdida de peso, edad de inicio, duración y recuperación del peso perdido

El 72 % de los encuestados había intentado perder peso al menos una vez en su vida, una conducta más frecuente en mujeres (75,1 vs. 67,8 %) y en personas de entre 26 y 35 años (78,9 %). Las regiones

con mayor proporción de personas que habían intentado perder peso son Navarra (79,4 %), Canarias (79,3 %), Murcia (79,0 %), País Vasco (77,2 %) y la Comunidad Valenciana (76,4 %).

La edad promedio a la que los participantes comenzaron a plantearse perder peso es 32,6 años (ver figura 5), con una diferencia notable entre sexos: los hombres iniciaron en promedio a los 35 años, mientras que las mujeres lo consideraron antes, alrededor de los 30 años. A nivel regional, Cataluña, Canarias, Madrid y Murcia destacaron por tener una población que inició a preocuparse por el peso a edades más tempranas.

De media, los participantes que habían intentado perder peso lo hicieron en casi siete ocasiones a lo largo de su vida, con diferencias significativas entre sexos: las mujeres intentaron adelgazar el doble de veces que los hombres (8 vs. 4 intentos).

Los participantes que habían intentado perder peso declararon que suelen lograr una reducción promedio de 6 kg en cada ocasión, alcanzando una pérdida máxima promedio de 10,7 kg. El proceso suele durar entre 3 y 6 meses, aunque en la mayoría de los casos se observó una recuperación posterior de aproximadamente 5,3 kg (ver figura 6).

Figura 5. Distribución de la muestra en función de la intencionalidad de perder peso y la edad a la que lo hizo

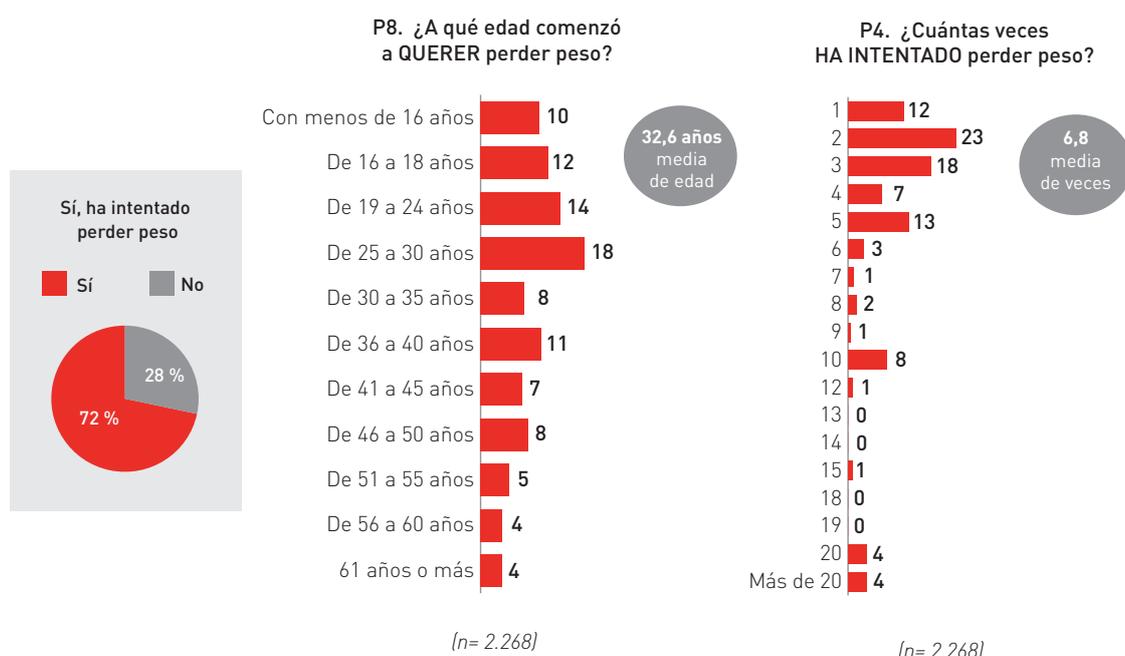
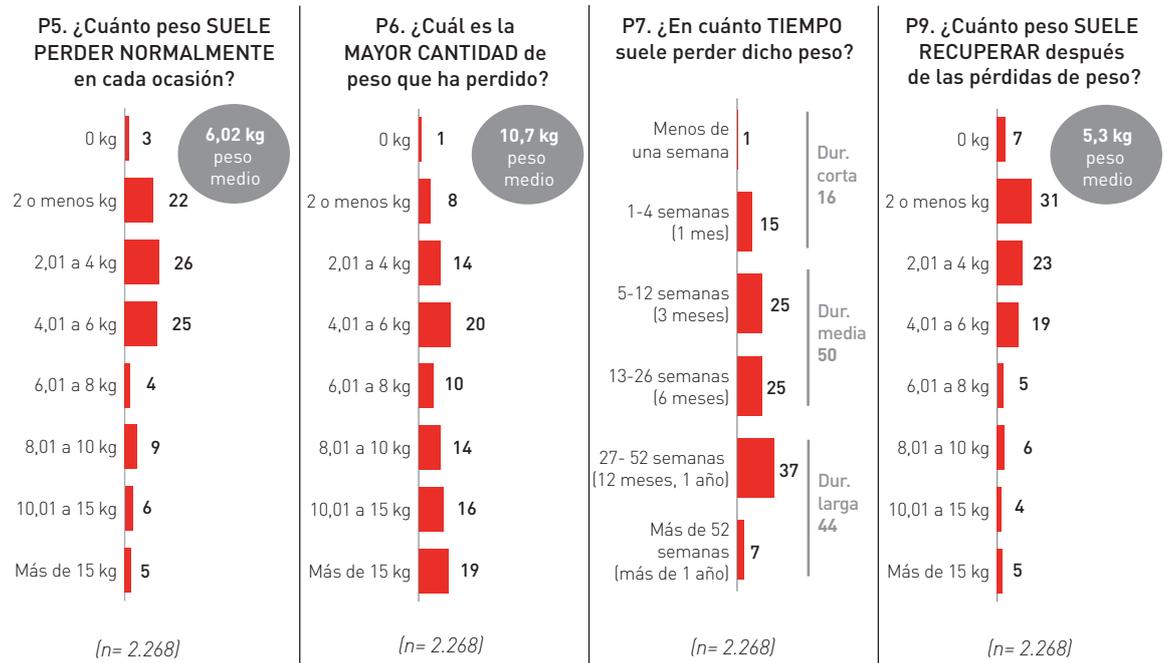


Figura 6. Distribución de la muestra en función del peso perdido, duración del proceso y recuperación del peso perdido

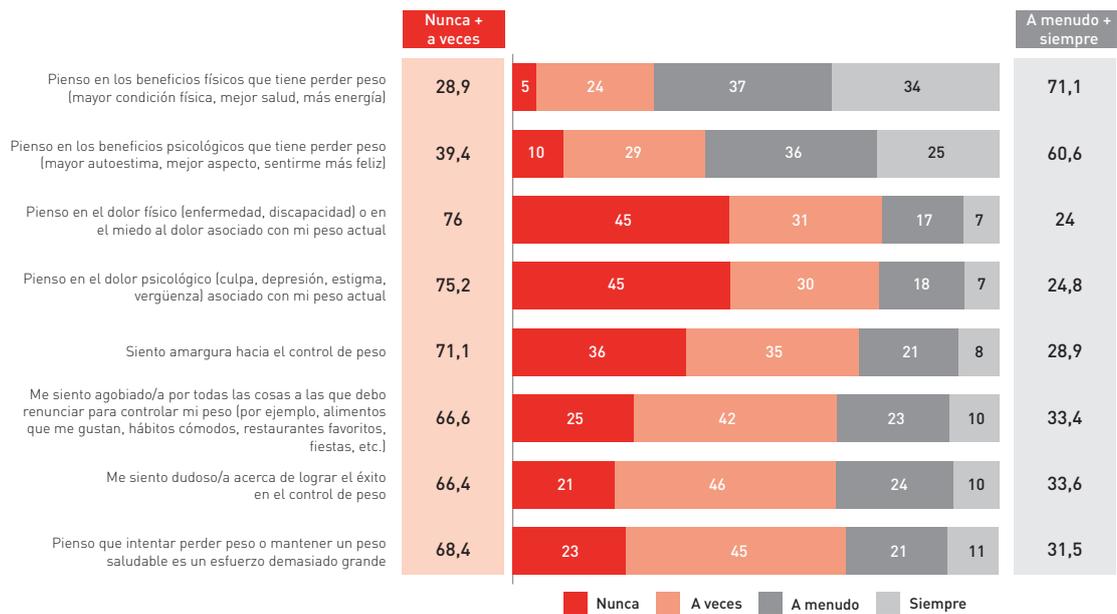


3.2.2. Motivación para la pérdida de peso

Las motivaciones para perder peso combinaron tanto factores positivos como negativos, aunque predominaron las razones positivas. La mayoría de los participantes mencionaron beneficios físicos, como una mejor condición física y mayor energía

(71,1%), seguidos de beneficios psicológicos, como el aumento de la autoestima y el bienestar emocional (60,6%). En menor medida, algunos participantes reportaron como motivo la evitación del malestar físico y emocional, incluyendo dolor, agobio, dudas o esfuerzo excesivo, con valores que oscilan entre el 24 y el 33,6% (ver figura 7).

Figura 7. Distribución de la muestra en función de la frecuencia de las sensaciones que experimenta al pensar en hacer dieta



El análisis cuantitativo se hizo a través de un *score* de motivación que resulta de la suma de las respuestas asociadas a impresiones positivas y negativas. El análisis indicó que las razones positivas prevalecían sobre las negativas, aunque con un balance positivo de tan solo 0,70 puntos (7,53 vs. 6,83 puntos).

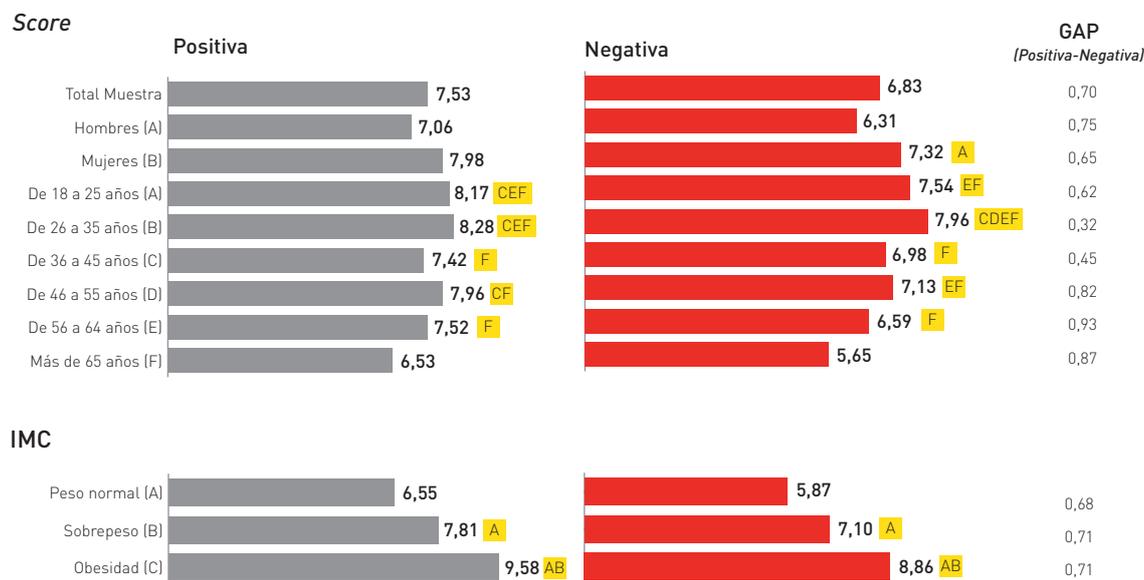
Existieron diferencias importantes según sexo y edad. Los hombres reportaron un menor impacto de las motivaciones negativas a la hora de pensar en perder peso que las mujeres (6,31 vs. 7,32), mientras que las mujeres mostraron valores más altos en ambas categorías, lo que sugiere una mayor implicación emocional en el control del peso. En términos de edad, los adultos jóvenes presentaron las puntuaciones más altas tanto en motivación positiva como negativa. No obstante, el balance positivo de la motivación aumentó progresivamente con la edad, lo que podría ir asociado a una mayor percepción y responsabilidad con la salud. El IMC también se asoció a la motivación. Los participantes con obesidad mostraron los valores más altos en ambos tipos de motivación, con una puntuación de 9,58 en motivación positiva y 8,86 en motivación negativa (ver figura 8).

3.2.3. Intención de hacer dieta

El 52 % de los encuestados había tenido en algún momento la intención de reducir su ingesta calórica, mientras que el 51 % había considerado hacer dieta con el objetivo específico de adelgazar (ver figura 9). La intención de seguir una dieta para perder peso fue más común en mujeres que en hombres (58,5 vs. 43,3 %), en personas de 26 a 55 años, y respecto a las CC. AA., aquellas personas que residen en Murcia (64,2 %) y la Comunidad Valenciana (58,0 %).

Para medir la intención de pérdida de peso, se creó un indicador específico basado en respuestas relacionadas con la intención y percepción de hacer dieta para adelgazar, para valorar cuantitativamente su predisposición a seguirlas. El *score* de intención de pérdida de peso fue ligeramente mayor en mujeres y personas de 46 a 64 años (ver figura 10). Además, el *score* fue significativamente mayor en individuos con sobrepeso u obesidad, así como en aquellos con enfermedades metabólicas como apnea del sueño o hígado graso no alcohólico, lo que sugiere que los problemas de salud asociados al peso pueden ser un factor clave en la motivación para adoptar estrategias de pérdida de peso.

Figura 8. Score de motivación positiva y negativa a la hora de tomar la decisión de iniciar una dieta para la pérdida de peso



Nota: las letras al lado de cada medición indican una diferencia significativa entre los grupos identificados.

Figura 9. Distribución de la muestra en función de la intención de hacer dieta para la pérdida de peso

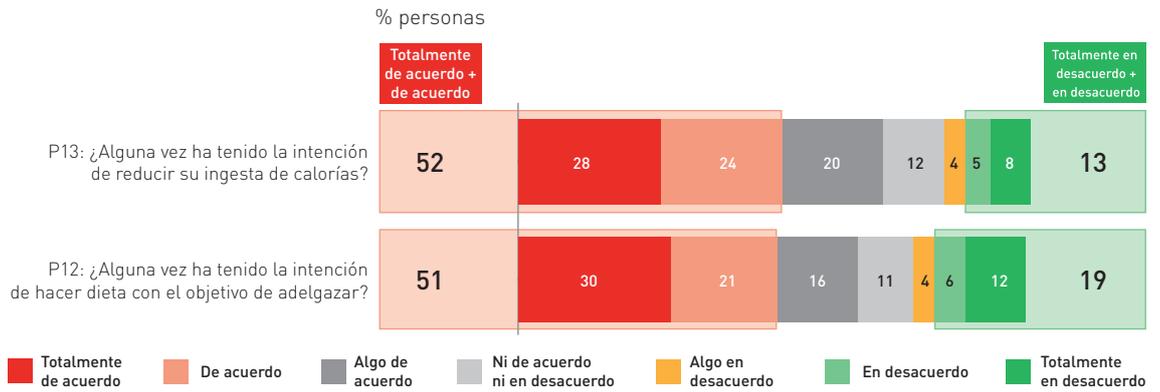
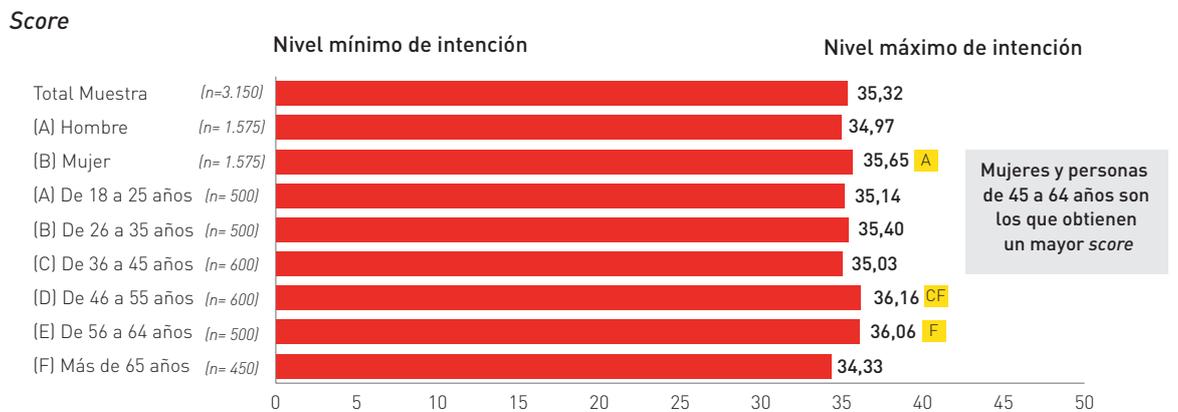


Figura 10. Score de intención de hacer dieta para la pérdida de peso



Nota: las letras al lado de cada medición indican una diferencia significativa entre los grupos identificados.

La percepción social de seguir una dieta fue mayoritariamente positiva. En general, los encuestados consideraron que ponerse a dieta es una decisión beneficiosa, útil, sensata y adecuada, aunque no siempre la perciben como una experiencia agradable (ver figura 11). Esta percepción es más favorable en

el grupo de 46 a 65 años, que tiende a valorar hacer dieta como algo más positivo. A nivel regional, Murcia destaca como la comunidad donde la decisión de hacer dieta es vista de manera más positiva en todos los aspectos evaluados.

Figura 11. Valoración de la muestra respecto de la toma de decisiones relacionadas con la pérdida de peso



3.3. Estrategias generales de pérdida rápida de peso

Un total de 2.268 encuestados (72 % del total) reportaron haber intentado perder peso en algún momento de sus vidas, con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (75,1 vs. 67,8 %). Se analizaron las estrategias utilizadas (ver figura 12), que fueron clasificadas en cuatro categorías: métodos considerados adecuados o normales, métodos que están en los límites de lo aceptado como adecuado, estrategias rápidas y métodos rápidos milagrosos. Estas categorías representaron distintos niveles de intervención, desde enfoques respaldados por la ciencia hasta estrategias extremas con riesgos significativos para la salud.

3.3.1. Métodos considerados normales y límites

Los métodos normales y límites incluyen estrategias como el aumento del ejercicio físico, dietas hipocalóricas, restricción de ciertos alimentos ricos en grasas o hidratos de carbono, aumento del consumo de proteínas, omisión de una o dos comidas, y el uso de medicamentos recetados para adelgazar. Estas prácticas abarcan desde enfoques basados en la evidencia hasta métodos que, si se llevan al extremo, pueden implicar riesgos (ver figura 12).

El ejercicio físico fue la estrategia más utilizada, con un 58 % de los encuestados reportando su uso frecuente (siempre o a menudo), lo que evidencia su percepción como herramienta clave para la pérdida de peso para una gran parte de la muestra. La dieta hipocalórica, basada en una reducción moderada del aporte energético, fue empleada con frecuencia por el 39 %, lo que refleja una adhesión moderada a enfoques dietéticos mejor planificados. Ambas estrategias fueron más comunes en jóvenes de 18 a 25 años, con una disminución progresiva con la edad. Las mujeres mostraron una mayor tendencia a usar dietas hipocalóricas, mientras que los hombres priorizaron el ejercicio físico, lo que refleja diferencias de género a la hora de abordar la pérdida de peso.

La restricción de grasas y aceites fue una de las estrategias más populares, utilizada frecuentemente por un 57 % de los encuestados, lo que sugiere la influencia de mensajes sobre la reducción del consumo de grasas en la dieta y la salud.

En cuanto a la restricción de fuentes alimentarias de hidratos de carbono, el 46 % reportó su práctica frecuente, lo que evidencia la popularidad de las dietas bajas en carbohidratos. Las mujeres recurrieron más a ambas estrategias, posiblemente debido a la promoción de dietas restrictivas dirigidas

Figura 12. Distribución de la muestra en función de las estrategias utilizadas para la pérdida de peso



a este grupo. En términos de edad, las personas de 46 a 65 años reportaron un uso más elevado, lo que podría estar influenciado por recomendaciones dietéticas específicas en estas etapas de la vida.

El aumento del consumo de fuentes alimentarias de proteínas fue reportado frecuentemente por un 35 %, con una mayor prevalencia en el grupo de 18 a 25 años, y disminuye progresivamente con la edad. Los jóvenes parecieron estar más influenciados por esta tendencia, posiblemente debido a su promoción en redes sociales, mientras que los mayores de 65 años mostraron un menor uso, probablemente por preferencias dietéticas tradicionales o preocupaciones de salud asociados a la malnutrición.

Estrategias más drásticas como saltarse una o dos comidas fueron reportadas por el 20 %, mientras que solo un 8 % indicó el uso de medicamentos recetados para adelgazar, lo que sugiere una baja prescripción de intervenciones farmacológicas en la población española para el abordaje de la obesidad y el sobrepeso. En ambas estrategias no se observaron diferencias significativas entre sexos ni entre grupos de edad.

En conjunto, estas estrategias reflejan una combinación de enfoques convencionales y restricciones que, aunque empleadas con cierta frecuencia, requieren evaluación para prevenir potenciales riesgos a largo plazo. La variabilidad en su uso según edad y género subraya la importancia de diseñar intervenciones personalizadas y culturalmente adecuadas.

3.3.2. Métodos de pérdida rápida de peso y métodos extremos

Las estrategias rápidas y los métodos milagrosos representan enfoques extremos caracterizados por la búsqueda de resultados inmediatos sin respaldo científico y con riesgos para la salud. A pesar de ello, fueron utilizados por un segmento de la población, lo que refleja la presión social y cultural en torno a la pérdida rápida de peso.

3.3.2.1. Métodos de pérdida rápida de peso

Entre estas estrategias se incluyeron la eliminación drástica de carbohidratos, omisión de más de dos comidas diarias y el uso de productos sustitutivos de comidas principales (batidos, barritas, etc.) (ver figura 12).

La eliminación de alimentos ricos en carbohidratos fue reportada por un 43 %, con mayor prevalencia en mujeres y en personas de 46 a 65 años, lo que refleja la influencia de dietas populares o milagro restrictivas. En contraste, saltarse más de dos comidas mostró una menor aceptación, ya que solo un 12 % de los encuestados indicó un uso frecuente, siendo más común entre los jóvenes de 18 a 25 años. El uso de productos sustitutivos de comidas, como batidos y barritas, alcanzó un 10 %, con mayor presencia en el grupo de 18 a 25 años, lo que podría haber estado asociado a su estilo de vida más acelerado.

3.3.2.2. Métodos de pérdida de peso extremos

Los métodos extremos incluyeron estrategias basadas en promesas de resultados inmediatos y promocionadas más por la mercadotecnia que por la ciencia. Estas prácticas abarcaron restricción de líquidos, uso de laxantes y diuréticos, pastillas para adelgazar sin prescripción médica, suplementos dietéticos y métodos físicos extremos como el ejercicio con ropa de plástico o el uso prolongado de saunas (ver figura 12).

El 15 % del total de encuestados reportó haber utilizado al menos un producto milagro (uso de laxantes, pastillas para adelgazar no recetadas por un médico o suplementos para adelgazar, recetados o no), siendo más común entre personas con obesidad (19 %). Aquellos que recurrieron a estos métodos obtuvieron un *score* de intención de pérdida de peso significativamente más alto que quienes no los usaron (38,61 vs. 34,74 puntos).

Los suplementos dietéticos fueron utilizados por un 13 %, sin diferencias significativas entre sexos, pero con mayor frecuencia en adultos jóvenes de 18 a 45 años, posiblemente debido a la influencia del marketing digital. El uso de laxantes y diuréticos, pastillas no recetadas y restricción de líquidos fue reportado por alrededor del 8 % de las personas que habían intentado perder peso, con mayor prevalencia en hombres jóvenes (18-35 años).

Los métodos físicos extremos, como el ejercicio con ropa de invierno o plástico, fueron señalados por el 15 %, con mayor frecuencia en hombres y adultos jóvenes (18-25 años). Prácticas como el uso de saunas o ropa de plástico sin ejercicio tuvieron una menor frecuencia de uso (8 %), con una prevalencia más alta en jóvenes de 18 a 35 años y prácticamente inexistente en mayores de 65 años.

3.3.3. Patrones de pérdida rápida de peso

Para evaluar de forma cuantitativa estos patrones, se diseñó un *score* de pérdida rápida de peso, integrando variables como la frecuencia de intentos, peso perdido y recuperado, tiempo empleado y métodos utilizados.

En promedio, se observó que los participantes perdieron 6,02 kg en cada intento declarado, con una reducción máxima media de 10,7 kg. En ambos casos, los hombres presentaron una mayor pérdida de peso en cada ocasión en comparación con las mujeres (7,1 vs. 5,1 kg), así como en la ocasión de mayor pérdida registrada (11,4 vs. 10,1 kg). La franja de edad de 46 a 55 años mostró la mayor cantidad de peso perdido.

La mayoría de los encuestados declaró pérdidas de entre 2 y 6 kg en un intento típico, lo que reflejó una tendencia hacia reducciones moderadas. Sin embargo, el tiempo empleado para alcanzar dichas pérdidas varió considerablemente. El período más común fue de 12 meses (37 % de los casos), lo que indica que muchas personas optan por estrategias a largo plazo. Un 50 % de los encuestados logró su objetivo en un período de entre 3 y 6 meses, mientras que un 16 % reportó haber perdido peso en menos de 1 mes y un 7 % indicó que el proceso duró más de 1 año (ver figura 6).

En términos de recuperación de peso, se observó que los participantes declararon que volvieron a ganar en promedio 5,3 kg tras sus intentos de pérdida de peso, lo que sugirió que una parte significativa del peso perdido se recuperó con el tiempo.

La mayoría (30,9 %) indicó que recuperó hasta 2 kg, mientras que un 22,7 % ganó entre 2 y 4 kg nuevamente, lo que confirma la tendencia cíclica de pérdida y recuperación de peso.

El análisis de los plazos en los que las personas buscan perder peso mostró diferencias según el IMC. Quienes declararon querer perder una cantidad sustancial de peso en corto plazo fueron mayormente personas con un IMC dentro del rango normal (32,6 %). En un plazo medio, predominaron aquellos con sobrepeso (63,7 %), mientras que los individuos con obesidad mostraron una mayor tendencia a plantearse la pérdida de peso a largo plazo (11,8 %).

Para evaluar de forma cuantitativa el esfuerzo y los resultados obtenidos por los participantes en sus intentos por perder peso de forma rápida, se construyó el *score* de pérdida rápida de peso a partir de las preguntas que abordan esta estrategia. El *score* promedio en la muestra fue de 28,79 puntos, con diferencias significativas entre sexos y grupos de edad. Las mujeres obtuvieron un *score* más alto que los hombres (30,35 vs. 27,14 puntos), lo que sugiere una mayor disposición de este grupo a involucrarse en métodos rápidos de pérdida de peso (ver figura 13).

Por grupos de edad, los valores más altos se registraron en personas de 18 a 25 años (33,09 puntos) y de 46 a 55 años (32,91 puntos), lo que refleja una mayor predisposición en estas etapas de la vida a seguir este tipo de estrategia de pérdida de peso. En contraste, los participantes mayores de 65 años presentaron el *score* más bajo (21,99 puntos), lo

Figura 13. *Score* de pérdida rápida de peso en la muestra, por sexo y grupos de edad



Nota: las letras al lado de cada medición indican una diferencia significativa entre los grupos identificados.

que indica una menor inclinación a estos métodos. En el grupo de 56 a 64 años, el *score* también fue bajo (28,12 puntos), lo que evidencia un descenso gradual en la predisposición a perder peso rápidamente tras los 55 años. No se identificaron diferencias significativas en función del plazo que los encuestados se establecen para alcanzar sus objetivos de pérdida de peso.

El análisis del *score* de pérdida rápida de peso mostró que tanto el IMC como la presencia de enfermedades asociadas influyeron significativamente en la intensidad de los esfuerzos por perder peso. A medida que el IMC aumentó, se registraron valores más altos en este indicador. Las personas con obesidad obtuvieron un *score* significativamente superior (45,35 puntos) en comparación con aquellas con sobrepeso (30,80 puntos) y peso normal (21,07 puntos), lo que sugirió una mayor predisposición a realizar esfuerzos intensivos para perder peso rápidamente, posiblemente debido a preocupaciones de salud o motivaciones relacionadas con la imagen corporal.

El análisis según enfermedades asociadas reveló que ciertas condiciones se vincularon a *scores* particularmente elevados. Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) registraron el valor más alto (57,08 puntos), lo que indica una fuerte preocupación por la pérdida de peso en este grupo, probablemente debido a los efectos del SOP sobre el metabolismo y el control del peso corporal. Los trastornos de la conducta alimentaria y la gota también se asociaron con *scores* elevados (53,67 y 50,27 puntos, respectivamente), lo que evidencia una relación entre estas patologías y la adopción de estrategias extremas de pérdida de peso.

Otras condiciones, como la alteración de la tiroides (49,79 puntos) y la apnea del sueño (47,64 puntos), mostraron una influencia significativa en los intentos de pérdida de peso.

El *score* también variaba en función de si la enfermedad había sido diagnosticada profesionalmente o autodiagnosticada. Las personas con enfermedades autodiagnosticadas obtuvieron un *score* promedio de 39,63 puntos, más alto que aquellos con enfermedades diagnosticadas (33,67 puntos) o sin enfermedades (27,11 puntos). Esto podría indicar una mayor percepción subjetiva del riesgo o una búsqueda más activa de soluciones rápidas por parte de quienes se autodiagnostican.

Asimismo, el *score* fue significativamente más alto entre aquellos que utilizaron productos milagro

(38,61 vs. 34,74 puntos) y entre quienes siguieron dietas populares o milagro (39,32 vs. 33,13 puntos), lo que sugiere una asociación entre el uso de estrategias extremas y la disposición a emplear métodos rápidos de pérdida de peso.

Estos hallazgos evidenciaron que la disposición a recurrir a métodos rápidos no es homogénea en la población. Las mujeres y los jóvenes mostraron una mayor inclinación a utilizar estas estrategias, posiblemente debido a factores sociales, culturales y de imagen corporal. Además, el repunte observado en el grupo de 46 a 55 años podría estar relacionado con preocupaciones sobre la salud y el peso en esta etapa de la vida.

Por otro lado, el menor *score* en personas mayores de 65 años refleja un cambio en las prioridades de salud y bienestar, lo que favorece enfoques menos drásticos y que puedan ser mantenidos por más tiempo.

En resumen, los resultados indicaron que el esfuerzo por perder peso rápidamente se intensifica en personas con mayor IMC y en aquellas con enfermedades metabólicas o crónicas. Las mujeres con SOP y las personas con alteraciones metabólicas o trastornos de la conducta alimentaria fueron quienes más recurrieron a estrategias rápidas de pérdida de peso.

3.4. Dietas populares o milagro

3.4.1. Uso y conocimiento de las dietas populares o milagro

El análisis del uso de dietas populares o milagro en la población encuestada mostró que estas estrategias siguen siendo una práctica relevante en los intentos de pérdida de peso. Según los datos obtenidos a partir de respuestas directas a la pregunta sobre el uso de este tipo de dietas, un 21 % de los encuestados indicaron haberlas seguido alguna vez, incluyendo enfoques como la dieta cetogénica, el ayuno intermitente, la dieta paleolítica, la dieta de la piña o las dietas detox. Sin embargo, al aplicar un análisis más amplio que consideró también comportamientos asociados con dietas milagro, como la eliminación de alimentos ricos en hidratos de carbono, la omisión de más de dos comidas o el uso de productos sustitutivos de comidas principales, el porcentaje se elevó al 35 %. Esto sugiere que una parte significativa de la población adopta

prácticas restrictivas sin ser plenamente conscientes de que están utilizando métodos identificados como “dietas o métodos milagro”. El uso de dietas milagro en función del IMC y las enfermedades reportadas puede consultarse en la figura 14.

El uso de estas dietas fue más habitual en personas con obesidad, en comparación con las que tienen normopeso (44 vs. 31 %). Además, el score de intención de pérdida de peso fue significativamente más alto en quienes recurrieron a dietas milagro que en los que no lo hicieron (39,32 vs. 33,13 puntos). Del mismo modo, el score de pérdida rápida de peso fue más alto en aquellos que, directa o indirectamente, respondieron seguir una dieta popular (46,92 vs. 18,88 puntos). Estos resultados indican una mayor predisposición a estrategias drásticas entre quienes buscan reducir peso, pero especialmente entre los que quieren hacerlo de forma rápida.

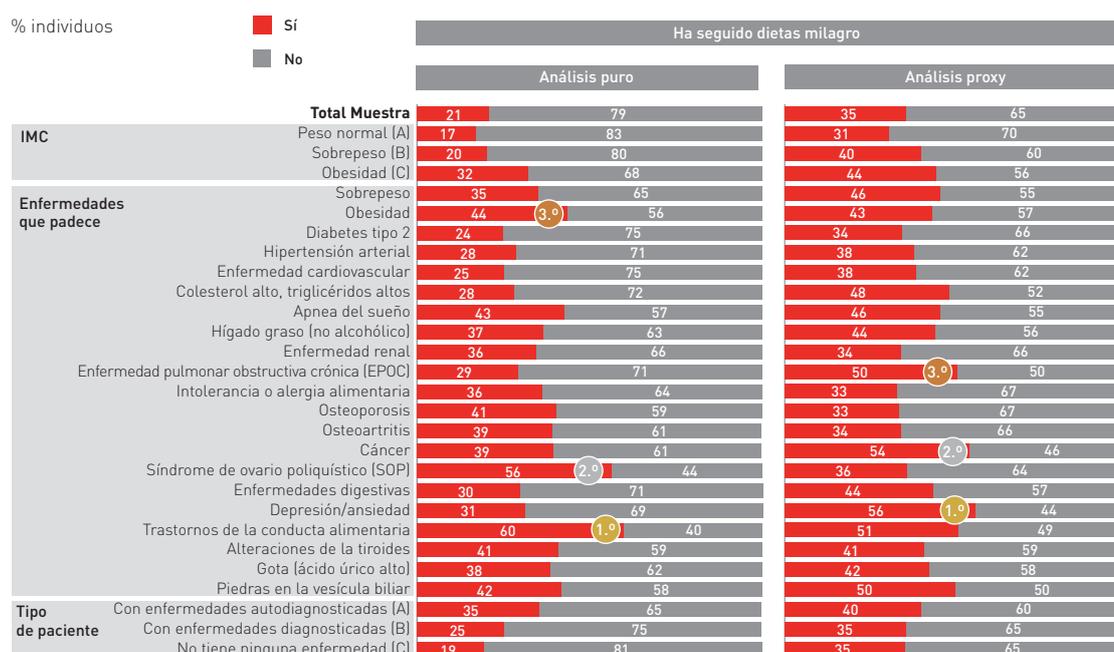
Cuando los encuestados respondieron a si habían seguido alguna vez uno de los patrones de alimentación concretos considerados dietas populares o milagro (ayuno intermitente, dietas de muy bajo aporte calórico, dieta detox, dieta Dukan, dieta cetogénica, dieta de la zona, dieta Atkins o dieta paleolítica) con el objetivo de perder peso, los datos revelaron que un 45 % de los participantes

reconocieron haber practicado alguna de ellas. El contraste entre la respuesta directa sobre el uso de dietas populares o milagro (21 %) y la asunción indirecta de haber seguido alguna de las dietas listadas (45 %) sugiere que una parte de la población no reconoce algunas dietas populares como dietas milagro, a pesar de sus características restrictivas y su enfoque en la rápida reducción de peso. El ayuno intermitente se posicionó como la estrategia de pérdida de peso más utilizada, con un 30,3 % de los encuestados que indicaron haberla seguido, y también la más reconocida, con un 80 % de la muestra que declaró conocerla. Le siguieron en popularidad las dietas de muy bajo aporte calórico (utilizadas por el 20,4 % y conocidas por un 66 %) y la dieta detox (seguida por un 10,7 % pero con un alto grado de reconocimiento del 60 %) (ver figura 15).

La dieta Dukan y la dieta cetogénica mostraron un patrón similar: su uso fue relativamente bajo (10,6 y 9,2 %, respectivamente), pero su nivel de reconocimiento fue considerablemente alto (51 y 44 %), lo que indica que su impacto en el imaginario colectivo supera su aplicación real o bien que otros modelos desplazan de forma cíclica a unas y otras.

En contraste, las dietas menos utilizadas, como la dieta de la zona (5,1 %), la Atkins (3,5 %) y la paleolítica (3,5 %), también presentaron niveles de

Figura 14. Porcentaje de sujetos que ha seguido dietas milagro en función de su IMC, enfermedades que padece y nivel de diagnóstico

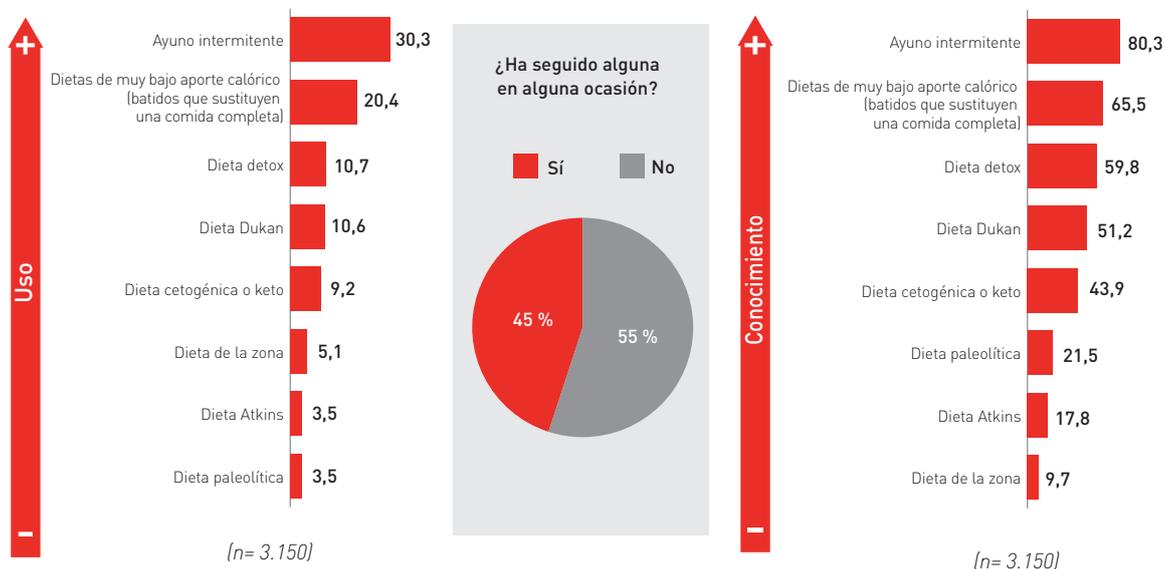


(n= 3.150)

Figura 15. Porcentaje de sujetos que conoce y porcentaje de participantes que ha seguido dietas milagro específicas

P18. ¿Alguna vez ha seguido alguna de las siguientes dietas con el objetivo de perder peso?

% personas



reconocimiento más bajos (22, 18 y 10 %, respectivamente), lo que sugiere una menor presencia en las tendencias actuales de pérdida de peso.

El análisis por sexo mostró que las mujeres recurrieron con mayor frecuencia a dietas milagro (57,1 %) en comparación con los hombres (48,6 %), especialmente en el caso del ayuno intermitente (32,2 vs. 28,3 %) y las dietas de muy bajo aporte calórico (21,9 vs. 18,8 %).

Por edad, los jóvenes fueron los más propensos a seguir estas dietas, con una tendencia decreciente a medida que aumenta la edad.

El uso de dietas milagro fue más común entre personas con sobrepeso y obesidad (64,4 y 55,7 %, respectivamente), en comparación con quienes tenían normopeso (46,6 %). Aunque el ayuno intermitente mostró una frecuencia de uso similar en todos los grupos de IMC, otras dietas populares presentaron diferencias significativas. Las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta Dukan fueron más populares en personas con obesidad, mientras que las dietas detox y la dieta cetogénica fueron utilizadas tanto por personas con obesidad como con normopeso.

Estos hallazgos reflejan que muchos individuos recurren a dietas restrictivas, a menudo sin ser plenamente conscientes de los riesgos asociados ni

de su clasificación como “dietas milagro”. Las diferencias por sexo también sugieren que los hombres suelen inclinarse más por estrategias físicas extremas, mientras que las mujeres recurren con mayor frecuencia a dietas restrictivas específicas.

3.4.2. Ayuno intermitente, dietas de muy bajo aporte calórico y dieta cetogénica

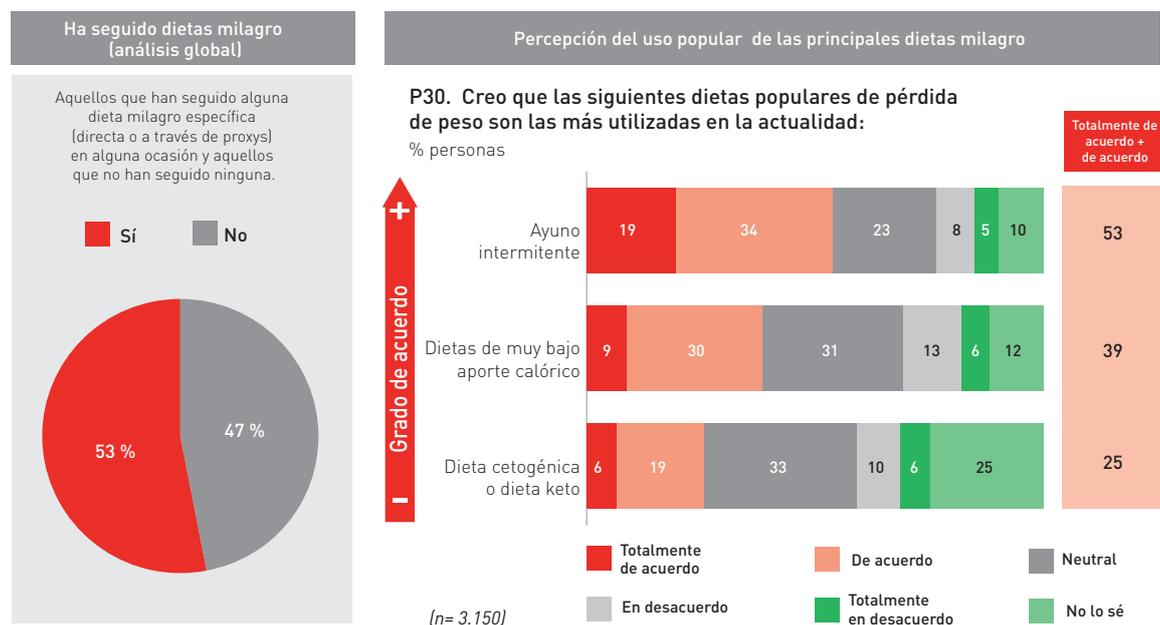
3.4.2.1. Popularidad y uso

Este informe analizó en profundidad el ayuno intermitente, las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica, dado su actual impacto en el imaginario colectivo como métodos efectivos para la pérdida de peso.

En términos de percepción, el ayuno intermitente destacó como la estrategia más popular, con un 53 % de los encuestados afirmando que es una de las dietas más utilizadas en la actualidad. Le siguieron las dietas de muy bajo aporte calórico, con un 39 %, y la dieta cetogénica, considerada menos extendida, con solo un 25 % de consenso (ver figura 16).

De forma global, los datos revelaron que un 53 % de los encuestados han seguido alguna de estas tres dietas, ya sea de manera consciente, es decir,

Figura 16. Popularidad relativa y análisis global de uso del ayuno intermitente, dietas de muy bajo aporte calórico y dieta cetogénica



respondiendo directamente que la han practicado, o inconsciente, a través de prácticas como:

- Saltarse dos o más comidas al día (8,6 %).
- Uso de productos diseñados para sustituir una comida principal (7,1 %).
- Eliminación de alimentos ricos en hidratos de carbono (30,6 %).

El 45 % reconoció haber seguido alguna dieta popular o milagro mientras que un 53 % de la muestra había seguido un método equivalente a una dieta o método milagro. Esta diferencia en la percepción sugiere que una parte de la población no identifica estos métodos como dietas milagro.

El *score* de seguimiento de patrones de pérdida rápida de peso fue significativamente más alto entre quienes habían seguido alguna de estas tres dietas en comparación con quienes no lo hicieron (43,64 vs. 12,09 puntos), lo que indica que estas estrategias suelen asociarse con un enfoque más extremo de pérdida de peso.

3.4.2.2. Ayuno intermitente

El 30,3 % de los encuestados reportaron haber seguido de forma consciente el ayuno intermitente. Sin embargo, solo el 15 % lo hizo bajo prescripción

de un profesional sanitario, lo que sugiere que la mayoría de los casos se implementaron de manera autodidacta o influenciados por fuentes no sanitarias (ver figura 17).

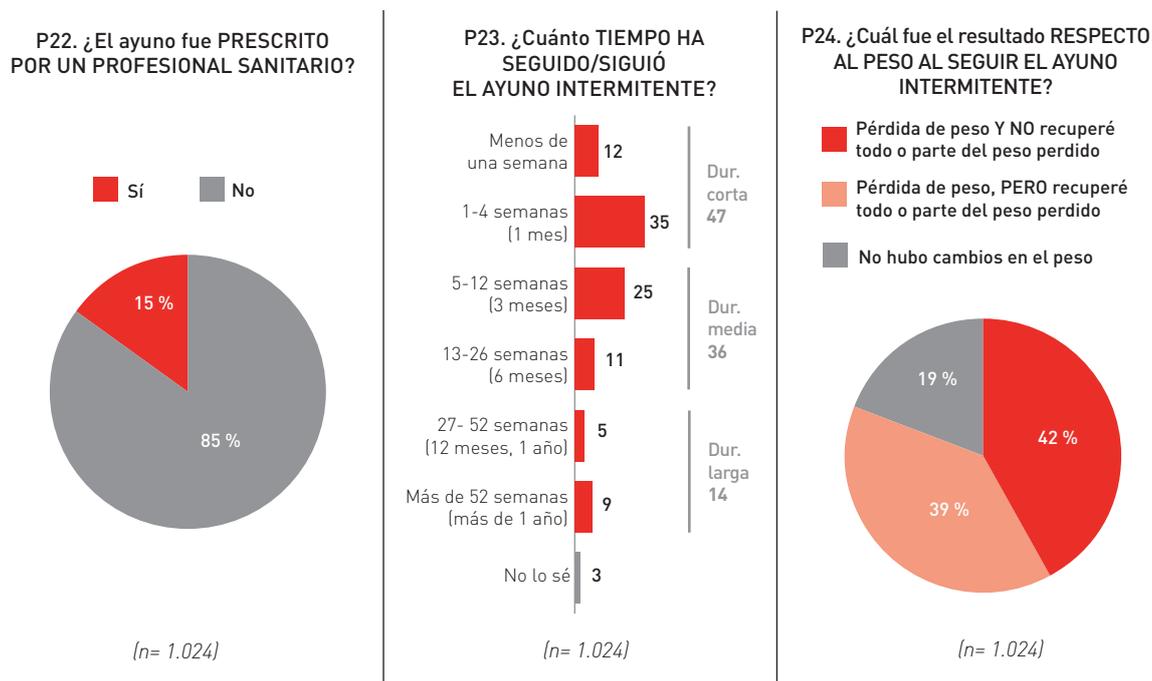
La duración del ayuno intermitente mostró una amplia variabilidad:

- Un 47 % lo practicó por períodos cortos de menos de 1 semana a 1 mes.
- Un 35 % lo mantuvo por un período medio de entre 3 y 6 meses.
- Un 14 % lo siguió durante más de 6 meses, que refleja un grupo más comprometido con la práctica a largo plazo.

Los participantes que siguieron el ayuno intermitente durante un período medio mostraron un *score* de intención de pérdida de peso y de pérdida rápida de peso significativamente más alto que aquellos que lo siguieron por períodos más cortos o más largos. Por otra parte, los participantes que mantuvieron esta dieta por un período largo mostraron un balance más favorable entre motivaciones positivas y negativas para la pérdida de peso (1,60 vs. <0,50).

En cuanto a los resultados en el peso, el 42 % de quienes declararon practicarlo reportaron perder

Figura 17. Distribución de la muestra que declara haber hecho ayuno intermitente en función de la prescripción de la dieta, el tiempo de seguimiento y resultados



peso sin recuperarlo o hacerlo solo en parte. Sin embargo, el 39 % indicó que recuperó parcial o totalmente el peso perdido, lo que indica que, para un porcentaje significativo de participantes, el efecto de la dieta no se mantuvo en el tiempo. Un 19 % no reportó cambios en su peso tras implementarla.

El análisis por sexo y edad reveló diferencias significativas. Los hombres recibieron más prescripción profesional (18,1 %) que las mujeres (12 %) y también reportaron mejores resultados en pérdida de peso sin recuperación (45,7 vs. 38,2 % en mujeres). En cuanto a los grupos de edad, los adultos jóvenes de entre 18 y 25 años fueron quienes más lograron perder peso sin recuperarlo (51,7 %).

El análisis según el IMC mostró diferencias importantes. Las personas con normopeso recibieron más prescripción profesional (18 %) en comparación con quienes tenían sobrepeso u obesidad. El seguimiento del ayuno intermitente por un período corto fue más frecuente en personas con sobrepeso (53,5 %), mientras que en las que declararon normopeso u obesidad fue el 43,9 y el 42,4 %, respectivamente. La pérdida de peso sin recuperación fue más común en personas con normopeso (52,1 %) en comparación con aquellas con sobrepeso u obesidad, donde la tasa osciló entre el 26,4 y el 34,7 %,

respectivamente. En contraste, la recuperación total o parcial del peso perdido fue más frecuente en quienes tenían sobrepeso u obesidad, con una prevalencia cercana al 48 %, mientras que solo el 30 % de las personas con normopeso experimentaron esta situación. La falta de cambios en el peso se reportó con mayor frecuencia en personas con obesidad (25,7 %), frente a un 16,8 y 18,4 % en los grupos de sobrepeso y normopeso, respectivamente.

3.4.2.3. Dietas de muy bajo aporte calórico

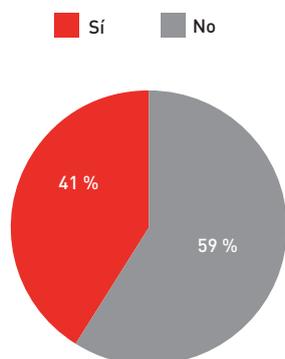
Un 20,4 % de los encuestados reportaron haber seguido una dieta de muy bajo aporte calórico. En términos de supervisión profesional, el 41 % lo hizo bajo prescripción de un sanitario, lo que indica un mayor grado de control en comparación con el ayuno intermitente. Sin embargo, el 59 % de los participantes que siguieron esta dieta lo hicieron sin indicación médica, clasificándose estos casos como uso de dieta popular (ver figura 18).

La duración de la dieta de muy bajo aporte calórico varió:

- Un 53 % la mantuvo entre 3 y 6 meses (duración media).

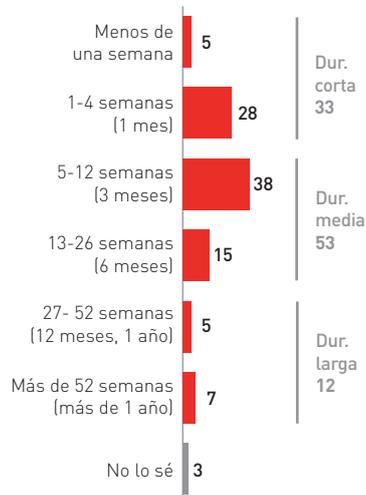
Figura 18. Distribución de la muestra que declara haber hecho dieta de muy bajo aporte calórico en función de la prescripción de la dieta, el tiempo de seguimiento y resultados

P25. ¿La dieta muy baja en calorías fue FUE PRESCRITA POR UN PROFESIONAL SANITARIO?



(n= 627)

P26. ¿Cuánto TIEMPO HA SEGUIDO/SIGUIÓ LA DIETA de muy bajo aporte calórico?



(n= 627)

P27. ¿Cuál fue su RESULTADO RESPECTO AL PESO al seguir la dieta de muy bajo aporte calórico?



(n= 627)

- Un 32 % la siguió por menos de 1 mes (duración corta).
- Un 12 % la mantuvo por más de 6 meses, lo que indica un grupo más comprometido.

Los participantes que reportaron mantener esta dieta por un período largo mostraron un balance más favorable entre motivaciones positivas y negativas para la pérdida de peso (1,49 vs. <0,30), además de un *score* de patrones de pérdida rápida de peso significativamente mayor (61,81 vs. <45,22) en comparación con quienes la siguieron por menos tiempo. Sin embargo, el *score* de intención de pérdida de peso no varió sustancialmente con el tiempo de seguimiento.

Respecto a los resultados en el peso, el 40 % de los encuestados declararon lograr perder peso sin recuperarlo o recuperando solo una parte, mientras que el 52 % experimentó una recuperación parcial o total del peso perdido. En contraste, el 9 % no reportó cambios en su peso tras seguir esta dieta.

El análisis por sexo y edad mostró diferencias significativas. Los hombres siguieron la dieta por un período medio en mayor proporción que las mujeres (62,8 vs. 44,6 %), mientras que las mujeres reportaron con mayor frecuencia un seguimiento de corta duración (36,9 vs. 26,9 %). En términos

de efectividad, los hombres presentaron mejores resultados en pérdida de peso sin recuperación (46,3 vs. 34,5 %), mientras que las mujeres fueron quienes reportaron con más frecuencia no haber perdido peso (11,9 vs. 4,5 %).

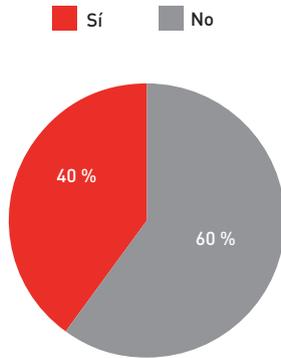
Según el IMC, la prescripción médica fue más común en personas con obesidad (55,8 %), seguida por quienes tenían peso normal (40,5 %) en comparación con los que presentaron sobrepeso (26,5 %). En cuanto a la adherencia, las personas con sobrepeso fueron las que mantuvieron más la dieta durante un tiempo medio. En términos de efectividad, la pérdida de peso sin recuperación fue más frecuente en personas con normopeso (46,2 %) y sobrepeso (44,6 %) que en aquellas con obesidad (22,8 %). Sin embargo, la recuperación total o parcial del peso perdido fue más común en personas con obesidad (65 %), en comparación con los otros dos grupos, donde la tasa osciló entre el 45,3 % en normopeso y el 50,3 % en sobrepeso.

3.4.2.4. Dieta cetogénica

Un 9,2 % de los encuestados reportaron haber seguido la dieta cetogénica. En términos de supervisión profesional, el 40 % la siguió bajo prescripción médica, lo que indica que sigue siendo considerada una estrategia que requiere supervisión especializada (ver figura 19).

Figura 19. Distribución de la muestra que declara haber hecho dieta cetogénica en función de la prescripción de la dieta, el tiempo de seguimiento y resultados

P19. ¿La dieta cetogénica fue FUE PRESCRITA POR UN PROFESIONAL SANITARIO?



(n= 268)

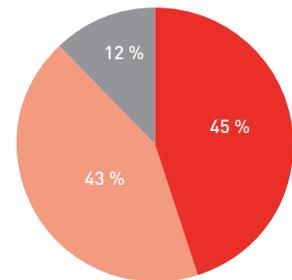
P20. ¿Cuánto TIEMPO HA SEGUIDO/SIGUIÓ LA DIETA CETOGÉNICA O DIETA KETO?



(n= 268)

P21. ¿Cuál fue su RESULTADO RESPECTO AL PESO al seguir la dieta cetogénica o dieta keto?

■ Pérdida de peso Y NO recuperé todo o parte del peso perdido
 ■ Pérdida de peso, PERO recuperé todo o parte del peso perdido
 ■ No hubo cambios en el peso



(n= 268)

Respecto a la duración de la dieta cetogénica:

- Un 57 % la mantuvo entre 3 y 6 meses.
- Un 37 % la siguió por menos de 1 mes.
- Solo el 4 % la practicó por más de 6 meses.

Los participantes que mantuvieron la dieta cetogénica por un período medio mostraron un balance más favorable entre motivaciones positivas y negativas (0,59 vs. <0,31) y valores de *score* más altos para intención de pérdida de peso y patrones de pérdida rápida de peso.

Respecto a los resultados en el peso, el 45 % de los encuestados declararon perder peso sin recuperarlo, mientras que el 43 % experimentó una recuperación total o parcial del peso perdido. Por otro lado, el 12 % no experimentó cambios en su peso tras seguir esta dieta.

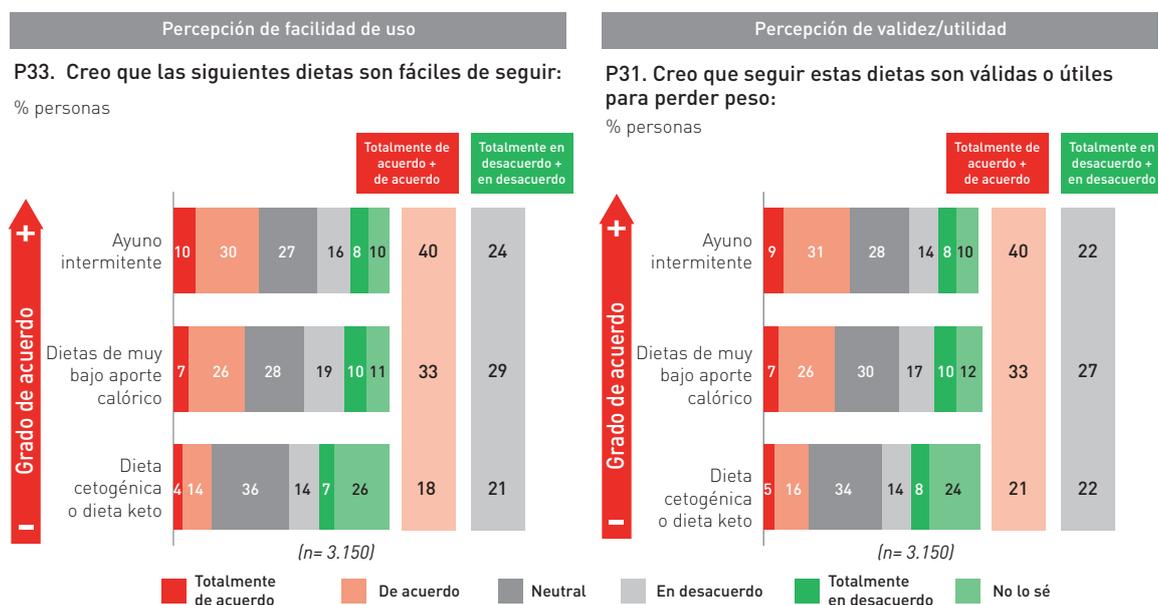
El análisis por sexo y edad mostró que hubo más hombres que hicieron la dieta por prescripción médica (48,7 %) que mujeres (35,4 %), aunque no se encontraron diferencias significativas por edad en la prescripción o duración de la dieta. En términos de efectividad, los hombres tuvieron mejores resultados en pérdida de peso sin recuperación

que las mujeres (58,3 vs.34,5 %), mientras que las mujeres fueron quienes más reportaron haber recuperado total o parcialmente el peso perdido (54,8 vs. 27,7 %). Los jóvenes de 18 a 25 años fueron el grupo con la mayor tasa de pérdida de peso sin recuperación (62,6 %), lo que sugiere una mayor eficacia de la dieta en este segmento de edad.

En términos de IMC, no se encontraron diferencias significativas en la prescripción médica entre los distintos grupos. Sin embargo, la duración media fue predominante en todos los grupos, con mayor adherencia en personas con obesidad (69,7 %). En cuanto a los resultados en el peso, la pérdida de peso sin recuperación fue significativamente mayor en personas con normopeso (53,2 %), la recuperación parcial o total del peso perdido lo fue en personas con sobrepeso y obesidad (>54 %), mientras que en normopeso este porcentaje fue del 33,7 %.

3.4.3. Percepción de facilidad de uso y utilidad de las dietas populares

El análisis sobre la facilidad de uso y la validez percibida de las dietas populares para perder peso mostró diferencias significativas entre las estrategias evaluadas: ayuno intermitente, dietas de muy bajo aporte calórico y dieta cetogénica (ver figura 20).

Figura 20. Percepción de facilidad de uso y de validez y utilidad del ayuno intermitente, dietas de muy bajo aporte calórico y dieta cetogénica


El ayuno intermitente fue percibido como la dieta más fácil de seguir. El 40 % de los encuestados afirmaron estar “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” en que es una estrategia sencilla de aplicar. Le siguieron las dietas de muy bajo aporte calórico, con un 33 % de aceptación, mientras que la dieta cetogénica fue vista como la más compleja, con solo un 18 % de los participantes considerándola fácil de seguir.

En relación con la validez o utilidad percibida para la pérdida de peso, el ayuno intermitente se posicionó como la opción más útil, con un 40 % de aceptación. En contraste, las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica fueron percibidas como menos efectivas, con un 33 y 21% de consenso, respectivamente.

El análisis reveló que los hombres percibieron las dietas de muy bajo aporte calórico como más fáciles de seguir y más útiles en comparación con las mujeres. Además, los jóvenes de 18 a 35 años consideraron el ayuno intermitente como la estrategia más sencilla y efectiva.

En términos de adherencia, aquellos que consideraron la dieta cetogénica como fácil de seguir mostraron un *score* de patrones de pérdida rápida de peso significativamente mayor en comparación con quienes la consideraron difícil.

3.4.4. Percepción de riesgo y beneficio de su uso y necesidad de supervisión

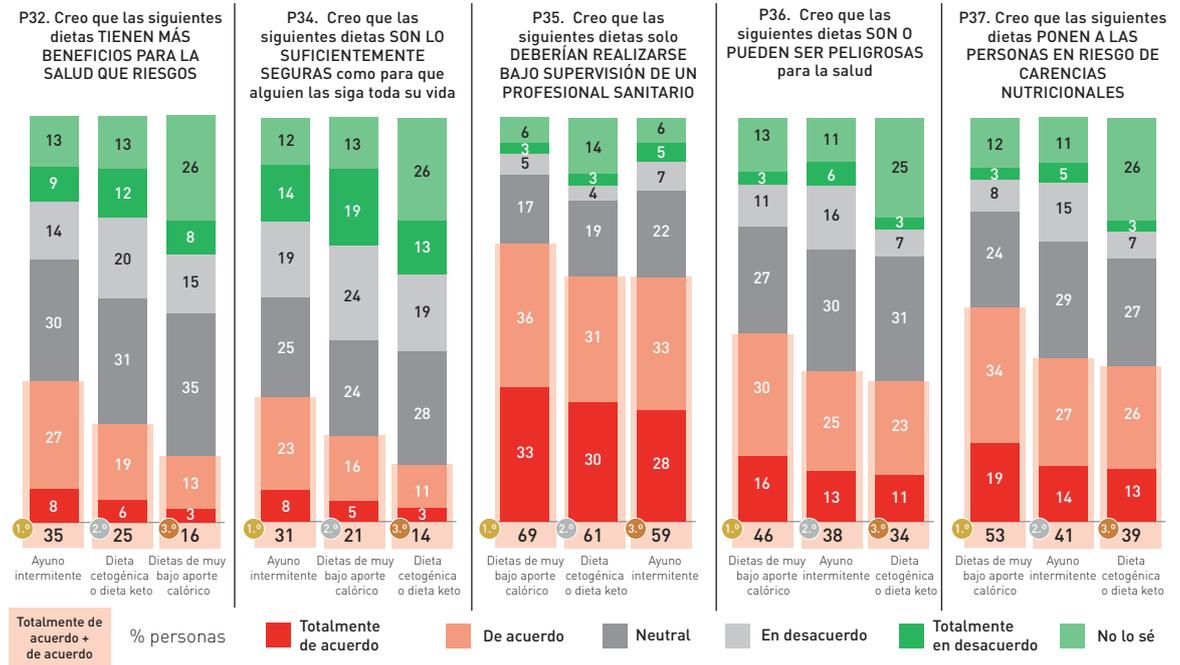
El análisis sobre la percepción de peligrosidad, beneficios y la necesidad de supervisión profesional de las dietas populares reveló notables diferencias entre ayuno intermitente, dieta cetogénica y dietas de muy bajo aporte calórico (ver figura 21).

El ayuno intermitente fue la estrategia percibida como la más beneficiosa en términos de salud. El 35 % de los encuestados consideraron que aporta más beneficios que riesgos. En comparación, la dieta cetogénica y las dietas de muy bajo aporte calórico generaron opiniones más divididas, con solo un 25 y 16 % de aceptación, respectivamente.

Las dietas de muy bajo aporte calórico fueron percibidas como las más peligrosas. Un 53 % de los encuestados afirmaron que presentan un alto riesgo de carencias nutricionales. En el caso del ayuno intermitente y la dieta cetogénica, aproximadamente el 40 % (41 y 39 %, respectivamente) de los participantes las consideraron potencialmente peligrosas en términos de déficits nutricionales.

En cuanto a la seguridad a largo plazo, el ayuno intermitente fue la única estrategia que una parte significativa de la población (31 %) consideró segura para seguir durante períodos prolongados. Por

Figura 21. Percepción de peligrosidad, beneficios y la necesidad de supervisión del ayuno intermitente, dietas de muy bajo aporte calórico y dieta cetogénica



el contrario, las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica fueron vistas como menos seguras, con un 21 y 14 % de aprobación, respectivamente, lo que refleja las preocupaciones sobre sus efectos a largo plazo.

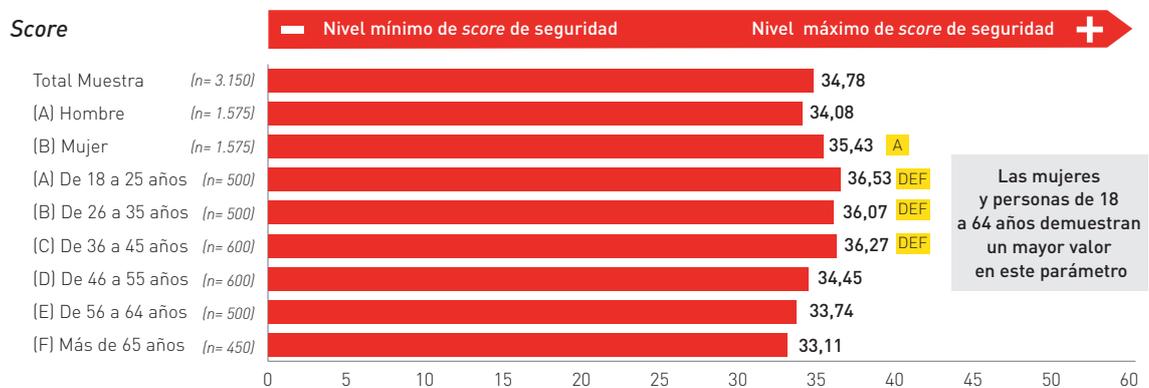
Respecto a la necesidad de supervisión profesional, el 59-69 % de los encuestados consideraron que cualquiera de estas dietas solo debería realizarse bajo control sanitario.

Como parte de este análisis, se generó un *score* de seguridad (ver figura 22) que refleja la percepción

de los participantes sobre cuán seguras consideran las dietas populares. Este indicador se calculó a partir de respuestas sobre seguridad percibida, necesidad de supervisión profesional y riesgos de carencias nutricionales.

El *score* de seguridad promedio para la muestra total fue de 34,78 puntos. Las mujeres obtuvieron un promedio ligeramente más alto (35,43 puntos) que los hombres (34,08 puntos), lo que podría reflejar una mayor confianza en los métodos dietéticos populares o una atención más consciente a recomendaciones profesionales. Por grupos de edad, los

Figura 22. Score de seguridad de las dietas populares en función del sexo y grupos de edad



Nota: las letras al lado de cada medición indican una diferencia significativa entre los grupos identificados.

valores más altos se registraron entre los adultos de 18 a 45 años, con una disminución progresiva en la percepción de seguridad a medida que aumentaba la edad.

En términos de aceptación general, el ayuno intermitente se posicionó como la estrategia más equilibrada en cuanto a percepción de beneficios y riesgos, y fue vista como relativamente segura para realizar sin supervisión estricta. En cambio, la dieta cetogénica y las dietas de muy bajo aporte calórico generaron más preocupación, tanto por sus posibles riesgos para la salud como por la necesidad de supervisión profesional. Este análisis subraya la importancia de educar a la población sobre los riesgos de las dietas restrictivas y de promover estrategias nutricionales seguras y basadas en evidencia científica.

3.5. Influencia y apoyo social en la pérdida de peso

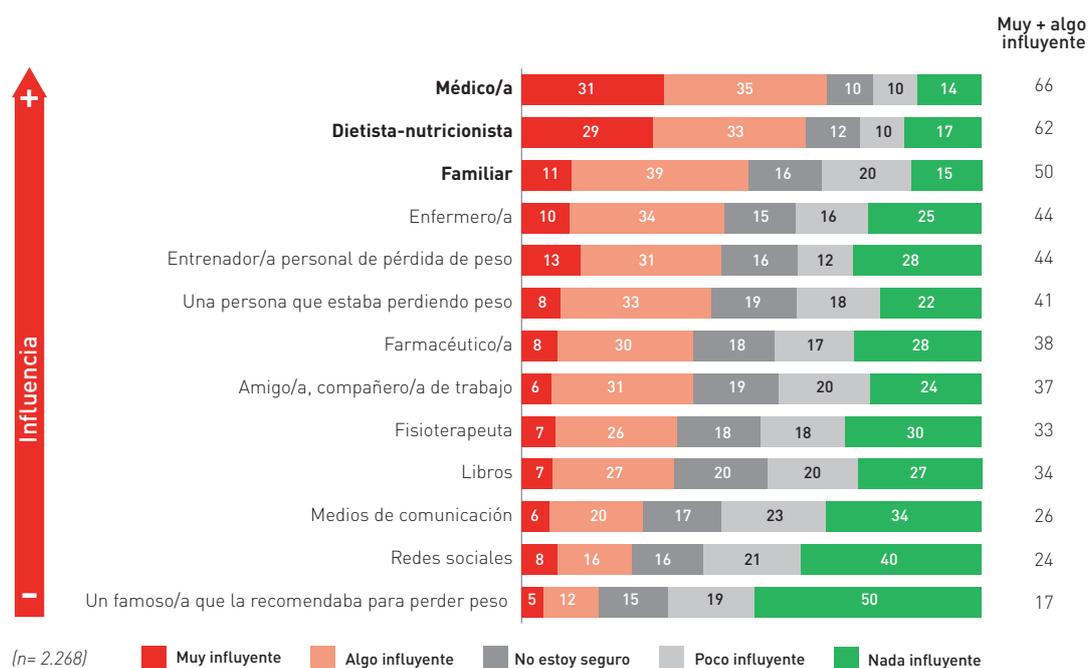
El análisis de la influencia de distintos actores en la pérdida de peso revela una marcada variabilidad en la percepción de su impacto. Los profesionales sanitarios, como médicos y dietistas-nutricionistas, fueron identificados como las fuentes de mayor influencia, con un 66 y 62 % de los encuestados, respectivamente, al considerar que su impacto fue

significativo en sus estrategias de control de peso. En contraste, la influencia de figuras mediáticas, redes sociales y medios de comunicación fue considerablemente menor, con solo un 17, 24 y 26 % de los encuestados, respectivamente. En consecuencia, debe interpretarse que las personas encuestadas creen que estos factores no influyeron demasiado en sus intentos de perder peso (ver figura 23).

A pesar del reconocimiento del papel de los profesionales de la salud, el 69 % de las personas que han seguido alguna de las tres principales dietas milagro específicas no lo hicieron bajo la supervisión de un profesional sanitario, lo que sugiere que muchas personas adoptan estrategias de pérdida de peso sin orientación profesional adecuada.

El entorno social y familiar también desempeña un papel clave en la pérdida de peso. El 50 % de los encuestados señalaron que su familia influyó en su intención de perder peso, situándola como la tercera fuente de mayor influencia (ver figura 24). Además, el 46 % indicó que recibe felicitaciones de familiares y amigos cuando logra perder peso, mientras que el 45 % afirmó contar con alguien que los escucha cuando necesitan hablar sobre su peso. El apoyo social se reflejó también en otros aspectos del proceso de pérdida de peso. El 42 % de los encuestados manifestaron sentir apoyo de su entorno para perder peso, mientras que el 34 %

Figura 23. Distribución de la muestra en función de la influencia de distintos actores en las prácticas de pérdida de peso



percibió que cada vez hay más personas en su entorno que los animan a continuar con su proceso. Sin embargo, no siempre se recibe el apoyo adecuado. El 29 % de los encuestados reconocieron que cuando están a dieta evitan comer con personas con las que suelen excederse, lo que sugiere que los hábitos alimentarios dentro del entorno social pueden representar una barrera para el mantenimiento del peso corporal (ver figura 24).

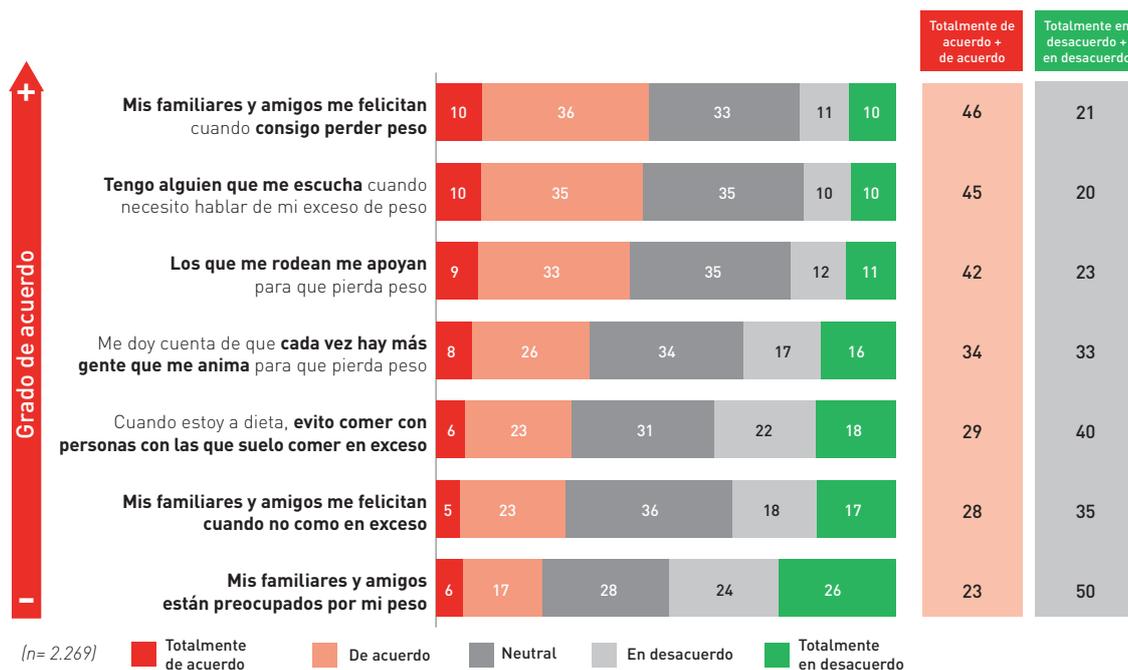
El análisis del impacto del apoyo social en los patrones de pérdida rápida de peso mostró que aquellos que declararon recibir apoyo social obtuvieron un *score* significativamente mayor, lo que indica una predisposición a elegir estos métodos en entornos de refuerzo personal.

En cuanto a la motivación positiva y negativa en la pérdida de peso, los datos indican que las personas que perciben apoyo social tienden a experimentar

un predominio de las motivaciones positivas sobre las negativas. Esta tendencia fue especialmente fuerte en quienes afirmaron que sienten que alguien los escucha cuando necesitan hablar de su exceso de peso, perciben el apoyo de quienes los rodean y reciben felicitaciones de familiares y amigos cuando controlan lo que comen.

Aunque los profesionales sanitarios son considerados la principal fuente de influencia en la pérdida de peso, una proporción significativa de personas siguen estrategias sin supervisión profesional, recurriendo en muchos casos a su entorno social y familiar como principal fuente de apoyo, de decisiones no siempre responsables con la salud. Sin embargo, la falta de apoyo adecuado y la influencia de hábitos sociales pueden actuar como barreras, lo que refuerza la importancia de estrategias que integren tanto el respaldo profesional como el apoyo social para lograr una pérdida de peso efectiva.

Figura 24. Distribución de la muestra en función del apoyo social percibido en relación con la pérdida de peso



4. Discusión

4.1. Características de la muestra

El perfil de la muestra analizada en este estudio refleja fielmente la distribución de la población española en términos de sexo, edad y comunidades autónomas, lo que permite extraer conclusiones representativas sobre los patrones de peso y su gestión. Sin embargo, los datos revelan una realidad preocupante: 3 de cada 10 encuestados presentan sobrepeso y 2 de cada 10, obesidad, lo que sitúa a un porcentaje significativo de la muestra de población tomada en una situación de riesgo metabólico. Estas cifras están en línea con estimaciones previas, que sitúan la prevalencia de obesidad en España en torno al 15-20 %^{5,7,131}, con una tasa de aumento anual del 0,5 %/año¹³², y se proyecta un aumento continuo en la próxima década¹³³. A nivel regional, las comunidades autónomas con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en este estudio coinciden con aquellas que, según otros análisis, han evidenciado una tendencia creciente⁷.

La tendencia al alza en el exceso de peso refuerza la necesidad de estrategias efectivas de prevención y manejo terapéutico, especialmente en grupos de mayor riesgo como los que presentan comorbilidades como hipertensión, dislipidemias o diabetes tipo 2, referidas, al menos una de ellas, por 1 de cada 4 de los participantes de este estudio, así como en los hombres y los adultos mayores, en quienes se observa un incremento progresivo del IMC con la edad.

Más allá de las cifras objetivas, los datos del presente estudio muestran una discrepancia entre la percepción del peso corporal, la prevalencia estimada del exceso de peso y su confirmación médica, lo que sugiere que una parte significativa de la población no tiene una visión clara de su estado ponderal. Estudios previos han evidenciado que el 74 % de las personas que viven con sobrepeso y el 29 % de aquellas que lo hacen con obesidad nunca han recibido un diagnóstico clínico de su situación ponderal, lo que indica una falta de reconocimiento

de los problemas en el control y manejo del peso corporal en la atención sanitaria¹³⁴. De manera similar, otro estudio evidenció que la información autodeclarada sobre obesidad, hipertensión e hipercolesterolemia subestimaba considerablemente la prevalencia real cuando se contrastaba con mediciones clínicas. Esta autoevaluación errónea llevó a una subestimación de la obesidad en un 4 % y del colesterol elevado en un 50 % en hombres y un 44 % en mujeres¹³⁵.

Este fenómeno no es solo un problema de percepción individual, sino también una cuestión comunitaria. La falta de diagnóstico oportuno no solo influye en la toma de decisiones personales sobre la salud, sino que puede generar una sensación de falsa seguridad que perpetúe hábitos y estilos de vida inadecuados. Sin una conciencia clara de su estado ponderal y de cómo este afecta a su salud, y de recursos del sistema sanitario para su control y manejo terapéutico, muchas personas pueden recurrir a estrategias de pérdida de peso sin fundamento científico, impulsadas más por la urgencia y las modas que por la efectividad a largo plazo.

En términos de morbilidad, los datos también revelan diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que sugiere que la gestión del peso corporal no solo responde a factores individuales, sino también a determinantes biológicos y socioculturales. Los hombres presentan tasas más altas de hipertensión, diabetes y apnea del sueño, mientras que las mujeres son más propensas a padecer depresión, ansiedad y trastornos digestivos. La evidencia científica respalda esta diferenciación. Un estudio reveló que los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión y diabetes en comparación con las mujeres, especialmente en edades tempranas. Sin embargo, estas diferencias se reducen con el envejecimiento, equiparándose el riesgo entre ambos sexos^{136,137}. De manera similar, otro estudio halló que la apnea del sueño es más frecuente en hombres, aunque en mujeres suele estar infradiagnosticada, lo que sugiere una

menor detección clínica de los síntomas en este grupo¹³⁸. En el ámbito de la salud mental, distintos estudios han confirmado que la prevalencia de ansiedad y depresión es significativamente mayor en mujeres^{139,140}. Este patrón también se observa en los trastornos digestivos, donde las mujeres presentan una mayor incidencia de afecciones como el síndrome de intestino irritable y la dispepsia funcional¹⁴¹⁻¹⁴³. Las diferencias en la prevalencia de estas enfermedades pueden explicarse por una combinación de factores biológicos y hormonales, así como por distintos niveles de exposición a estresores ambientales y hábitos de vida^{137,144,145}.

Esta diferenciación entre sexos en relación con los patrones de morbilidad, la percepción del peso y de las afecciones crónicas podrían tener implicaciones directas en el manejo del peso corporal y en la predisposición a recurrir a estrategias de pérdida rápida de peso. Considerando estas diferencias en la percepción de la salud y en el modo en el que hombres y mujeres perciben, afrontan y buscan soluciones para el control del peso corporal, resulta fundamental que cualquier análisis sobre estrategias de adelgazamiento contemple estas variables de manera diferenciada.

Asimismo, la evolución del estado de salud a lo largo del ciclo vital y las distintas motivaciones que impulsan la pérdida de peso en cada etapa refuerzan la necesidad de realizar adaptaciones específicamente diferenciadas por sexos y grupos de edad. Comprender cómo estas diferencias influyen en la adopción de métodos convencionales o estrategias extremas de pérdida de peso permitirá identificar los factores que predisponen a ciertos grupos a recurrir a soluciones drásticas y mejorar la efectividad de las intervenciones diseñadas para abordar las comorbilidades asociadas al exceso de peso, prevenir el efecto rebote, promover y mantener un peso saludable y mejorar la calidad de vida de las personas.

4.2. Intención y motivación de hacer dieta para perder peso

La preocupación por el peso corporal es una constante a lo largo de la vida adulta, con una tendencia creciente en edades más jóvenes y una marcada diferencia de género. En este estudio, 7 de cada 10 encuestados han intentado perder peso al menos una vez, con una mayor prevalencia en mujeres y en el grupo de 26 a 35 años. Esta diferencia no solo responde a patrones de salud, sino también a presiones socioculturales y estéticas que refuerzan una

mayor exigencia en la autopercepción del peso en mujeres. Se ha documentado que las mujeres tienen más probabilidades de percibirse con sobrepeso e intentar perder peso en comparación con los hombres¹⁴⁶, lo que podría estar influenciado por la exposición a estándares estéticos promovidos por los medios, las redes sociales y la cultura de hacer dieta. En el presente estudio, mientras que los hombres comienzan a preocuparse por su peso en torno a los 35 años, las mujeres lo hacen cinco años antes. Estudios previos han señalado que los factores citados anteriormente generan una mayor insatisfacción con la imagen corporal, especialmente en mujeres jóvenes, lo que podría explicar por qué la intención de perder peso aparece en edades más tempranas en mujeres que en hombres¹⁴⁷.

Esto sugiere que los cánones estéticos femeninos, reforzados por los medios, redes sociales y la cultura de hacer dieta, juegan un papel crucial en la autopercepción del peso, en la intención de pérdida de peso y en su manejo^{63,148}.

Esta tendencia se refleja en la repetición de intentos: en promedio, los encuestados han intentado perder peso casi siete veces a lo largo de su vida, con una mayor frecuencia en mujeres y en la franja de 46 a 65 años. Un estudio observó que mientras el 25 % de los hombres intentó perder peso, este porcentaje llegó al 40 % en mujeres¹⁴⁹, tendencia que ha sido constatada por otros estudios¹⁵⁰. Este patrón sugiere que el control del peso no es un objetivo puntual, sino un desafío recurrente a lo largo del tiempo. Sin embargo, el hecho de que la mayoría de los participantes recupere el peso perdido en cada intento indica que las estrategias utilizadas no están generando cambios que puedan mantenerse en el tiempo. A pesar de que se ha señalado que la pérdida y ganancia de peso cíclica es una barrera significativa en la pérdida de peso a largo plazo¹⁵¹, la literatura científica sugiere que el ciclo de pérdida y recuperación de peso no tiene necesariamente efectos adversos en la composición corporal ni en el metabolismo¹⁵². Esto implica que, aunque la pérdida de peso repetida pueda generar frustración, no debería disuadir a las personas con sobrepeso u obesidad de seguir intentando alcanzar un peso más saludable, y en todo caso refuerza la necesidad de intervenciones psicológicas que mejoren la adherencia a estrategias de pérdida de peso más efectivas¹⁵¹.

La motivación para perder peso responde tanto a factores positivos como negativos¹³⁰. Mientras que

una parte de la población lo hace buscando mejoras en la condición física, el bienestar emocional y la autoestima, otro segmento se ve impulsado por la culpa, la presión social y la ansiedad de mantener el control del peso. Varios trabajos han reportado que los motivadores comunes para la pérdida de peso son las preocupaciones por la salud, el deseo de mejorar la satisfacción corporal, de poder llevar adelante a la familia, de recuperar un sentido de normalidad, la motivación personal y la autodeterminación, y la planificación previa^{32,34-36}. Este balance ajustado entre motivaciones positivas y negativas sugiere que, para muchas personas, la experiencia de perder peso no es solo un desafío físico, sino también una carga emocional. Las mujeres parecen experimentar esta carga de forma más intensa en ambos tipos de motivación. Esto podría explicar por qué intentan adelgazar con más frecuencia, pero también por qué el proceso puede ser más frustrante. En un trabajo científico se encontró que las mujeres suelen estar motivadas por factores interpersonales y culturales, como la presión social y los estándares de belleza, mientras que los hombres tienden a enfocarse en la calidad de vida y la salud¹⁴⁹. Además, se ha observado que las mujeres recurren con más frecuencia a métodos extremos como dietas restrictivas, vómitos autoinducidos y el uso de laxantes para controlar su peso¹⁵⁰. Además del factor de género, la edad modula la percepción del control del peso. En la juventud predominan las motivaciones estéticas, mientras que en la edad adulta y avanzada el foco se desplaza hacia la salud. Aquellos con obesidad presentan los valores más altos tanto en motivaciones positivas como negativas, lo que sugiere que su preocupación por la salud es un motor clave en sus intentos de pérdida de peso. En este sentido, se ha reportado que las personas con obesidad tienen más probabilidades de experimentar una relación ambivalente con el control del peso, ya que, aunque buscan mejorar su estado de salud, también pueden estar sujetas a una mayor presión social y sanitaria para adelgazar¹³⁰.

La intención de hacer dieta, estrechamente ligada a la intención de perder peso, sigue siendo elevada en la población, con la mitad de los encuestados reportando haber reducido en algún momento su ingesta calórica con este fin. La propensión a seguir una dieta es mayor en mujeres y en personas de 46 a 65 años, mientras que, a nivel regional, Murcia y la Comunidad Valenciana destacan como las comunidades con mayores tasas de intención

de hacer dieta, lo que sugiere que factores socio-culturales y el acceso a información sobre estrategias de adelgazamiento pueden influir en esta decisión. Además, las personas con sobrepeso, obesidad o enfermedades metabólicas presentan una mayor intención de hacer dieta, lo que confirma que la preocupación por el peso está estrechamente relacionada con el estado de salud.

A pesar de la percepción general de la dieta como una estrategia útil y beneficiosa, no siempre es considerada una experiencia agradable. Este rechazo es más común entre los jóvenes, quienes tienden a ver la dieta como una restricción más que como una herramienta hacia el bienestar. Con el paso de los años, esta percepción cambia, y el grupo de 46 a 65 años es el que valora la dieta de manera más positiva, viéndola como un componente del cuidado de la salud en lugar de una imposición estética.

En el contexto de la pérdida rápida de peso, estos hallazgos refuerzan la idea de que la percepción de la imagen corporal, la motivación y las estrategias para adelgazar varían ampliamente según el sexo, la edad y el estado de salud. En función de estos factores, algunas personas podrían ser más propensas a buscar soluciones inmediatas a través de métodos más restrictivos, mientras que otras adoptarían enfoques dietéticos que puedan mantenerse a largo plazo. Entender cómo estos factores influyen en la predisposición a recurrir a estrategias extremas de pérdida de peso es clave para diseñar intervenciones efectivas que reduzcan las comorbilidades asociadas al exceso de peso, frecuencia e intensidad del efecto rebote, fomenten un peso saludable a largo plazo y mejoren la calidad de vida de las personas.

4.3. Uso de estrategias de pérdida de peso

La alta frecuencia de intentos de pérdida de peso observada en la muestra confirma que la reducción del peso corporal es una preocupación constante. Sin embargo, la diversidad de enfoques empleados y la clasificación de estrategias en métodos normales, límites, rápidos y extremos reflejan que no todas las prácticas son igual de seguras ni efectivas. Mientras algunas estrategias están respaldadas por la evidencia científica, otras pueden implicar riesgos significativos para la salud y favorecer el efecto rebote.

4.3.1. Métodos considerados normales y limítrofes

El ejercicio físico es la estrategia más utilizada en la muestra, lo que indica que es percibido como una herramienta fundamental para la pérdida de peso. Sin embargo, su frecuencia de uso disminuye con la edad, lo que sugiere que barreras físicas y una menor preocupación por la imagen corporal pueden influir en la adherencia a la práctica de actividad física. A pesar de esta percepción, la literatura científica ha señalado que el ejercicio por sí solo no suele generar una reducción significativa de peso¹⁵³. En este sentido, la modificación dietética sigue siendo el pilar fundamental en los intentos de adelgazamiento.

En esta investigación, las modificaciones dietéticas como la dieta hipocalórica, la restricción de grasas y aceites y la de hidratos de carbono, reflejan la influencia de enfoques dietéticos que promueven la restricción alimentaria para conseguir una pérdida de peso corporal. Las mujeres son más propensas a adoptar estos métodos, probablemente debido a la promoción de dietas restrictivas dirigidas a este grupo. En cambio, los hombres tienden a priorizar el ejercicio, lo que se ha asociado con una mayor capacidad de mantener la pérdida de peso a largo plazo¹⁴⁶. La evidencia científica indica que la combinación de actividad física y modificación de la dieta es la estrategia más efectiva para la pérdida y el mantenimiento del peso corporal¹⁵⁴⁻¹⁵⁶. En cuanto al aumento del consumo de proteínas, los jóvenes de 18 a 25 años fueron los más inclinados a seguir esta estrategia, probablemente debido a su popularidad en redes sociales y su asociación con la ganancia de masa muscular.

Otras estrategias más drásticas, como saltarse una o dos comidas, fueron reportadas por 2 de cada 10 encuestados. Aunque esto puede reducir la ingesta calórica diaria, la omisión de comidas, especialmente la cena, ha sido asociada con un impacto negativo en la calidad de la dieta y con un mayor riesgo de ganancia de peso en el tiempo^{157,158}. En contraste, el uso de medicamentos para adelgazar es bajo en la muestra, lo que sugiere que la farmacoterapia no es una práctica extendida en la población española a la hora de abordar la pérdida de peso.

4.3.2. Métodos de pérdida rápida de peso y métodos extremos

A pesar de los riesgos asociados, las estrategias de pérdida rápida de peso y los métodos extremos

siguen siendo utilizados por un segmento significativo de la población. Esto refleja la fuerte presión social por lograr una reducción acelerada del peso, no solo por razones estéticas, sino también por la creciente inquietud sobre las consecuencias del sobrepeso y la obesidad en la salud. Sin embargo, la adopción de estos métodos no siempre conlleva soluciones efectivas, ya que con frecuencia resultan insostenibles y favorecen la recuperación del peso perdido.

Entre las estrategias más comunes de pérdida rápida de peso, en el presente estudio la eliminación drástica de carbohidratos es la más utilizada, empleada por 4 de cada 10 encuestados, con una prevalencia mayor en mujeres y en personas de 46 a 65 años. Esto evidencia la influencia de tendencias dietéticas populares que promueven la restricción de este macronutriente como una solución eficaz para adelgazar sin necesidad de contar calorías ni limitar el consumo de alimentos altamente palatables^{159,160}. No obstante, la evidencia científica sugiere que su efectividad a corto plazo se debe más a la reducción de la ingesta calórica total que a la eliminación de los carbohidratos en sí misma¹⁶¹.

Otras estrategias de rápida pérdida de peso incluyen saltarse más de dos comidas al día, utilizada por 1 de cada 10 encuestados, con una mayor prevalencia en jóvenes de 18 a 25 años, posiblemente debido a hábitos alimentarios irregulares o a la influencia de tendencias extremas en redes sociales⁶⁴. No obstante, la evidencia sugiere que realizar solo una comida al día de forma prolongada podría aumentar el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y otras causas¹⁶² en comparación a comer tres comidas al día.

La sustitución de comidas por batidos o barras, también utilizada por 1 de cada 10 participantes, es más común entre jóvenes, lo que sugiere que la accesibilidad y conveniencia de estos productos influyen en su elección. Un análisis realizado en España halló que las barras son los sustitutos de comidas más utilizados, seguidos por los batidos en polvo¹⁶³. Si bien estos productos pueden facilitar la adherencia a un plan de alimentación controlado, su efectividad a largo plazo depende del mantenimiento sostenido de un déficit calórico¹⁶⁴.

Más preocupante es el uso de métodos extremos, como productos milagro, laxantes, diuréticos y pastillas para adelgazar sin prescripción médica, 1 de cada 10 encuestados reportó usar estos productos, con una mayor incidencia en personas con

obesidad (2 de cada 10) y en hombres jóvenes, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad a estrategias de pérdida rápida en este grupo. Un estudio concluyó que el uso de suplementos dietéticos para la pérdida de peso es una práctica común que suele realizarse sin supervisión médica y que en su gran mayoría contienen sustancias estimulantes¹⁶⁵. Además, el abuso de estos productos de venta libre ha sido identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria¹⁶⁶. Algunos autores sugieren que la alta disponibilidad y accesibilidad a este tipo de productos debe combatirse mediante estrategias legislativas¹⁶⁷.

Por otro lado, la adopción de métodos físicos extremos, como el uso de ropa de plástico o saunas para inducir la sudoración, fue reportada por 1 de cada 10 encuestados, especialmente en el grupo de 18 a 25 años. Aunque estos métodos pueden generar una pérdida de peso rápida por deshidratación, no tienen impacto en la reducción de grasa corporal^{168,169}. La combinación de estas estrategias pone en evidencia que, para ciertos segmentos de la población, la rapidez en la pérdida de peso prima sobre la seguridad, la salud y la efectividad a largo plazo.

4.4. Factores asociados a la predisposición de la adopción de estrategias de pérdida rápida de peso

El IMC y la presencia de enfermedades metabólicas influyen significativamente en la predisposición a recurrir a estrategias de pérdida rápida de peso. Las personas con obesidad muestran una mayor inclinación hacia estos métodos, obteniendo un *score* de pérdida rápida de peso significativamente superior en comparación con aquellas que presentan sobrepeso y normopeso. Esto sugiere que, a medida que aumenta el IMC, también lo hace la urgencia por perder peso rápidamente, posiblemente debido a preocupaciones de salud o a una mayor insatisfacción con la imagen corporal¹⁷⁰.

Asimismo, la percepción subjetiva de la salud juega un papel clave en la adopción de estas estrategias. Las personas con enfermedades autodiagnosticadas muestran una mayor predisposición a utilizar métodos extremos en comparación con aquellas con un diagnóstico médico, lo que indica que la percepción de riesgo puede ser un determinante en la toma de decisiones sobre el control del peso.

Los hallazgos del estudio evidencian que la pérdida rápida de peso sigue siendo una opción atractiva para ciertos segmentos de la población, particularmente mujeres, jóvenes y personas que viven con obesidad. Sin embargo, la efectividad de estos métodos a largo plazo es cuestionable y, en muchos casos, conlleva riesgos para la salud. Promover una perspectiva centrada en el bienestar y la efectividad a largo plazo, en lugar de en la inmediatez, es clave para desarrollar estrategias más eficaces y seguras en la gestión del peso corporal.

4.5. Uso de dietas populares y milagro

El análisis de los datos pone en evidencia una relación paradójica de la población con las dietas milagro y populares. Por un lado, existe un alto nivel de reconocimiento y uso de estas estrategias, 4 de cada 10 encuestados afirman haber seguido alguna de ellas. Sin embargo, solo 2 de cada 10 lo reconocen explícitamente, lo que indica que una parte significativa de la población no asocia ciertos patrones dietéticos restrictivos con el concepto de dieta milagro. Este hallazgo sugiere que el problema no radica únicamente en la adopción de estas prácticas, sino en la falta de una conciencia crítica sobre sus riesgos y limitaciones. En un estudio anterior realizado a nivel español, el 22 % de la muestra siguió algún tipo de dieta milagro, aunque solo el 18,7 % lo reconoció¹⁷¹. En un estudio realizado en Estados Unidos, el 40 % de las personas declararon seguir una dieta o patrón alimentario específico⁶¹, siendo los más populares el ayuno intermitente, la dieta limpia (*clean eating*), y la cetogénica y la baja en hidratos de carbono.

El no reconocimiento de una dieta milagro también se manifiesta en la diferenciación entre métodos como el ayuno intermitente, y otros con connotaciones más negativas, como las dietas detox o la dieta de la piña. El ayuno intermitente, por ejemplo, es la estrategia más reconocida y utilizada. En cambio, dietas con un enfoque más restrictivo o basado en productos específicos, como la dieta Dukan, la dieta detox o la cetogénica, presentan un menor nivel de uso. No obstante, su impacto en el imaginario colectivo sigue siendo alto, seguramente debido a fuertes tendencias de estas dietas en algún período reciente^{52,56-60}. En 2021, el 8 % de los encuestados reportó seguir la dieta Dukan, mientras la dieta detox fue seguida por un 5 % de los encuestados¹⁷¹. La variabilidad mostrada en nuestro estudio en el reconocimiento y aplicación de estas dietas refleja que ciertas estrategias son

legitimadas por la población como herramientas de control de peso, mientras que otras quedan relegadas a un segundo plano, desplazadas en ciclos de popularidad influenciados por tendencias dietéticas y el impacto de los medios de comunicación e influencia de redes sociales.

El perfil de quienes recurren a estas dietas refuerza la idea de que la urgencia por perder peso está directamente relacionada con la inclinación a adoptar enfoques más drásticos. En esta investigación, 4 de cada 10 personas con obesidad reportaron haber usado dietas milagro, siendo algo más alto en comparación con aquellas que refirieron normopeso, lo que indica que, a mayor IMC, mayor es la predisposición a buscar soluciones rápidas. Algunos autores sugieren que las personas con obesidad están más expuestas a patrones alimentarios restrictivos que emergen como dietas de populares o milagro⁵². Además, los datos recopilados en esta investigación muestran que el *score* de intención de pérdida de peso y el *score* de pérdida rápida de peso son significativamente más altos en quienes han recurrido a estrategias de pérdida rápida de peso, lo que confirma que la presión por adelgazar influye en la adopción de métodos restrictivos.

En términos de género, las mujeres muestran una mayor propensión a seguir dietas populares (57,1 %) que los hombres (48,6 %), lo que sugiere una diferencia en la forma en que se interioriza el control del peso. Mientras los hombres tienden a recurrir más a métodos físicos extremos, las mujeres son más propensas a estrategias dietéticas específicas, reforzadas por narrativas sociales que las vinculan con la restricción alimentaria. Una revisión de la literatura reveló que la influencia social (interpersonal, normas sociales y medios de comunicación) está asociada con la adopción, adherencia y abandono de dietas populares o milagro⁶³.

En el análisis por edad, se observa que los jóvenes son el grupo que más se inclina a seguir dietas populares, con una tendencia que disminuye progresivamente con el paso de los años. Este patrón podría estar influenciado por la omnipresencia de mensajes sobre la imagen corporal en redes sociales y la normalización de prácticas restrictivas en entornos digitales. No obstante, el hecho de que la población que vive con obesidad también recurra con mayor frecuencia a estas dietas sugiere que, más allá de la influencia mediática, existe una percepción de urgencia en la pérdida de peso que trasciende la presión estética y la salud.

4.5.1. El ayuno intermitente, las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica

El ayuno intermitente, las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica han ganado relevancia en el debate sobre la pérdida de peso, consolidándose como estrategias que, si bien presentan beneficios en determinados contextos clínicos, son a menudo utilizadas sin la supervisión sanitaria adecuada. La percepción de estas dietas varía en función de la facilidad de uso, la validez percibida y la seguridad a largo plazo, lo que determina su aceptación en la población. En términos de adherencia, más de la mitad de la población ha experimentado con alguna de estas tres estrategias, ya sea de forma consciente o inconsciente, mediante prácticas como la omisión de comidas, el uso de productos sustitutivos o la eliminación de fuentes alimentarias de hidratos de carbono. Esta generalización en su aplicación refuerza la idea de que ciertos métodos, aunque percibidos como efectivos, pueden derivar en enfoques extremos cuando no se implementan de manera adecuada.

El análisis comparativo entre el ayuno intermitente, las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica revela diferencias clave en su prevalencia de uso, nivel de supervisión y efectividad percibida. Aunque todas comparten el objetivo de reducir el peso corporal, su aplicación y resultados varían según el perfil de los individuos que las adoptan y el tiempo que logran mantenerlas.

El ayuno intermitente se posiciona como la estrategia más utilizada, con 3 de cada 10 encuestados que indicaron haberla seguido. La prevalencia de su uso en diferentes países muestra datos muy variados. En un estudio canadiense, entre el 38 y el 52 % de la población reportó haber practicado ayuno intermitente en el último año, con una mayor prevalencia en mujeres y personas transgénero⁷⁸. En Estados Unidos, su práctica osciló entre el 14,8 y el 18,1 % en las últimas 4 semanas, con un aumento progresivo en hombres entre 2016 y 2020⁷⁹. En China, una encuesta nacional estimó una prevalencia de uso del 11,7 % en el último año⁸⁰. La popularidad de uso hallada en nuestro estudio parece estar relacionada con la percepción de ser una opción accesible y flexible, lo que contrasta con las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica, que requieren restricciones más extremas. Sin embargo, solo el 15 % de quienes declararon practicar ayuno intermitente lo hicieron bajo prescripción profesional, lo que sugiere que su difusión está impulsada más por fuentes no sanitarias que

por recomendaciones médicas. Este hecho puede que esté relacionado con la controversia científica sobre la efectividad del ayuno intermitente, ya que las revisiones sistemáticas arrojan resultados mixtos, con estudios que respaldan sus beneficios^{70,73}, y otros que no muestran ventajas significativas^{73,76}. Además, aunque los efectos secundarios reportados suelen considerarse leves, tales como cefaleas, mareos, náuseas, fatiga, alteraciones digestivas y cambios en parámetros hormonales y del sueño^{70,77,83,84}, su manejo adecuado requiere supervisión profesional. La mayoría de los encuestados declararon seguirlo por un período corto de menos de 1 mes o un período medio de entre 3 y 6 meses. Aunque 4 de cada 10 lograron perder peso sin recuperarlo, esta situación fue más frecuente en normopeso. Sin embargo, una proporción similar experimentó un efecto rebote parcial o total, fenómeno que se observó con mayor frecuencia en personas con sobrepeso y obesidad. Por su parte, 2 de cada 10 no reportaron cambios en su peso, algo que se observó con mayor frecuencia en personas con obesidad.

Las dietas de muy bajo aporte calórico muestran una menor prevalencia pues fue seguida por 2 de cada 10 encuestados, pero contó con un mayor nivel de supervisión médica en comparación con el ayuno intermitente. Aun así, el 59 % de quienes las adoptaron lo hicieron sin control profesional, lo que las sitúa en el límite entre un enfoque clínico y una estrategia popularizada sin el respaldo sanitario adecuado. La evidencia científica sugiere que este tipo de dieta puede ser adecuada para quienes realmente lo requieren, pero alertan de sus posibles efectos adversos: a) un mayor número de episodios de ingesta compulsiva en comparación con las dietas de bajo aporte energético; b) un posible aumento en la incidencia de depresión diagnosticada, mostrándose una mayor tendencia a la depresión en personas tratadas con este tipo de dietas; c) un incremento en el estreñimiento, diarrea, cálculos biliares y aumento del ácido úrico sérico, aunque sin un aumento correlativo en los episodios de gota¹¹⁸⁻¹²¹. Asimismo, hay que recordar que el su uso no supervisado a largo plazo puede resultar en complicaciones más graves^{110,111,123,124}. En este sentido, hay que recordar que su implementación bajo supervisión médica solo estaría justificada en personas con un IMC ≥ 30 kg/m²^{106,109,110,112}, y que en el presente estudio el 41 % de los encuestados usaron este tipo de dieta sin supervisión. En términos de adherencia, suelen seguirse a medio plazo (3 a 6 meses), y se observó que quienes logran mantenerlas por más tiempo tienden a presentar

un balance más favorable entre motivaciones positivas y negativas para perder peso, lo que sugiere que la motivación puede jugar un papel en la adherencia a estas dietas. En cuanto a la efectividad, los resultados reflejan una tendencia similar al ayuno intermitente: 4 de cada 10 perdieron peso sin recuperarlo, que fue más frecuente en normopeso y sobrepeso, 5 de cada 10 experimentaron una recuperación parcial o total del peso perdido, más común en obesidad, y solo 1 de cada 10 no observó cambios en su peso.

En comparación, la dieta cetogénica es la menos extendida, reportada solo por 1 de cada 10 encuestados. En un estudio español anterior, la dieta cetogénica fue llevada a cabo por una proporción de participantes muy parecida (12 %)¹⁷². Un estudio en Estados Unidos halló que el 18,1 % de los estudiantes habían seguido la dieta cetogénica¹⁰². De manera similar, una investigación en adultos saudíes reveló que el 24 % de los participantes la habían practicado, y más de la mitad de ellos (55 %) la habían mantenido por 1 mes o menos¹⁰³. En nuestro estudio, un 40 % de quienes declaran seguir la dieta cetogénica lo hacen bajo supervisión médica, pero, al igual que en los otros enfoques, su duración tiende a ser limitada; la mayoría de los encuestados la siguen a corto o medio plazo y solo un 4 % la mantienen más allá de 6 meses. La efectividad percibida del tratamiento varía según el grupo de edad y el IMC, mostrando una mayor adherencia en personas con obesidad. No obstante, los resultados en cuanto a la pérdida sostenida de peso aún no están claros, y su éxito a largo plazo sigue siendo incierto. En términos de resultados, 4 de cada 10 lograron perder peso sin recuperarlo, lo que fue más frecuente en normopeso, mientras que otros cuatro experimentaron un rebote parcial o total, más común en sobrepeso y obesidad, mientras que 2 de cada 10 no reportaron cambios en su peso. La evidencia científica también presenta controversias en cuanto a la efectividad de la dieta cetogénica en relación con el peso corporal^{88,98}.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que, aunque las tres estrategias pueden generar una pérdida inicial de peso, su efectividad a largo plazo sigue siendo cuestionable, especialmente en personas con sobrepeso u obesidad, quienes tienen mayores tasas de recuperación del peso perdido. La supervisión profesional, aunque mayor en las dietas de muy bajo aporte calórico y en la dieta cetogénica, sigue siendo insuficiente en la mayoría de los casos, lo que puede influir en el mantenimiento de los resultados en el tiempo y en su seguridad. La

generalización de su uso sin orientación sanitaria adecuada y su limitada adherencia en el tiempo refuerzan la necesidad de estrategias de pérdida de peso que prioricen el mantenimiento de resultados y la salud a largo plazo, en lugar de la rapidez de la pérdida de peso.

4.5.2. Percepción de riesgos, beneficios, supervisión profesional y apoyo social

El análisis de la percepción de estas dietas pone en evidencia una dualidad entre la expectativa de eficacia y la conciencia de riesgo. El ayuno intermitente es visto como la estrategia más neutral, con una percepción positiva en términos de beneficios y seguridad, mientras que las dietas de muy bajo aporte calórico son las que generan mayor preocupación. Un 53 % de los encuestados consideran que estas dietas presentan un alto riesgo de carencias nutricionales, en comparación con el 41 y el 39 % que expresa la misma preocupación respecto al ayuno intermitente y la dieta cetogénica, respectivamente.

El consenso general apunta a la necesidad de supervisión profesional en la implementación de estas estrategias. Entre un 59 y un 69 % de los encuestados consideran que cualquiera de estas dietas debería realizarse bajo control sanitario, lo que refleja una preocupación por la seguridad en su aplicación. Sin embargo, la práctica no siempre sigue esta percepción, ya que una proporción significativa de quienes han seguido estas dietas lo ha hecho sin orientación profesional, lo que refuerza la brecha entre la conciencia del riesgo y la toma de decisiones en la pérdida de peso.

Hay que recordar que en algunos estudios el uso del ayuno intermitente se ha asociado con mayores probabilidades de síntomas relacionados con la salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, ideación

suicida y autolesiones no suicidas⁷⁹. En relación con el posible vínculo entre ayuno intermitente y trastornos de la conducta alimentaria, es razonable hipotetizar que el ayuno puede ser adoptado como una estrategia por aquellos con altos niveles de insatisfacción corporal y un fuerte deseo de perder peso, lo que podría llevar a la adopción de métodos de restricción severa^{81,82}. En cuanto a las dietas de muy bajo aporte calórico, los resultados de este estudio confirman que en los países de la Unión Europea su uso suele darse con poca supervisión médica, probablemente porque los productos necesarios para seguirlas están disponibles sin receta¹¹¹. Esta falta de control contrasta con las recomendaciones de los expertos, lo que puede llevar a que estas dietas se adopten como tendencias dietéticas sin un adecuado control¹¹⁰, aumentando el riesgo de un desequilibrio entre sus posibles beneficios y riesgos. Finalmente, con respecto a las dietas cetogénicas, se han referido efectos secundarios comunes a corto plazo conocidos como “gripe cetogénica” que incluyen síntomas como fatiga, dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómitos, estreñimiento, baja tolerancia al ejercicio, irregularidades menstruales y aversiones alimentarias^{45,104}.

A pesar del reconocimiento del papel de los profesionales de la salud en el manejo terapéutico de la pérdida de peso corporal, una gran parte de la población sigue estrategias sin supervisión. El entorno social juega un papel clave en este proceso, actuando tanto como factor de motivación como de presión. Si bien 6 de cada 10 encuestados identifican a médicos y dietistas-nutricionistas como figuras de referencia, el apoyo familiar y social sigue teniendo un peso determinante en la elección de métodos de pérdida de peso. Este hallazgo subraya la importancia de integrar tanto el respaldo profesional como el apoyo social efectivo en las estrategias de control del peso, evitando que la presión por adelgazar derive en la adopción de prácticas poco saludables o insostenibles.

5. Conclusiones

El presente estudio ha puesto en evidencia una realidad preocupante: el sobrepeso y la obesidad afectan a una proporción significativa de la población española. Sin embargo, más allá de las cifras, uno de los hallazgos más relevantes es la desconexión entre la autopercepción del peso y el diagnóstico médico. Muchas personas no son plenamente conscientes de su estado ponderal, lo que genera una falsa seguridad y puede llevar a la inacción o a la adopción de estrategias de pérdida de peso inadecuadas. Esta brecha entre percepción y realidad no solo afecta la forma en que la población aborda el control del peso, sino que también condiciona la búsqueda de asesoramiento profesional y la eficacia de las intervenciones nutricionales y médicas.

El intento de perder peso es una experiencia recurrente en la vida de la mayoría de las personas. Siete de cada 10 encuestados han intentado adelgazar al menos una vez, con un promedio de siete intentos. Sin embargo, estos esfuerzos no suelen traducirse en una pérdida de peso sostenida, lo que indica que las estrategias utilizadas no son efectivas a largo plazo. Además, la motivación para adelgazar varía considerablemente según el perfil sociodemográfico. Mientras que en los adultos jóvenes prevalece el deseo de ajustarse a estándares estéticos, en edades más avanzadas la salud se convierte en el principal impulsor. En ambos casos, las mujeres muestran una mayor predisposición a intentar perder peso, probablemente debido a una mayor presión social sobre la imagen corporal, lo que las hace más vulnerables a estrategias de adelgazamiento poco seguras.

A pesar de que la modificación del estilo de vida mediante dieta y ejercicio sigue siendo la estrategia más recomendada, el estudio revela una clara inclinación hacia métodos de pérdida rápida de peso. Los grupos más propensos a recurrir a estas estrategias extremas son las mujeres, los jóvenes y las personas con obesidad. En estos segmentos de la población, la urgencia por adelgazar parece

primar sobre la seguridad y la efectividad a largo plazo. La presión social, el auge de tendencias dietéticas en redes sociales y la falta de educación nutricional pueden estar influyendo en esta predisposición a adoptar métodos poco saludables. Además, la creencia en soluciones rápidas perpetúa el problema del efecto rebote, donde el peso perdido se recupera en poco tiempo, aumentando la frustración y fomentando un ciclo de dietas ineficaces.

Las estrategias de adelgazamiento más populares incluyen el ayuno intermitente, las dietas de muy bajo aporte calórico y la dieta cetogénica. El estudio muestra que 4 de cada 10 encuestados han seguido alguna de estas dietas en algún momento, aunque solo la mitad de ellos reconoce abiertamente que se trata de estrategias de pérdida de peso rápida. Esta falta de conciencia sobre las características de estos métodos puede derivar en una aplicación inadecuada, aumentando el riesgo de efectos adversos. Además, el seguimiento de estas dietas suele realizarse sin supervisión profesional: la mayoría de los encuestados que han recurrido a estos métodos lo han hecho por iniciativa propia, sin contar con la orientación de un médico o dietista-nutricionista. Este hallazgo es especialmente preocupante, ya que la falta de supervisión aumenta la probabilidad de desarrollar carencias nutricionales y efectos secundarios como fatiga, alteraciones metabólicas y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

Uno de los problemas más relevantes asociados a la pérdida rápida de peso es la alta tasa de recuperación del peso perdido. La evidencia recopilada en este estudio confirma que la gran mayoría de las personas que adelgazan terminan recuperando los kilos perdidos, ya sea total o parcialmente. Este fenómeno del efecto rebote es una de las principales limitaciones de los métodos de pérdida de peso rápida y demuestra que estas estrategias no generan cambios que puedan mantenerse en los hábitos de vida. La frustración derivada de la recuperación del peso puede, además, conducir a una espiral de

intentos fallidos, aumentando el riesgo de desarrollar una relación conflictiva con la alimentación y la autoimagen.

A pesar de que muchas personas reconocen los riesgos asociados a las dietas extremas, el estudio refleja una clara contradicción entre la percepción y la práctica. Aunque la mayoría de los encuestados consideran que estas estrategias pueden ser peligrosas y que deberían realizarse bajo supervisión profesional, en la práctica pocos buscan orientación médica o nutricional antes de adoptarlas. Esta falta de asesoramiento adecuado puede generar problemas adicionales, ya que, sin una evaluación profesional, es difícil identificar las necesidades nutricionales individuales y los posibles riesgos de salud. Además, la influencia de las redes sociales y los medios de comunicación en la popularización de ciertos métodos dietéticos contribuye a que muchas personas tomen decisiones basadas en información sesgada o insuficientemente fundamentada en evidencia científica.

El análisis de los resultados evidencia la necesidad de promover estrategias de pérdida de peso más efectivas y seguras. Aunque la inmediatez de los métodos rápidos resulta atractiva, la evidencia científica señala que el éxito a largo plazo en el

control del peso depende de enfoques equilibrados y personalizados. Es fundamental desarrollar intervenciones que combinen educación nutricional, apoyo profesional y cambios progresivos en el estilo de vida, en lugar de depender de soluciones temporales y potencialmente perjudiciales. Además, se requiere un mayor esfuerzo en la sensibilización de la población sobre la importancia de un enfoque basado en la salud y el bienestar, en lugar de en la estética y la urgencia por adelgazar.

En conclusión, el estudio refleja un patrón de comportamiento marcado por la insatisfacción con el peso corporal, la búsqueda de soluciones rápidas y la falta de estrategias para la pérdida de peso que la población pueda mantener durante más tiempo. La recurrencia de intentos fallidos y la alta tasa de recuperación del peso perdido subrayan la necesidad de reorientar las estrategias de intervención hacia enfoques más eficaces, basados en la evidencia y con un adecuado soporte profesional. Para lograr un impacto real en la salud de la población, es esencial combatir la desinformación, reforzar el papel de los profesionales sanitarios en la educación nutricional y desarrollar políticas que faciliten el acceso a intervenciones seguras y efectivas en la gestión del peso corporal.



6. Importancia de los hallazgos

Los resultados de este estudio no solo confirman la magnitud del problema del sobrepeso y la obesidad en la población española, sino que también revelan patrones de comportamiento que pueden ayudar a mejorar las estrategias de intervención en distintos niveles. Desde el diseño de políticas públicas hasta la labor de los profesionales de la salud y la toma de decisiones individuales, estos hallazgos permiten reflexionar sobre la urgencia de abordar el control del peso desde una perspectiva integral, basada en su capacidad para generar cambios más duraderos en la prevención y en la evidencia científica.

Para los diseñadores de políticas de salud pública: urgencia de un enfoque integral y preventivo

Las cifras indican que la obesidad y el sobrepeso no solo son altamente prevalentes, sino que siguen en aumento. Esto supone una carga creciente para los sistemas sanitarios y un desafío en términos de prevención y tratamiento. La desconexión entre la percepción del peso y el diagnóstico médico es un obstáculo que debe abordarse mediante campañas de concienciación y educación en salud desde edades tempranas. Es imprescindible que las políticas públicas no se centren exclusivamente en el tratamiento de la obesidad, sino que refuercen estrategias preventivas, asegurando que la población tenga acceso a información confiable y herramientas efectivas para el control del peso.

El hecho de que muchas personas recurran a estrategias de pérdida rápida de peso sin supervisión sanitaria refleja la falta de una orientación clara en salud pública sobre qué métodos son seguros y efectivos. Esto sugiere la necesidad de reforzar la regulación de mensajes en redes sociales y medios de comunicación, de manera que se combata la desinformación y se promueva un enfoque más realista y saludable sobre la pérdida de peso. Además, los datos evidencian que la accesibilidad a la atención nutricional sigue siendo un desafío: si las estrategias seguras y basadas en la evidencia no

están al alcance de la población general, es comprensible que muchas personas recurran a métodos poco seguros y sin supervisión. Incluir a dietistas-nutricionistas en el sistema de salud como actores clave en la prevención y tratamiento de la obesidad es un paso esencial para garantizar que las estrategias utilizadas puedan ser efectivas a largo plazo.

Para los profesionales de la nutrición y la dietética: adaptación de estrategias a las necesidades y percepciones del paciente

El estudio confirma que la gran mayoría de las personas que intentan perder peso lo hacen en múltiples ocasiones y con un alto riesgo de efecto rebote. Este dato sugiere que la adherencia sigue siendo uno de los mayores retos en la intervención nutricional. Para los dietistas-nutricionistas, esto implica la necesidad de replantear las estrategias de comunicación y acompañamiento con los pacientes, asegurando que las recomendaciones sean percibidas como adecuadas y adaptadas a las realidades individuales.

Los hallazgos sobre la prevalencia de métodos de pérdida rápida de peso también refuerzan la importancia de una intervención en alfabetización alimentaria que no solo ofrezca alternativas seguras, sino que también ayude a desmitificar ciertas creencias erróneas sobre la pérdida de peso. La percepción de que algunas estrategias como el ayuno intermitente o las dietas cetogénicas son completamente seguras o viables sin supervisión debe ser cuestionada desde la evidencia científica, pero de manera empática y accesible para la población.

Además, la diferenciación en la motivación para perder peso según la edad y el género indica que las intervenciones dietético-nutricionales deben ser personalizadas y considerar estos factores. Mientras que en los jóvenes predominan las preocupaciones por la imagen corporal, en los adultos la salud se convierte en la principal razón para

adelgazar. Un enfoque basado en el diálogo, que tome en cuenta estas diferencias y ayude a construir motivaciones más duraderas, podría mejorar la adherencia y el éxito de los tratamientos.

Para la población general: replantear la relación con la pérdida de peso y la salud

Para quienes buscan perder peso, este estudio deja una lección clara: los métodos rápidos y sin supervisión no solo son insostenibles, sino que pueden crear una huella dietante nutrida de un ciclo interminable de intentos fallidos y frustración. El hecho de que la mayoría de las personas recuperen el peso perdido subraya la necesidad de cambiar el enfoque de la pérdida de peso a un proceso más progresivo y saludable, priorizando la calidad de vida sobre los resultados inmediatos.

Uno de los aspectos más preocupantes es la falta de supervisión profesional en la adopción de dietas populares. Aunque el acceso a información sobre nutrición se ha democratizado con internet y las redes sociales, esto no siempre ha sido positivo. Muchas estrategias de adelgazamiento son promovidas sin evidencia científica y sin considerar los riesgos individuales. Aprender a diferenciar entre información confiable y estrategias basadas en modas es crucial para evitar caer en prácticas que pueden comprometer la salud.

Además, es fundamental que la población comprenda que la obesidad no es un problema estético, sino un factor de riesgo para múltiples enfermedades crónicas. Por ello, el control del peso debe verse como parte de un estilo de vida saludable y no como una serie de intentos esporádicos y cíclicos de adelgazar. En este sentido, mejorar los niveles de alfabetización alimentaria, la búsqueda de apoyo

profesional y la implementación de hábitos que se mantengan en el tiempo son la clave para lograr una relación más saludable con la alimentación y el peso corporal.

Hacia un cambio de paradigma en la gestión del peso corporal

Los resultados de este estudio deben servir como una llamada de atención para todos los actores involucrados en la salud. La dependencia de estrategias de pérdida rápida de peso, la desinformación y la falta de adherencia a cambios en los estilos de vida no pueden seguir siendo la norma. Es necesario un esfuerzo conjunto entre políticas públicas, profesionales de la salud y la propia población para generar un cambio en la manera en que se concibe una relación saludable con la imagen corporal y la pérdida de peso y su relación con la salud.

Desde el ámbito de las políticas públicas, es imprescindible fortalecer la educación en salud y alimentación y garantizar el acceso a la atención nutricional de calidad. Para los profesionales de la nutrición y la dietética, el reto está en adaptar las estrategias a las necesidades y percepciones de cada individuo, promoviendo intervenciones más realistas. Y para la población en general, la clave está en alejarse de soluciones rápidas y adoptar un enfoque más integral y a largo plazo, priorizando siempre la salud sobre los resultados inmediatos.

En definitiva, este estudio no solo revela tendencias preocupantes, sino que también ofrece una oportunidad para redefinir las estrategias de salud y manejo de la obesidad y el sobrepeso, colocando los enfoques dietéticos más adecuados, su seguridad y la salud en el centro del debate.

7. Declaraciones de transparencia y conflictos de interés

Manuel Moñino (MMñ), Eduard Baladia (EB), Giuseppe Russolillo (GR) y Martina Miserachs (MM) son dietistas-nutricionistas, y han realizado varios documentos de postura sobre dietas populares o milagro por lo que pueden tener su particular visión sobre el abordaje terapéutico de la obesidad en general, y en particular sobre las dietas milagro, y declaran no tener conflictos de interés adicionales relacionados con el tema (conflicto de interés académico, no pecuniario). TF no tiene conflictos de interés que declarar sobre el tema abordado en esta declaración.

La Academia Española de Nutrición y Dietética percibió financiación por parte de Fundación MAPFRE para realizar esta investigación (conflicto de interés institucional, económico), sin embargo, el personal de la Academia tuvo independencia para plantear la investigación según su consideración, así como en la generación del documento final. El papel de Fundación MAPFRE constó en: determinar el tema de investigación y revisión del protocolo antes del registro en *Open Science Framework* (OSF) para asegurar que

el equipo de investigadores había creado un diseño adecuado a los objetivos del estudio. Fundación MAPFRE y la Academia firmaron un acuerdo por el que los investigadores tendrían absoluta independencia para establecer los resultados, discusión y conclusiones pertinentes, así como para asegurar la publicación de los datos independientemente de los resultados obtenidos.

Los detalles relacionados con la declaración transparente de conflictos de interés institucionales para este proyecto fueron además expuestos de forma pública en la página web de la Academia Española de Nutrición y Dietética. La presente investigación se ha regulado según las normas establecidas en el protocolo por la total transparencia, la integridad y la equidad en las políticas de salud, la investigación y el posicionamiento científico de la Academia Española de Nutrición y Dietética (<https://www.academianutricionydietetica.org/archivos/AENDPosturayDeclaracion.pdf>), y ha sido objeto de una declaración pública de conflicto de intereses económicos.

8. Contribución de los autores/as

Los autores han sido Eduard Baladia (EB), Manuel Moñino (MMñ), Martina Miserachs (MM), Teresa Fernández (TF) y Giuseppe Russolillo (GR).

EB y MMñ diseñaron la investigación y elaboraron los primeros borradores que GR y MM, revisaron y completaron. EB registró el protocolo en *Open Science Framework* (OSF). TF realizó el análisis estadístico y diseñó los gráficos y tablas de resultados.

9. Financiación y papel de la entidad financiadora

Fundación MAPFRE financia esta investigación. Su participación ha conestado en: determinar el tema de investigación y revisión del protocolo antes del registro en OSF para asegurar que el equipo de investigadores ha creado un diseño adecuado a los objetivos del estudio. Entre la Academia Española de Nutrición y Dietética y Fundación MAPFRE se ha firmado un acuerdo por el que los investigadores tienen absoluta independencia para establecer los resultados, discusión y conclusiones pertinentes, así como para asegurar la publicación de los datos independientemente de los resultados obtenidos.

10. Referencias

- (1) Wang Y, Beydoun MA, Min J, Xue H, Kaminsky LA, Cheskin LJ. Has the prevalence of overweight, obesity and central obesity levelled off in the United States? Trends, patterns, disparities, and future projections for the obesity epidemic. *Int J Epidemiol.* 2020; 49(3): 810-823, doi: [10.1093/ije/dyz273](https://doi.org/10.1093/ije/dyz273) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (2) Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, *et al.* Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis. *Lancet.* 2014; 384(9945): 766-781, doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (3) Dai H, Alsalhe TA, Chalhaf N, Riccò M, Bragazzi NL, Wu J. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med.* 2020;17(7): e1003198, doi: [10.1371/journal.pmed.1003198](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003198) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (4) Finkelstein EA, Khavjou OA, Thompson H, Trogdon JG, Pan L, Sherry B, *et al.* Obesity and severe obesity forecasts through 2030. *Am J Prev Med.* 2012; 42(6): 563-570, doi: [10.1016/j.amepre.2011.10.026](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.026) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (5) Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(6): 579-587, doi: [10.1016/j.rec.2016.02.009](https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.02.009) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (6) Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020. Ministerio de Sanidad (MS); Madrid: 2021. s. f.
- (7) Feijoo L, Rey-Brandariz J, Guerra-Tort C, Candal-Pedreira C, Santiago-Pérez MI, Ruano-Ravina A, *et al.* Prevalence of obesity in Spain and its autonomous communities, 1987-2020. *Rev Esp Cardiol. (English Edition).* 2024, doi: [10.1016/j.rec.2023.12.018](https://doi.org/10.1016/j.rec.2023.12.018) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (8) Gutiérrez-González E, García-Solano M, Pastor-Barriuso R, Fernández de Larrea-Baz N, Rollán-Gordo A, Peñalver-Argüeso B, *et al.* Socio-geographical disparities of obesity and excess weight in adults in Spain: insights from the ENE-COVID study. *Front Public Health.* 2023; 11, doi: [10.3389/fpubh.2023.1195249](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1195249) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (9) Bravo-Saquicela DM, Sabag A, Rezende LFM, Rey-López JP. Has the Prevalence of Childhood Obesity in Spain Plateaued? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(9): 5240, doi: [10.3390/ijerph19095240](https://doi.org/10.3390/ijerph19095240) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (10) Wright SM, Aronne LJ. Causes of obesity. *Abdom Imaging.* 2012; 37(5): 730-732, doi: [10.1007/s00261-012-9862-x](https://doi.org/10.1007/s00261-012-9862-x) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (11) Endalifer ML, Diress G. Epidemiology, Predisposing Factors, Biomarkers, and Prevention Mechanism of Obesity: A Systematic Review. *Journal of Obesity.* 2020; 2020(1): 6134362, doi: [10.1155/2020/6134362](https://doi.org/10.1155/2020/6134362) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (12) Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, *et al.* Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020; 76(25): 2982-3021, doi: [10.1016/j.jacc.2020.11.010](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (13) Dee A, Kearns K, O'Neill C, Sharp L, Staines A, O'Dwyer V, *et al.* The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. *BMC Res Notes.* 2014; 7: 242, doi: [10.1186/1756-0500-7-242](https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-242) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (14) Biener A, Cawley J, Meyerhoefer C. The Impact of Obesity on Medical Care Costs and Labor Market Outcomes in the US. *Clin Chem.* 2018; 64(1): 108-117, doi: [10.1373/clinchem.2017.272450](https://doi.org/10.1373/clinchem.2017.272450) [consulta: 11 de marzo de 2025].

- [15] Semlitsch T, Stigler FL, Jeitler K, Horvath K, Siebenhofer A. Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obes Rev*. 2019; 20(9): 1218-1230, doi: [10.1111/obr.12889](https://doi.org/10.1111/obr.12889) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [16] Baillot A, Romain AJ, Boisvert-Vigneault K, Audet M, Baillargeon JP, Dionne IJ, et al. Effects of Lifestyle Interventions That Include a Physical Activity Component in Class II and III Obese Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015; 10(4): e0119017, doi: [10.1371/journal.pone.0119017](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119017) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [17] Kushner RF. Weight loss strategies for treatment of obesity. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014; 56(4): 465-472, doi: [10.1016/j.pcad.2013.09.005](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.09.005) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [18] Jakicic JM, Clark K, Coleman E, Donnelly JE, Foreyt J, Melanson E, et al. Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2001; 33(12): 2145-2156, doi: [10.1097/00005768-200112000-00026](https://doi.org/10.1097/00005768-200112000-00026) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [19] Ge L, Sadeghirad B, Ball GDC, Costa BR da, Hitchcock CL, Svendrovski A, et al. Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review and network meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2020; 369: m696, doi: [10.1136/bmj.m696](https://doi.org/10.1136/bmj.m696) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [20] Esposito K, Kastorini C-M, Panagiotakos DB, Giugliano D. Mediterranean diet and weight loss: meta-analysis of randomized controlled trials. *Metab Syndr Relat Disord*. 2011; 9(1): 1-12, doi: [10.1089/met.2010.0031](https://doi.org/10.1089/met.2010.0031) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [21] Salas-Salvadó J, Díaz-López A, Ruiz-Canela M, Basora J, Fitó M, Corella D, et al. Effect of a Lifestyle Intervention Program With Energy-Restricted Mediterranean Diet and Exercise on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors: One-Year Results of the PREDIMED-Plus Trial. *Diabetes Care*. 2019; 42(5): 777-788, doi: [10.2337/dc18-0836](https://doi.org/10.2337/dc18-0836) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [22] Konieczna J, Ruiz-Canela M, Galmes-Panades AM, Abete I, Babio N, Fiol M, et al. An Energy-Reduced Mediterranean Diet, Physical Activity, and Body Composition: An Interim Subgroup Analysis of the PREDIMED-Plus Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2023; 6(10): e2337994, doi: [10.1001/jamanetworkopen.2023.37994](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.37994) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [23] Finkelstein EA, Verghese NR. Incremental cost-effectiveness of evidence-based non-surgical weight loss strategies. *Clinical Obesity*. 2019; 9(2): e12294, doi: [10.1111/cob.12294](https://doi.org/10.1111/cob.12294) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [24] Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes (Lond)*. 2005; 29(1): 122-128, doi: [10.1038/sj.ijo.0802846](https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802846) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [25] Dalle Grave R, Calugi S, Molinari E, Petroni ML, Bondi M, Compare A, et al. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes Res*. 2005; 13(11): 1961-1969, doi: [10.1038/oby.2005.241](https://doi.org/10.1038/oby.2005.241) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [26] Banks J, Shield JP, Sharp D. Barriers engaging families and GPs in childhood weight management strategies. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(589): e492-497, doi: [10.3399/bjgp11X588466](https://doi.org/10.3399/bjgp11X588466) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [27] Aboueid S, Pouliot C, Nur T, Bourgeault I, Giroux I. Dietitians' perspectives on patient barriers and enablers to weight management: An application of the social-ecological model. *Nutr Diet*. 2019; 76(3): 353-362, doi: [10.1111/1747-0080.12510](https://doi.org/10.1111/1747-0080.12510) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [28] Chew HSJ, Gao Y, Shabbir A, Lim SL, Geetha K, Kim G, et al. Personal motivation, self-regulation barriers and strategies for weight loss in people with overweight and obesity: a thematic framework analysis. *Public Health Nutr*. 2022; 25(9): 2426-2435, doi: [10.1017/S136898002200043X](https://doi.org/10.1017/S136898002200043X) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [29] Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*. 2001; 74(5): 579-584, doi: [10.1093/ajcn/74.5.579](https://doi.org/10.1093/ajcn/74.5.579) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [30] Abolhassani S, Irani MD, Sarrafzadegan N, Rabiei K, Shahrokhi S, Pourmoghaddas Z, et al. Barriers and facilitators of weight management in overweight and obese people: Qualitative findings of TABASSOM project. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012; 17(3): 205-210.
- [31] Sarwan G, Rehman A. *Management of Weight Loss Plateau*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
- [32] Binsaeed B, Aljohani FG, Alsobai FF, Alraddadi M, Alrehaili AA, Alnahdi BS, et al. Barriers and Motivators to Weight Loss in People With Obesity. *Cureus*. 2023; 15(11): e49040, doi: [10.7759/cureus.49040](https://doi.org/10.7759/cureus.49040) [consulta: 11 de marzo de 2025].

- [33] de Jong M, Jansen N, van Middelkoop M. A systematic review of patient barriers and facilitators for implementing lifestyle interventions targeting weight loss in primary care. *Obesity Reviews*. 2023; 24(8): e13571, doi: [10.1111/obr.13571](https://doi.org/10.1111/obr.13571) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [34] Surrow S, Jessen-Winge C, Ilvig PM, Christensen JR. The motivation and opportunities for weight loss related to the everyday life of people with obesity: A qualitative analysis within the DO: IT study. *Scand J Occup Ther*. 2021; 28(6): 479-487, doi: [10.1080/11038128.2020.1726451](https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1726451) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [35] Baillot A, Chenail S, Barros Polita N, Simoneau M, Libourel M, Nazon E, et al. Physical activity motives, barriers, and preferences in people with obesity: A systematic review. *PLoS One*. 2021; 16(6): e0253114, doi: [10.1371/journal.pone.0253114](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253114) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [36] Metzgar CJ, Preston AG, Miller DL, Nickols-Richardson SM. Facilitators and barriers to weight loss and weight loss maintenance: a qualitative exploration. *J Hum Nutr Diet*. 2015; 28(6): 593-603, doi: [10.1111/jhn.12273](https://doi.org/10.1111/jhn.12273) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [37] Lim S, Smith CA, Costello MF, MacMillan F, Moran L, Ee C. Barriers and facilitators to weight management in overweight and obese women living in Australia with PCOS: a qualitative study. *BMC Endocr Disord*. 2019; 19(1): 106, doi: [10.1186/s12902-019-0434-8](https://doi.org/10.1186/s12902-019-0434-8) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [38] Toth-Capelli KM, Brawer R, Plumb J, Daskalakis C. Stage of change and other predictors of participant retention in a behavioral weight management program in primary care. *Health Promot Pract*. 2013; 14(3): 441-450, doi: [10.1177/1524839912460871](https://doi.org/10.1177/1524839912460871) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [39] Trujillo-Garrido N, Santi-Cano MJ. Motivation and Limiting Factors for Adherence to Weight Loss Interventions among Patients with Obesity in Primary Care. *Nutrients*. 2022; 14(14): 2928, doi: [10.3390/nu14142928](https://doi.org/10.3390/nu14142928) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [40] Tettero OM, Westerman MJ, van Stralen MM, van den Beuken M, Montpellier VM, Janssen IMC, et al. Barriers to and Facilitators of Participation in Weight Loss Intervention for Patients with Suboptimal Weight Loss after Bariatric Surgery: A Qualitative Study among Patients, Physicians, and Therapists. *Obes Facts*. 2022; 15(5): 674-684, doi: [10.1159/000526259](https://doi.org/10.1159/000526259) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [41] Brandt CJ, Clemensen J, Nielsen JB, Søndergaard J. Drivers for successful long-term lifestyle change, the role of e-health: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2018; 8(3): e017466, doi: [10.1136/bmjopen-2017-017466](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017466) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [42] Özer ZY, Özcan S, Seydaoğlu G, Kurdak H. Barriers to losing weight for women attending group visits in primary care: A qualitative exploration using in-depth interviews. *Eur J Gen Pract*. 2021; 27(1): 331-338, doi: [10.1080/13814788.2021.1998446](https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1998446) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [43] Ashtary-Larky D, Ghanavati M, Lamuchi-Deli N, Payami SA, Alavi-Rad S, Boustaninejad M, et al. Rapid Weight Loss vs. Slow Weight Loss: Which is More Effective on Body Composition and Metabolic Risk Factors? *Int J Endocrinol Metab*. 2017; 15(3), doi: [10.5812/ijem.13249](https://doi.org/10.5812/ijem.13249) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [44] Ashtary-Larky D, Bagheri R, Abbasnezhad A, Tinsley GM, Alipour M, Wong A. Effects of gradual weight loss v. rapid weight loss on body composition and RMR: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition*. 2020; 124(11): 1121-1132, doi: [10.1017/S000711452000224X](https://doi.org/10.1017/S000711452000224X) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [45] Astrup A, Rössner S. Lessons from obesity management programmes: greater initial weight loss improves long-term maintenance. *Obes Rev*. 2000; 1(1): 17-19, doi: [10.1046/j.1467-789x.2000.00004.x](https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2000.00004.x) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [46] Sénéchal M, Arguin H, Bouchard DR, Carpentier AC, Ardilouze J-L, Dionne IJ, et al. Effects of rapid or slow weight loss on body composition and metabolic risk factors in obese postmenopausal women. A pilot study. *Appetite*. 2012; 58(3): 831-834, doi: [10.1016/j.appet.2012.01.014](https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.014) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [47] Nonaka Y, Terada S. Differential effects of rapid or slow body weight loss on muscle weight and protein degradation pathways in rat skeletal muscle. *J Int Soc Sports Nutr*. 2015; 12(Suppl 1): P58, doi: [10.1186/1550-2783-12-S1-P58](https://doi.org/10.1186/1550-2783-12-S1-P58) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [48] Bagheri R, Ashtary-Larky D, Elliott BT, Willoughby DS, Kargarfard M, Alipour M, et al. The effects of gradual vs. rapid weight loss on serum concentrations of myokines and body composition in overweight and obese females. *Arch Physiol Biochem*. 2023; 129(3): 821-828, doi: [10.1080/13813455.2021.1874020](https://doi.org/10.1080/13813455.2021.1874020) [consulta: 11 de marzo de 2025].

- [49] Vedel-Larsen E, Iepsen EW, Lundgren J, Graff C, Struijk JJ, Hansen T, *et al.* Major rapid weight loss induces changes in cardiac repolarization. *J Electrocardiol.* 2016; 49(3): 467-472, doi: [10.1016/j.jelectrocard.2016.02.005](https://doi.org/10.1016/j.jelectrocard.2016.02.005) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [50] Yang H, Petersen GM, Roth MP, Schoenfield LJ, Marks JW. Risk factors for gallstone formation during rapid loss of weight. *Dig Dis Sci.* 1992; 37(6): 912-918, doi: [10.1007/BF01300390](https://doi.org/10.1007/BF01300390) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [51] da Luz FQ, Hay P, Gibson AA, Touyz SW, Swinbourne JM, Roekenes JA, *et al.* Does severe dietary energy restriction increase binge eating in overweight or obese individuals? A systematic review. *Obes Rev.* 2015; 16(8): 652-665, doi: [10.1111/obr.12295](https://doi.org/10.1111/obr.12295) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [52] Tahreem A, Rakha A, Rabail R, Nazir A, Socol CT, Maurescu CM, *et al.* Fad Diets: Facts and Fiction. *Front Nutr.* 2022; 9: 960922, doi: [10.3389/fnut.2022.960922](https://doi.org/10.3389/fnut.2022.960922) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [53] Teng Y, Huang S-W, Li Z, Xie Q-M, Zhang M, Lou Q-Y, *et al.* Seasonal variation and trends in the Internet searches for losing weight: An infodemiological study. *Obes Res Clin Pract.* 2020; 14(3): 225-233, doi: [10.1016/j.orcp.2020.04.001](https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.04.001) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [54] Saltzman E, Thomason P, Roberts SB. Fad Diets: A Review for the Primary Care Provider. *Nutrition in Clinical Care.* 2001; 4(5): 235-242, doi: [10.1046/j.1523-5408.2001.00003.x](https://doi.org/10.1046/j.1523-5408.2001.00003.x) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [55] Khawandanah J, Tewfik I. Fad Diets: Lifestyle Promises and Health Challenges. *Journal of Food Research.* 2016; 5(6): p80, doi: [10.5539/jfr.v5n6p80](https://doi.org/10.5539/jfr.v5n6p80) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [56] Obert J, Pearlman M, Obert L, Chapin S. Popular Weight Loss Strategies: a Review of Four Weight Loss Techniques. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017; 19(12): 61, doi: [10.1007/s11894-017-0603-8](https://doi.org/10.1007/s11894-017-0603-8) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [57] Schutz Y, Montani J-P, Dulloo AG. Low-carbohydrate ketogenic diets in body weight control: A recurrent plaguing issue of fad diets? *Obes Rev.* 2021; 22 Suppl 2: e13195, doi: [10.1111/obr.13195](https://doi.org/10.1111/obr.13195) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [58] Nouvenne A, Ticinesi A, Morelli I, Guida L, Borghi L, Meschi T. Fad diets and their effect on urinary stone formation. *Transl Androl Urol.* 2014; 3(3): 303-312, doi: [10.3978/j.issn.2223-4683.2014.06.01](https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.06.01) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [59] Johnstone A. Fasting for weight loss: an effective strategy or latest dieting trend? *Int J Obes (Lond).* 2015; 39(5): 727-733, doi: [10.1038/ijo.2014.214](https://doi.org/10.1038/ijo.2014.214) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [60] Kuchkuntla AR, Limketkai B, Nanda S, Hurt RT, Mundi MS. Fad Diets: Hype or Hope? *Curr Nutr Rep.* 2018; 7(4): 310-323, doi: [10.1007/s13668-018-0242-1](https://doi.org/10.1007/s13668-018-0242-1) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [61] International Food Information Council (IFIC). 2020 Food & Health Survey. En: foodinsight.org. 2021. Disponible en: <https://foodinsight.org/wp-content/uploads/2020/06/IFIC-Food-and-Health-Survey-2020.pdf>. s. f.
- [62] Leung B, Lauche R, Leach M, Zhang Y, Cramer H, Sibbritt D. Special diets in modern America: Analysis of the 2012 National Health Interview Survey data. *Nutr Health.* 2018; 24(1): 11-18, doi: [10.1177/0260106017732719](https://doi.org/10.1177/0260106017732719) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [63] Spadine M, Patterson MS. Social Influence on Fad Diet Use: A Systematic Literature Review. *Nutr Health.* 2022; 28(3): 369-388, doi: [10.1177/02601060211072370](https://doi.org/10.1177/02601060211072370) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [64] Jani S, Bradley A. Weight Loss Diets, Fads, and Trends. *Curr Obes Rep.* 2024; 13(1): 71-76, doi: [10.1007/s13679-023-00529-w](https://doi.org/10.1007/s13679-023-00529-w) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [65] Stratbucker W. Fad Dieting and Weight Loss in Children. *Pediatr Rev.* 2016; 37(8): 357-359, doi: [10.1542/pir.2016-0009](https://doi.org/10.1542/pir.2016-0009) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [66] Varady KA. Intermittent versus daily calorie restriction: which diet regimen is more effective for weight loss? *Obes Rev.* 2011; 12(7): e593-601, doi: [10.1111/j.1467-789X.2011.00873.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00873.x) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [67] Halpern B, Mendes TB. Intermittent fasting for obesity and related disorders: unveiling myths, facts, and presumptions. *Arch Endocrinol Metab.* 2021; 65(1): 14-23, doi: [10.20945/2359-3997000000322](https://doi.org/10.20945/2359-3997000000322) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [68] Cioffi I, Evangelista A, Ponzio V, Ciccone G, Soldati L, Santarpia L, *et al.* Intermittent versus continuous energy restriction on weight loss and cardiometabolic outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Translational Medicine.* 2018; 16(1): 371, doi: [10.1186/s12967-018-1748-4](https://doi.org/10.1186/s12967-018-1748-4) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [69] Kerndt PR, Naughton JL, Driscoll CE, Loxterkamp DA. Fasting: the history, pathophysiology and complications. *West J Med.* 1982; 137(5): 379-399.

- [70] Patikorn C, Roubal K, Veettil SK, Chandran V, Pham T, Lee YY, *et al.* Intermittent Fasting and Obesity-Related Health Outcomes: An Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Clinical Trials. *JAMA Netw Open.* 2021; 4(12): e2139558, doi: [10.1001/jamanetworkopen.2021.39558](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.39558) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [71] Cui Y, Cai T, Zhou Z, Mu Y, Lu Y, Gao Z, *et al.* Health Effects of Alternate-Day Fasting in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Nutr.* 2020; 7: 586036, doi: [10.3389/fnut.2020.586036](https://doi.org/10.3389/fnut.2020.586036) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [72] De Cabo R, Mattson MP. Effects of intermittent fasting on health, aging, and disease. *New England Journal of Medicine.* 2019; 381(26): 2541-2551, doi: [10.1056/NEJMr1905136](https://doi.org/10.1056/NEJMr1905136) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [73] Sun M-L, Yao W, Wang X-Y, Gao S, Varady KA, Forslund SK, *et al.* Intermittent fasting and health outcomes: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of randomised controlled trials. *EClinicalMedicine.* 2024; 70: 102519, doi: [10.1016/j.eclinm.2024.102519](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102519) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [74] Dote-Montero M, Sanchez-Delgado G, Ravussin E. Effects of Intermittent Fasting on Cardiometabolic Health: An Energy Metabolism Perspective. *Nutrients.* 2022; 14(3): 489, doi: [10.3390/nu14030489](https://doi.org/10.3390/nu14030489) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [75] Freire R. Scientific evidence of diets for weight loss: Different macronutrient composition, intermittent fasting, and popular diets. *Nutrition.* 2020; 69: 110549, doi: [10.1016/j.nut.2019.07.001](https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.07.001) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [76] Wang J, Wang F, Chen H, Liu L, Zhang S, Luo W, *et al.* Comparison of the Effects of Intermittent Energy Restriction and Continuous Energy Restriction among Adults with Overweight or Obesity: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Nutrients.* 2022; 14(11): 2315, doi: [10.3390/nu14112315](https://doi.org/10.3390/nu14112315) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [77] Allaf M, Elghazaly H, Mohamed OG, Fareen MFK, Zaman S, Salmasi A-M, *et al.* Intermittent fasting for the prevention of cardiovascular disease - Allaf, M - 2021 | *Cochrane Library.* s. f.
- [78] Ganson KT, Cuccolo K, Hallward L, Nagata JM. Intermittent fasting: Describing engagement and associations with eating disorder behaviors and psychopathology among Canadian adolescents and young adults. *Eat Behav.* 2022; 47: 101681, doi: [10.1016/j.eatbeh.2022.101681](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101681) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [79] Ganson KT, Rodgers RF, Murray SB, Nagata JM. Prevalence and demographic, substance use, and mental health correlates of fasting among U.S. college students. *Journal of Eating Disorders.* 2021; 9(1): 88, doi: [10.1186/s40337-021-00443-3](https://doi.org/10.1186/s40337-021-00443-3) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [80] Xiaotian WEN, Luli WU, Piye NIU. Prevalence and determinants of intermittent fasting among residents aged 12 to 30 years in China, 2022: an analysis based on PBICR data. *zgggws.* s. f., doi: [10.11847/zgggws1142765](https://doi.org/10.11847/zgggws1142765) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [81] Stice E, Davis K, Miller NP, Marti CN. Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: A 5-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology.* 2008; 117(4): 941-946, doi: [10.1037/a0013644](https://doi.org/10.1037/a0013644) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [82] Eikev EV, Reddy MC, Booth KM, Kvasny L, Blair JL, Li V, *et al.* Desire to Be Underweight: Exploratory Study on a Weight Loss App Community and User Perceptions of the Impact on Disordered Eating Behaviors. *JMIR mHealth and uHealth.* 2017; 5(10): e6683, doi: [10.2196/mhealth.6683](https://doi.org/10.2196/mhealth.6683) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [83] Cienfuegos S, Gabel K, Kalam F, Ezpeleta M, Wiseman E, Pavlou V, *et al.* Effects of 4- and 6-h Time-Restricted Feeding on Weight and Cardiometabolic Health: A Randomized Controlled Trial in Adults with Obesity. *Cell Metab.* 2020; 32(3): 366-378.e3, doi: [10.1016/j.cmet.2020.06.018](https://doi.org/10.1016/j.cmet.2020.06.018) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [84] Harvie MN, Sims AH, Pegington M, Spence K, Mitchell A, Vaughan AA, *et al.* Intermittent energy restriction induces changes in breast gene expression and systemic metabolism. *Breast Cancer Res.* 2016; 18(1): 57, doi: [10.1186/s13058-016-0714-4](https://doi.org/10.1186/s13058-016-0714-4) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [85] Zhu H, Bi D, Zhang Y, Kong C, Du J, Wu X, *et al.* Ketogenic diet for human diseases: the underlying mechanisms and potential for clinical implementations. *Sig Transduct Target Ther.* 2022; 7(1): 1-21, doi: [10.1038/s41392-021-00831-w](https://doi.org/10.1038/s41392-021-00831-w) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [86] Li Z, Heber D. Ketogenic Diets. *JAMA.* 2020; 323(4): 386, doi: [10.1001/jama.2019.18408](https://doi.org/10.1001/jama.2019.18408) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [87] Kirkpatrick CF, Bolick JP, Kris-Etherton PM, Sikand G, Aspry KE, Soffer DE, *et al.* Review of current evidence and clinical recommendations on the effects of low-carbohydrate and very-low-carbohydrate (including ketogenic) diets for the management of body weight and other cardiometabolic risk factors: A scientific statement from the National Lipid Association Nutrition and Lifestyle

- Task Force. *J Clin Lipidol*. 2019; 13(5): 689-711.e1, doi: [10.1016/j.jacl.2019.08.003](https://doi.org/10.1016/j.jacl.2019.08.003) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (88) Chen S, Su X, Feng Y, Li R, Liao M, Fan L, *et al*. Ketogenic Diet and Multiple Health Outcomes: An Umbrella Review of Meta-Analysis. *Nutrients*. 2023; 15(19): 4161, doi: [10.3390/nu15194161](https://doi.org/10.3390/nu15194161) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (89) Volek JS, Phinney SD, Forsythe CE, Quann EE, Wood RJ, Puglisi MJ, *et al*. Carbohydrate restriction has a more favorable impact on the metabolic syndrome than a low fat diet. *Lipids*. 2009; 44(4): 297-309, doi: [10.1007/s11745-008-3274-2](https://doi.org/10.1007/s11745-008-3274-2) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (90) Becker A, Gaballa D, Roslin M, Gianos E, Kane J. Novel Nutritional and Dietary Approaches to Weight Loss for the Prevention of Cardiovascular Disease: Ketogenic Diet, Intermittent Fasting, and Bariatric Surgery. *Curr Cardiol Rep*. 2021; 23(7): 85, doi: [10.1007/s11886-021-01515-1](https://doi.org/10.1007/s11886-021-01515-1) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (91) Mundi MS, Mohamed Elfadil O, Patel I, Patel J, Hurt RT. Ketogenic diet and cancer: Fad or fabulous? *JPEN. J Parenter Enteral Nutr*. 2021; 45(S2): 26-32, doi: [10.1002/jpen.2226](https://doi.org/10.1002/jpen.2226) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (92) Muscogiuri G, El Ghoch M, Colao A, Hassapidou M, Yumuk V, Busetto L. European Guidelines for Obesity Management in Adults with a Very Low-Calorie Ketogenic Diet: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts*. 2021; 14(2): 222-245, doi: [10.1159/000515381](https://doi.org/10.1159/000515381) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (93) Masood W, Annamaraju P, Khan Suheb MZ, Uppaluri KR. *Ketogenic Diet*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
- (94) Gershuni VM, Yan SL, Medici V. Nutritional Ketosis for Weight Management and Reversal of Metabolic Syndrome. *Curr Nutr Rep*. 2018; 7(3): 97-106, doi: [10.1007/s13668-018-0235-0](https://doi.org/10.1007/s13668-018-0235-0) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (95) Alarim RA, Alasmre FA, Alotaibi HA, Alshehri MA, Hussain SA. Effects of the Ketogenic Diet on Glycemic Control in Diabetic Patients: Meta-Analysis of Clinical Trials. *Cureus*. 2020; 12(10): e10796, doi: [10.7759/cureus.10796](https://doi.org/10.7759/cureus.10796) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (96) Gibson AA, Seimon RV, Lee CMY, Ayre J, Franklin J, Markovic TP, *et al*. Do ketogenic diets really suppress appetite? A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2015; 16(1): 64-76, doi: [10.1111/obr.12230](https://doi.org/10.1111/obr.12230) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (97) Tragni E, Vigna L, Ruscica M, Macchi C, Casula M, Santelia A, *et al*. Reduction of Cardio-Metabolic Risk and Body Weight through a Multiphasic Very-Low Calorie Ketogenic Diet Program in Women with Overweight/Obesity: A Study in a Real-World Setting. *Nutrients*. 2021; 13(6): 1804, doi: [10.3390/nu13061804](https://doi.org/10.3390/nu13061804) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (98) Patikorn C, Saidoung P, Pham T, Phisalprapa P, Lee YY, Varady KA, *et al*. Effects of ketogenic diet on health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of randomized clinical trials. *BMC Medicine*. 2023; 21(1): 196, doi: [10.1186/s12916-023-02874-y](https://doi.org/10.1186/s12916-023-02874-y) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (99) Muscogiuri G, El Ghoch M, Colao A, Hassapidou M, Yumuk V, Busetto L. European Guidelines for Obesity Management in Adults with a Very Low-Calorie Ketogenic Diet: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts*. 2021; 14(2): 222-245, doi: [10.1159/000515381](https://doi.org/10.1159/000515381) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (100) Caprio M, Infante M, Moriconi E, Armani A, Fabbri A, Mantovani G, *et al*. Very-low-calorie ketogenic diet (VLCKD) in the management of metabolic diseases: systematic review and consensus statement from the Italian Society of Endocrinology (SIE). *J Endocrinol Invest*. 2019; 42(11): 1365-1386, doi: [10.1007/s40618-019-01061-2](https://doi.org/10.1007/s40618-019-01061-2) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (101) Castellana M, Biacchi E, Procino F, Casanueva FF, Trimboli P. Very-low-calorie ketogenic diet for the management of obesity, overweight and related disorders. *Minerva Endocrinol (Torino)*. 2021; 46(2): 161-167, doi: [10.23736/S2724-6507.20.03356-8](https://doi.org/10.23736/S2724-6507.20.03356-8) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (102) D'Agostino AM. *Knowledge, Perception, and Use of the Ketogenic Diet in College Students at a Mid-western University*. Kent State University, 2019.
- (103) Alhassani AA, Noorwali EA. Usage, knowledge and perception of the ketogenic diet and associated factors in Saudi adults: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2024; 103(6): e37063, doi: [10.1097/MD.00000000000037063](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037063) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (104) Batch JT, Lamsal SP, Adkins M, Sultan S, Ramírez MN. Advantages and Disadvantages of the Ketogenic Diet: A Review Article. *Cureus*. s. f.; 12(8): e9639, doi: [10.7759/cureus.9639](https://doi.org/10.7759/cureus.9639) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- (105) Shalabi H, Alotaibi A, Alqahtani A, Alattas H, Alghamdi Z. Ketogenic Diets: Side Effects, Attitude, and Quality of Life. *Cureus*. s. f.; 13(12): e20390, doi: [10.7759/cureus.20390](https://doi.org/10.7759/cureus.20390) [consulta: 11 de marzo de 2025].

- [106] Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res.* 1998; 6 Suppl 2: 51S-209S.
- [107] EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to very low calorie diets (VLCDs) and reduction in body weight (ID 1410), reduction in the sense of hunger (ID 1411), reduction in body fat mass while maintaining lean body mass (ID 1412), reduction of post-prandial glycaemic responses (ID 1414), and maintenance of normal blood lipid profile (1421) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal.* 2011; 9(6): 2271, doi: [10.2903/j.efsa.2011.2271](https://doi.org/10.2903/j.efsa.2011.2271) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [108] Atkinson RL Low and very low calorie diets. *Med Clin North Am.* 1989; 73(1): 203-215, doi: [10.1016/s0025-7125\(16\)30699-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(16)30699-x) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [109] Very low-calorie diets. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, National Institutes of Health. *JAMA.* 1993; 270(8): 967-974.
- [110] Wadden TA, Van Itallie TB, Blackburn GL. Responsible and irresponsible use of very-low-calorie diets in the treatment of obesity. *JAMA.* 1990; 263(1): 83-85.
- [111] Tsai AG, Wadden TA. The Evolution of Very-Low-Calorie Diets: An Update and Meta-analysis. *Obesity.* 2006; 14(8): 1283-1293, doi: [10.1038/oby.2006.146](https://doi.org/10.1038/oby.2006.146) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [112] Sharaiha RZ, Shikora S, White KP, Macedo G, Toouli J, Kow L. Summarizing Consensus Guidelines on Obesity Management. *J Clin Gastroenterol.* 2023; 57(10): 967-976, doi: [10.1097/MCG.0000000000001916](https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001916) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [113] Avenell A, Brown TJ, McGee MA, Campbell MK, Grant AM, Broom J, et al. What are the long-term benefits of weight reducing diets in adults? A systematic review of randomized controlled trials. *J Hum Nutr Diet.* 2004; 17(4): 317-335, doi: [10.1111/j.1365-277X.2004.00531.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2004.00531.x) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [114] Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Bowman B, Serdula M, et al. Long-term effectiveness of lifestyle and behavioral weight loss interventions in adults with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Am J Med.* 2004; 117(10): 762-774, doi: [10.1016/j.amjmed.2004.05.024](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.05.024) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [115] Koutroumanidou E, Pagonopoulou O. Combination of very low energy diets and pharmacotherapy in the treatment of obesity: meta-analysis of published data. *Diabetes Metab Res Rev.* 2014; 30(3): 165-174, doi: [10.1002/dmrr.2475](https://doi.org/10.1002/dmrr.2475) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [116] McKechnie T, Lee Y, Dionne J, Doumouras A, Parpia S, Bhandari M, et al. Very low energy diets prior to bariatric surgery may reduce postoperative morbidity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Nutr.* 2023; 10: 1211575, doi: [10.3389/fnut.2023.1211575](https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1211575) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [117] Boyers D, Retat L, Jacobsen E, Avenell A, Aveyard P, Corbould E, et al. Cost-effectiveness of bariatric surgery and non-surgical weight management programmes for adults with severe obesity: a decision analysis model. *Int J Obes (Lond).* 2021; 45(10): 2179-2190, doi: [10.1038/s41366-021-00849-8](https://doi.org/10.1038/s41366-021-00849-8) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [118] Wadden TA, Mason G, Foster GD, Stunkard AJ, Prange AJ. Effects of a very low calorie diet on weight, thyroid hormones and mood. *Int J Obes.* 1990; 14(3): 249-258.
- [119] Wadden TA, Foster GD, Letizia KA. One-year behavioral treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *J Consult Clin Psychol.* 1994; 62(1):165-171, doi: [10.1037//0022-006x.62.1.165](https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.1.165) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [120] Christensen P, Bliddal H, Riecke BF, Leeds AR, Astrup A, Christensen R. Comparison of a low-energy diet and a very low-energy diet in sedentary obese individuals: a pragmatic randomized controlled trial. *Clin Obes.* 2011; 1(1): 31-40, doi: [10.1111/j.1758-8111.2011.00006.x](https://doi.org/10.1111/j.1758-8111.2011.00006.x) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [121] Wing RR, Marcus MD, Blair EH, Burton LR. Psychological responses of obese type II diabetic subjects to very-low-calorie diet. *Diabetes Care.* 1991; 14(7): 596-599, doi: [10.2337/diacare.14.7.596](https://doi.org/10.2337/diacare.14.7.596) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [122] Zibellini J, Seimon RV, Lee CMY, Gibson AA, Hsu MSH, Sainsbury A. Effect of diet-induced weight loss on muscle strength in adults with overweight or obesity - a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Obes Rev.* 2016; 17(8): 647-663, doi: [10.1111/obr.12422](https://doi.org/10.1111/obr.12422) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [123] Wadden TA, Stunkard AJ, Brownell KD. Very low calorie diets: their efficacy, safety, and future. *Ann Intern Med.* 1983; 99(5): 675-684, doi:

- [10.7326/0003-4819-99-5-675](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [124] Wadden TA, Stunkard AJ, Brownell KD, Van Itallie TB. The Cambridge diet. More mayhem? *JAMA*. 1983; 250(20): 2833-2834 [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [125] Sours HE, Frattali VP, Brand CD, Feldman RA, Forbes AL, Swanson RC, *et al.* Sudden death associated with very low calorie weight reduction regimens. *Am J Clin Nutr*. 1981; 34(4): 453-461, doi: [10.1093/ajcn/34.4.453](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [126] Cruwys T, Platow MJ, Rieger E, Byrne DG. The development and validation of the Dieting Intentions Scale (DIS). *Psychol Assess*. 2013; 25(1): 264-278, doi: [10.1037/a0030547](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [127] Artioli GG, Scagliusi F, Kashiwagura D, Franchini E, Gualano B, Junior AL. Development, validity and reliability of a questionnaire designed to evaluate rapid weight loss patterns in judo players. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2010; 20(1): e177-87, doi: [10.1111/j.1600-0838.2009.00940.x](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [128] Brito CJ, Roas A FCM, Brito I SS, Marins J CB, Córdova C, Franchini E. Methods of body mass reduction by combat sport athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*. 2012; 22(2): 89-97, doi: [10.1123/ijsnem.22.2.89](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [129] D'Agostino AM. *Knowledge, Perception, and Use of the Ketogenic Diet in College Students at a Mid-western University*. Kent State University, 2019.
- [130] Stotland S, Larocque M, Sadikaj G. Positive and negative dimensions of weight control motivation. *Eat Behav*. 2012; 13(1): 20-26, doi: [10.1016/j.eatbeh.2011.10.003](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [131] Gutiérrez-González E, García-Solano M, Pastor-Barriuso R, Fernández de Larrea-Baz N, Rollán-Gordo A, Peñalver-Argüeso B, *et al.* Socio-geographical disparities of obesity and excess weight in adults in Spain: insights from the ENE-COVID study. *Front Public Health*. 2023; 11, doi: [10.3389/fpubh.2023.1195249](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [132] Hernández Á, Zomeño MD, Dégano IR, Pérez-Fernández S, Goday A, Vila J, *et al.* Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Cardiol*. 2019; 72(11): 916-924, doi: [10.1016/j.recesp.2018.07.009](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [133] Cebrián Cuenca AM, Escalada J. Prevalencia de obesidad y diabetes en España. Evolución en los últimos 10 años. *Aten Primaria*. 2025; 57(3): 102992, doi: [10.1016/j.aprim.2024.102992](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [134] Yaemsiri S, Slining MM, Agarwal SK. Perceived weight status, overweight diagnosis, and weight control among US adults: the NHANES 2003-2008 Study. *Int J Obes*. 2011; 35(8): 1063-1070, doi: [10.1038/ijo.2010.229](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [135] Tolonen H, Koponen P, Mindell JS, Männistö S, Giampaoli S, Dias CM, *et al.* Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison of self-reported information and objective measures from health examination surveys. *Eur J Public Health*. 2014; 24(6): 941-948, doi: [10.1093/eurpub/cku074](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [136] Connelly PJ, Currie G, Delles C. Sex Differences in the Prevalence, Outcomes and Management of Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2022; 24(6): 185-192, doi: [10.1007/s11906-022-01183-8](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [137] Kautzky-Willer A, Leutner M, Harreiter J. Sex differences in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2023; 66(6): 986-1002, doi: [10.1007/s00125-023-05891-x](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [138] Bonsignore MR, Saaresranta T, Riha RL. Sex differences in obstructive sleep apnoea. *Eur Respir Rev*. 2019; 28(154): 190030, doi: [10.1183/16000617.0030-2019](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [139] McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *J Psychiatr Res*. 2011; 45(8): 1027-1035, doi: [10.1016/j.jpsychires.2011.03.006](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [140] Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychol Bull*. 2017; 143(8): 783-822, doi: [10.1037/bul0000102](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [141] Mayer EA, Naliboff B, Lee O, Munakata J, Chang L. Review article: gender-related differences in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999; 13 Suppl 2: 65-69, doi: [10.1046/j.1365-2036.1999.00008.x](#) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [142] Cain KC, Jarrett ME, Burr RL, Rosen S, Hertig VL, Heitkemper MM. Gender Differences in Gastrointestinal, Psychological, and Somatic Symptoms in Irritable Bowel Syndrome. *Dig Dis Sci*. 2009;

- 54(7): 1542-1549, doi: [10.1007/s10620-008-0516-3](https://doi.org/10.1007/s10620-008-0516-3) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [143] Prusator DK, Chang L. Sex-Related Differences in GI Disorders. *Handb Exp Pharmacol*. 2017; 239: 177-192, doi: [10.1007/164_2016_121](https://doi.org/10.1007/164_2016_121) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [144] Labaka A, Goñi-Balentziaga O, Lebeña A, Pérez-Tejada J. Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. *Biol Res Nurs*. 2018; 20(4): 383-392, doi: [10.1177/1099800418776082](https://doi.org/10.1177/1099800418776082) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [145] Mohammadi S, Seyedmirzaei H, Salehi MA, Jahanshahi A, Zakavi SS, Dehghani Firouzabadi F, et al. Brain-based Sex Differences in Depression: A Systematic Review of Neuroimaging Studies. *Brain Imaging Behav*. 2023: 1-29, doi: [10.1007/s11682-023-00772-8](https://doi.org/10.1007/s11682-023-00772-8) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [146] Tsai SA, Lv N, Xiao L, Ma J. Gender Differences in Weight-Related Attitudes and Behaviors Among Overweight and Obese Adults in the United States. *Am J Mens Health*. 2016; 10(5): 389-398, doi: [10.1177/1557988314567223](https://doi.org/10.1177/1557988314567223) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [147] Merino M, Tornero-Aguilera JF, Rubio-Zarapuz A, Villanueva-Tobaldo CV, Martín-Rodríguez A, Clemente-Suárez VJ. Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthcare*. 2024; 12(14): 1396, doi: [10.3390/healthcare12141396](https://doi.org/10.3390/healthcare12141396) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [148] Suelter CS, Schvey N, Kelly NR, Shanks M, Thompson KA, Mehari R, et al. Relationship of Pressure to be Thin with Gains in Body Weight and Fat Mass in Adolescents. *Pediatr Obes*. 2018; 13(1): 14-22, doi: [10.1111/ijpo.12179](https://doi.org/10.1111/ijpo.12179) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [149] Mcmichael AD. *Exploring Gender and Weight Loss Motivators*. s. f.
- [150] Connor-Greene PA. Gender differences in body weight perception and weight-loss strategies of college students. *Women & Health*. 1988; 14(2): 27-42, doi: [10.1300/J013v14n02_03](https://doi.org/10.1300/J013v14n02_03) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [151] Li W, Wang D, Chen H, Liu Y, Dong S, Sun M, et al. The relationship between psychological distress and weight maintenance in weight cycling: mediating role of eating behavior. *BMC Public Health*. 2024; 24: 894, doi: [10.1186/s12889-024-18349-5](https://doi.org/10.1186/s12889-024-18349-5) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [152] Sanaya N, Janusaite M, Dalamaga M, Magkos F. The Physiological Effects of Weight-Cycling: A Review of Current Evidence. *Curr Obes Rep*. 2024; 13(1): 35-50, doi: [10.1007/s13679-023-00539-8](https://doi.org/10.1007/s13679-023-00539-8) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [153] Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, et al. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc*. 2007; 107(10): 1755-1767, doi: [10.1016/j.jada.2007.07.017](https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.07.017) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [154] Olateju IV, Opaleye-Enakhimion T, Udeogu JE, Asuquo J, Olaleye KT, Osa E, et al. A systematic review on the effectiveness of diet and exercise in the management of obesity. *Diabetes Metab Syndr*. 2023; 17(4): 102759, doi: [10.1016/j.dsx.2023.102759](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2023.102759) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [155] Varkevisser RDM, van Stralen MM, Kroeze W, Ket JCF, Steenhuis IHM Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. *Obes Rev*. 2019; 20(2): 171-211, doi: [10.1111/obr.12772](https://doi.org/10.1111/obr.12772) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [156] Borek AJ, Abraham C, Greaves CJ, Tarrant M. Group-Based Diet and Physical Activity Weight-Loss Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2018; 10(1): 62-86, doi: [10.1111/aphw.12121](https://doi.org/10.1111/aphw.12121) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [157] Yamamoto R, Tomi R, Shinzawa M, Yoshimura R, Ozaki S, Nakanishi K, et al. Associations of Skipping Breakfast, Lunch, and Dinner with Weight Gain and Overweight/Obesity in University Students: A Retrospective Cohort Study. *Nutrients*. 2021; 13(1): 271, doi: [10.3390/nu13010271](https://doi.org/10.3390/nu13010271) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [158] Zeballos E, Todd JE. The effects of skipping a meal on daily energy intake and diet quality. *Public Health Nutr*. s. f.; 23(18): 3346-3355, doi: [10.1017/S1368980020000683](https://doi.org/10.1017/S1368980020000683) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [159] Srivastava S, Madhu SV. Review Low Carbohydrate Diet in Management of Obesity. s. f.
- [160] Malik VS, Hu FB. Popular weight-loss diets: from evidence to practice. *Nat Rev Cardiol*. 2007; 4(1): 34-41, doi: [10.1038/ncpcardio0726](https://doi.org/10.1038/ncpcardio0726) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [161] Astrup A, Meinert Larsen T, Harper A. Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss? *Lancet*. 2004; 364(9437): 897-899, doi: [10.1016/S0140-6736\(04\)16986-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16986-9) [consulta: 11 de marzo de 2025].

- [162] Sun Y, Rong S, Liu B, Du Y, Wu Y, Chen L, *et al.* Meal Skipping and Shorter Meal Intervals Are Associated with Increased Risk of All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality among US Adults. *J Acad Nutr Diet.* 2023; 123(3): 417-426.e3, doi: [10.1016/j.jand.2022.08.119](https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.08.119) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [163] Cabanillas M, Moya Chimenti E, González Candela C, Loria Kohen V, Dassen C, Lajo T. Usefulness of meal replacement: analysis of the principal meal replacement products commercialised in Spain. *Nutr Hosp.* 2009; 24(5): 535-542.
- [164] Noakes M, Foster PR, Keogh JB, Clifton PM. Meal replacements are as effective as structured weight-loss diets for treating obesity in adults with features of metabolic syndrome. *J Nutr.* 2004; 134(8): 1894-1899, doi: [10.1093/jn/134.8.1894](https://doi.org/10.1093/jn/134.8.1894) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [165] Blanck HM, Serdula MK, Gillespie C, Galuska DA, Sharpe PA, Conway JM, *et al.* Use of nonprescription dietary supplements for weight loss is common among Americans. *J Am Diet Assoc.* 2007; 107(3): 441-447, doi: [10.1016/j.jada.2006.12.009](https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.12.009) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [166] Levinson JA, Sarda V, Sonnevile K, Calzo JP, Ambwani S, Austin SB. Diet Pill and Laxative Use for Weight Control and Subsequent Incident Eating Disorder in US Young Women: 2001-2016. *Am J Public Health.* 2020; 110(1): 109-111, doi: [10.2105/AJPH.2019.305390](https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305390) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [167] Pomeranz JL, Taylor LM, Austin SB. Over-the-Counter and Out-of-Control: Legal Strategies to Protect Youths From Abusing Products for Weight Control. *Am J Public Health.* 2013; 103(2): 220-225, doi: [10.2105/AJPH.2012.300962](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300962) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [168] Brito CJ, Roas A FCM, Brito I SS, Marins J CB, Córdova C, Franchini E. Methods of body mass reduction by combat sport athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2012; 22(2): 89-97, doi: [10.1123/ijsnem.22.2.89](https://doi.org/10.1123/ijsnem.22.2.89) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [169] Falls HB, Humphrey LD. The Effect of Impermeable Clothing on Weight Loss, Heart Rate, and Core Temperature in Wrestlers. Research Quarterly American Alliance for Health, Physical Education and Recreation. 1976; 47(4): 630-637, doi: [10.1080/10671315.1976.10616721](https://doi.org/10.1080/10671315.1976.10616721) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [170] Weinberger N-A, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts.* 2016; 9(6): 424-441, doi: [10.1159/000454837](https://doi.org/10.1159/000454837) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [171] Baladia E, Moñino M, Martínez-Rodríguez R, Moreno I, Miserachs M, Picazo O, *et al.* Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre dietas milagro en población española: estudio transversal "DiMilagro". *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética.* 2021; 25(4): 419-432, doi: [10.14306/renhyd.25.4.1353](https://doi.org/10.14306/renhyd.25.4.1353) [consulta: 11 de marzo de 2025].
- [172] Baladia E, Moñino M, Miserachs M, Fernández T, Russolillo G. Tendencias de exclusión en la alimentación de la población española. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética.* 2022; 26: 45-46.

Anexo – Encuesta sobre estrategias de pérdida de peso rápida en población española (The SWIFT SLIM Project)

BLOQUE 0: CUOTAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

F1. ¿Es usted...? (RESPUESTA ÚNICA)

CÓDIGOS:

Hombre	1
Mujer	2
No binario	3
Otros	4

F2. ¿Podría decirme su edad?

|_|_| Años

(CLASIFICAR SEGÚN F2)

Menos de 18 años	1	→ FIN ENTREVISTA
De 18 a 25 años	2	
De 26 a 35 años	3	
De 36 a 45 años	4	
De 46 a 55 años	5	
De 56 a 65 años	6	
Más de 65 años	7	→ FIN ENTREVISTA

F3. ¿En qué provincia reside? (SOLO UNA RESPUESTA VÁLIDA)

Álava	1	Cuenca	19	Orense	37
Albacete	2	Gerona	20	Palencia	38
Alicante	3	Granada	21	Pontevedra	39
Almería	4	Guadalajara	22	Salamanca	40
Asturias	5	Guipúzcoa	23	S.C. Tenerife	41
Ávila	6	Huelva	24	Segovia	42
A Coruña	7	Huesca	25	Sevilla	43
Badajoz	8	Jaén	26	Soria	44
Baleares	9	La Rioja	27	Tarragona	45
Barcelona	10	Las Palmas	28	Teruel	46
Burgos	11	León	29	Toledo	47
Cáceres	12	Lugo	30	Valencia	48
Cádiz	13	Lleida	31	Valladolid	49
Cantabria	14	Madrid	32	Vizcaya	50
Castellón	15	Málaga	33	Zamora	51
Ciudad Real	17	Murcia	35	Zaragoza	52
Córdoba	18	Navarra	36		

F4. Clasificación CC. AA. (CLASIFICAR SEGÚN F3)

Andalucía	1	Comunidad Valenciana	10
Aragón	2	Extremadura	11
Asturias, Principado de	3	Galicia	12
Baleares, islas	4	Madrid, Comunidad de	13
Canarias	5	Murcia, Región de	14
Cantabria	6	Navarra, Comunidad Foral de	15
Castilla y León	7	País Vasco	16
Castilla-La Mancha	8	Rioja, La	17
Cataluña	9		

F5. ¿La localidad donde reside tiene...? (CLASIFICAR SEGÚN F3)

Menos 30.000 habitantes	1
De 30.000 a 500.000 habitantes	2
Más de 500.000 habitantes	3

F6. ¿Podría indicar cuál es su nivel de estudios terminados? (RESP. ÚNICA)

ANALIZAR RESULTADOS POR ESTOS GRUPOS		
	Sin estudios	1
Sin estudios o estudios no universitarios	Primarios	2
	Secundarios (ESO/bachillerato)	3
	Secundarios (formación profesional)	4
	Universitarios	5
Estudios universitarios	Posgrado	6

F7. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente? (RESP. ÚNICA)

ANALIZAR RESULTADOS POR ESTOS GRUPOS		
Trabaja	Trabaja	1
No trabaja y/o cobra una prestación	Jubilado/a o pensionista	2
	Parado/a cobrando subsidio de desempleo	3
Parado o no cobra prestación	Estudiante	5
	Parado/a sin cobrar subsidio de desempleo	4
	Trabajo doméstico no remunerado	6
	Otra situación	7

F8. (SI P30 < 5) Y ¿podría indicar qué ingresos mensuales percibe? (RESPUESTA ÚNICA)

ANALIZAR RESULTADOS POR ESTOS GRUPOS		
	Menos o igual a 300 €	1
	De 301 a 600 €	2
Hasta 1.500€	De 601 a 900 €	3
	De 901 a 1.200 €	4
	De 1.201 a 1.500 €	5
	De 1.501 a 2.500 €	6
Más de 2.500 €	De 2.501 a 3.000 €	7
	De 3.001 a 4.000 €	8
	De 4.001 a 5.000 €	9
	De 5.001 a 6.000 €	10
	Más de 6.000 €	11
	No contesta (<i>no leer</i>)	96

F9. Y ¿podría indicarme el número de miembros en su hogar? (RESPUESTA ÚNICA)

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8 o más	8

BLOQUE 1: ESTADO DE SALUD Y PESO (11 ítems)

- P1. ¿Cuál es su peso actual? (RESPUESTA NUMÉRICA, en kilogramos)
- P2. ¿Cuál es su altura actual? (RESPUESTA NUMÉRICA, en metros)
- P3. ¿Ha intentado alguna vez perder peso? (RESPUESTA DICOTÓMICA: Sí = 1 / No = 2)
(en caso de respuesta Sí = 1, pasar a P4. En caso de respuesta No = 2, pasar a P10)
- P4. ¿Cuántas veces HA INTENTADO perder peso? (RESPUESTA NUMÉRICA)
- P5. ¿Cuánto peso SUELE PERDER NORMALMENTE en cada ocasión? (puede poner desde 0 kg hasta lo que suele perder cada vez que hace dieta) (RESPUESTA NUMÉRICA, en kilogramos)
- P6. ¿Cuál es la MAYOR CANTIDAD de peso que ha perdido? (RESPUESTA NUMÉRICA, en kilogramos)
- P7. ¿En cuánto TIEMPO suele perder dicho peso? (RESPUESTA POLITÓMICA)

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
PESO_TIEMPO	Menos de 1 semana	1
	1-4 semanas (1 mes)	2
	5-12 semanas (3 meses)	3
	13-26 semanas (6 meses)	4
	27-52 semanas (12 meses, 1 año)	5
	Más de 52 semanas (más de 1 año)	6

- P8. ¿A qué edad comenzó a QUERER perder peso? (RESPUESTA NUMÉRICA, en años)
- P9. ¿Cuánto peso SUELE RECUPERAR después de las pérdidas de peso? (puede poner desde 0 kg si no suele recuperar el peso perdido, hasta lo que suele recuperar después de perder peso) (RESPUESTA NUMÉRICA, en kilogramos)
- P10. ¿Tiene o cree que tiene alguna enfermedad? (RESPUESTA DICOTÓMICA, Sí = 1; No = 2)
En caso de Sí = 1, pasar a P11, de lo contrario, pasar a P12

P11. ¿Qué enfermedades tiene o cree tener? (RESPUESTA MÚLTIPLE) / Sigue aleatoria

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Sí, pero no diagnosticada	Sí, y diagnosticada por un médico	No
ENFERMEDADES	Sobrepeso	1	2	3
	Obesidad	1	2	3
	Diabetes tipo 2	1	2	3
	Hipertensión arterial	1	2	3
	Enfermedad cardiovascular (incluye infarto de miocardio, angina de pecho, ictus, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, arritmias)	1	2	3
	Colesterol alto, triglicéridos altos	1	2	3
	Apnea del sueño	1	2	3
	Hígado graso (no alcohólico)	1	2	3
	Enfermedad renal	1	2	3
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	1	2	3
	Intolerancia o alergia alimentaria	1	2	3
	Osteoporosis	1	2	3
	Osteoartritis	1	2	3
	Cáncer	1	2	3
	Síndrome de ovario poliquístico (SOP)	1	2	3
	Enfermedades digestivas (reflujo, gastritis, colon irritable, diverticulitis, etc.)	1	2	3
	Depresión/ansiedad	1	2	3
	Trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia nerviosa, etc.)	1	2	3
	Alteraciones de la tiroides	1	2	3
	Gota (ácido úrico alto)	1	2	3
Piedras en la vesícula biliar	1	2	3	

BLOQUE 2: INTENCIÓN Y ESTRATEGIAS DE PÉRDIDA DE PESO (entre 7 y 14 ítems)

P12. ¿Alguna vez ha tenido la intención de hacer dieta con el objetivo de adelgazar?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_INTENCIÓN_DIETA	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Algo en desacuerdo	3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4
	Algo de acuerdo	5
	De acuerdo	6
	Totalmente de acuerdo	7

P13. ¿Alguna vez ha tenido la intención de reducir su ingesta de calorías?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_INTENCIÓN_DIETA	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Algo en desacuerdo	3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4
	Algo de acuerdo	5
	De acuerdo	6
	Totalmente de acuerdo	7

P14. Si pensara en hacer DIETA, ¿cómo valoraría esa decisión? (RESPUESTA POLITÓMICA)

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_EXPECTATIVA	Perjudicial . . . beneficioso	ESCALA VISUAL 1-7
	Desagradable . . . agradable	ESCALA VISUAL 1-7
	Inútil . . . útil	ESCALA VISUAL 1-7
	Insensato . . . sensato	ESCALA VISUAL 1-7
	Malo . . . bueno	ESCALA VISUAL 1-7

P15. (Solo hacer esta pregunta a los que han respondido Sí = 1 en la P3. En caso contrario pasar a P17)
La siguiente tabla presenta varios métodos populares para perder peso rápidamente. Usando la tabla a continuación, ¿CON QUÉ FRECUENCIA ha utilizado cada uno de los siguientes métodos para perder peso?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
METOD_LOSS	Restricción de alimentos grasos y aceites en la dieta (aceites, embutidos, grasas para untar, etc.)	1	2	3	4
	Restricción de alimentos ricos en hidratos de carbono en la dieta (pan, patatas, pasta tipo macarrones, etc.)	1	2	3	4
	Eliminación de la dieta alimentos ricos en hidratos de carbono en la dieta (pan, patatas, pasta tipo macarrones, etc.)	1	2	3	4
	Dieta baja en calorías o dieta hipocalórica	1	2	3	4
	Saltarse 1 o 2 comidas (desayuno, comida, cena)	1	2	3	4
	Saltarse más de 2 comidas (desayuno, comida, cena)	1	2	3	4
	Restringir la ingesta de líquidos	1	2	3	4
	Uso de laxantes y/o diuréticos	1	2	3	4
	Uso de pastillas para adelgazar no recetadas por un médico	1	2	3	4
	Uso de medicamentos para adelgazar recetados por un médico	1	2	3	4
	Uso de suplementos dietéticos para adelgazar, recetados o no	1	2	3	4
	Uso de productos diseñados para sustituir una comida principal completa (batidos, barritas, etc.)	1	2	3	4
	Aumento del ejercicio físico	1	2	3	4
	Hacer ejercicio físico usando ropa de invierno o envuelto en material de plástico (con el objetivo de sudar más o quemar grasas localizadas)	1	2	3	4
	Utilizar ropa de invierno o prendas de plástico durante todo el día y/o la noche, sin hacer ejercicio (con el objetivo de sudar más o quemar grasas localizadas)	1	2	3	4
Hacer uso de saunas (con el objetivo de sudar más o quemar grasas)	1	2	3	4	
Aumentar el consumo de alimentos proteicos (carnes, pescados, fiambres, etc.)	1	2	3	4	

P16. ¿Alguna vez ha probado una dieta de moda o dieta milagro? (un método de pérdida de peso a corto plazo, como la dieta cetogénica, ayuno intermitente, dietas de muy bajo aporte calórico, dieta paleolítica, la dieta de la piña, la dieta detox, etc.)?

Sí	1
No	2

P17. ¿Alguna vez ha oído hablar de las siguientes dietas?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Sí	No
METOD_DIETA_TIEMPO	Dieta cetogénica o keto	1	2
	Ayuno intermitente	1	2
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2
	Dieta paleolítica	1	2
	Dieta detox	1	2
	Dieta Dukan	1	2
	Dieta Atkins	1	2
	Dieta de la zona	1	2

(Si ha respondido sí en alguna de las dietas de P.17, pasar a P.18, si no pasar a P28)

P18. ¿Alguna vez ha seguido alguna de las siguientes dietas con el objetivo de perder peso?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Sí	No
METOD_DIETA_TIEMPO	Dieta cetogénica o keto	1	2
	Ayuno intermitente	1	2
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2
	Dieta paleolítica	1	2
	Dieta detox	1	2
	Dieta Dukan	1	2
	Dieta Atkins	1	2
	Dieta de la zona	1	2

(Si ha respondido sí en keto, pasar a P19)

(Si ha respondido sí en ayuno, pasar a P22)

(Si ha respondido sí en dietas de muy bajo aporte calórico, pasar a P25)

P19. KETO SÍ - ¿La dieta cetogénica fue prescrita por un profesional sanitario?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_TIEMPO	Sí	1
	No	2

P20. KETO SÍ - ¿Cuánto tiempo ha seguido la dieta cetogénica o dieta keto?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_TIEMPO	Menos de 1 semana	1
	1-4 semanas (1 mes)	2
	5-12 semanas (3 meses)	3
	13-26 semanas (6 meses)	4
	27-52 semanas (12 meses, 1 año)	5
	Más de 52 semanas (más de 1 año)	6
	No lo sé	7

P21. KETO SÍ - ¿Cuál fue el resultado respecto al peso al seguir la dieta cetogénica o dieta keto? (por favor, responda según su último intento)

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_TIEMPO	Pérdida de peso Y NO recuperé todo o parte del peso perdido	1
	Pérdida de peso, PERO recuperé todo o parte del peso perdido	2
	No hubo cambios en el peso	3

P22. AYUNO SÍ - ¿El ayuno fue prescrito por un profesional sanitario?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_TIEMPO	Sí	1
	No	2

P23. AYUNO SÍ - ¿Cuánto tiempo ha seguido/siguió el ayuno intermitente?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_TIEMPO	Menos de 1 semana	1
	1-4 semanas (1 mes)	2
	5-12 semanas (3 meses)	3
	13-26 semanas (6 meses)	4
	27-52 semanas (12 meses, 1 año)	5
	Más de 52 semanas (más de 1 año)	6
	No lo sé	7

P24. AYUNO SÍ - ¿Cuál fue el resultado respecto al peso al seguir el ayuno intermitente? (por favor, responda según su último intento)

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_TIEMPO	Pérdida de peso Y NO recuperé todo o parte del peso perdido	1
	Pérdida de peso, PERO recuperé todo o parte del peso perdido	2
	No hubo cambios en el peso	3

P25. VLCD SÍ - ¿La dieta muy baja en calorías fue prescrita por un profesional sanitario?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_TIEMPO	Sí	1
	No	2

P26. VLCD SÍ - ¿Cuánto tiempo ha seguido/siguió la dieta de muy bajo aporte calórico?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD_DIETA_TIEMPO	Menos de 1 semana	1
	1-4 semanas (1 mes)	2
	5-12 semanas (3 meses)	3
	13-26 semanas (6 meses)	4
	27-52 semanas (12 meses, 1 año)	5
	Más de 52 semanas (más de 1 año)	6
	No lo sé	7

P27. VLCD Sí - ¿Cuál fue su resultado respecto al peso al seguir la dieta de muy bajo aporte calórico? (por favor, responda según su último intento)

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD _DIETA_TIEMPO	Pérdida de peso Y NO recuperé todo o parte del peso perdido	1
	Pérdida de peso, PERO recuperé todo o parte del peso perdido	2
	No hubo cambios en el peso	3

BLOQUE 3: MOTIVACIONES Y METAS (2 ítems)

P28. (Solo preguntar a los que han dicho sí en P3, o los que han contestado 3-7 en P12. De lo contrario, pasar a P29)

Quando hace o piensa en hacer dieta para perder peso, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones?

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Nunca	Alguna vez	A menudo	Siempre
METOD _DIETA_TIEMPO	I1 - Pienso en los beneficios físicos que tiene perder peso (mayor condición física, mejor salud, más energía)	1	2	3	4
	I2 - Pienso en los beneficios psicológicos que tiene perder peso (mayor autoestima, mejor aspecto, sentirme más feliz)	1	2	3	4
	I3 - Pienso en el dolor físico (enfermedad, discapacidad) o en el miedo al dolor asociado con mi peso actual	1	2	3	4
	I4 - Pienso en el dolor psicológico (culpa, depresión, estigma, vergüenza) asociado con mi peso actual	1	2	3	4
	I5 - Siento amargura hacia el control de peso	1	2	3	4
	I6 - Me siento agobiado/a por todas las cosas a las que debo renunciar para controlar mi peso (por ejemplo, alimentos que me gustan, hábitos cómodos, restaurantes favoritos, fiestas, etc.)	1	2	3	4
	I7 - Me siento dudoso/a acerca de lograr el éxito en el control de peso	1	2	3	4
	I8 - Pienso que intentar perder peso o mantener un peso saludable es un esfuerzo demasiado grande.	1	2	3	4

Puntuación:

Motivación positiva = suma de los ítems 1, 2, 3, 4.

Motivación negativa = suma de los ítems 5, 6, 7, 8.

P29. En caso de hacer DIETA, ¿en cuánto TIEMPO quiere o querría obtener una pérdida de peso sustancial (por ejemplo, perder el 5 % de su peso inicial: si usted pesara 100 kg, significaría perder 5 kg)? (RESPUESTA POLITÓMICA)

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	VALOR
METOD _DIETA_TIEMPO	Menos de 1 semana	1
	1-4 semanas (1 mes)	2
	5-12 semanas (3 meses)	3
	13-26 semanas (6 meses)	4
	27-52 semanas (12 meses, 1 año)	5
	Más de 52 semanas (más de 1 año)	6

Categorizar basado en este artículo:

- Valores 1 y 2 = pérdida de peso rápida
- Valores 3-4 = pérdida de peso moderada
- Valor 5-6 = pérdida de peso gradual

BLOQUE 4: PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS Y RIESGOS (8 ítems)

P30. Creo que las siguientes dietas populares de pérdida de peso son las más utilizadas en la actualidad:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
METOD _DIETA_ TIEMPO	Dieta cetogénica o dieta keto	1	2	3	4	5	6
	Ayuno intermitente	1	2	3	4	5	6
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2	3	4	5	6

P31. Creo que seguir estas dietas son válidas o útiles para perder peso:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
METOD _DIETA_ TIEMPO	Dieta cetogénica o dieta keto	1	2	3	4	5	6
	Ayuno intermitente	1	2	3	4	5	6
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2	3	4	5	6

P32. Creo que las siguientes dietas tienen más beneficios para la salud que riesgos:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
METOD _DIETA_ TIEMPO	Dieta cetogénica	1	2	3	4	5	6
	Ayuno intermitente	1	2	3	4	5	6
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2	3	4	5	6

P33. Creo que las siguientes dietas son fáciles de seguir:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
METOD _DIETA_ TIEMPO	Dieta cetogénica	1	2	3	4	5	6
	Ayuno intermitente	1	2	3	4	5	6
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2	3	4	5	6

P34. Creo que las siguientes dietas son lo suficientemente seguras como para que alguien las siga toda su vida:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
METOD _DIETA_ TIEMPO	Dieta cetogénica	1	2	3	4	5	6
	Ayuno intermitente	1	2	3	4	5	6
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2	3	4	5	6

P35. Creo que las siguientes dietas solo deberían realizarse bajo supervisión de un profesional sanitario:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
METOD _DIETA_ TIEMPO	Dieta cetogénica	1	2	3	4	5	6
	Ayuno intermitente	1	2	3	4	5	6
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2	3	4	5	6

P36. Creo que las siguientes dietas son o pueden ser peligrosas para la salud:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
METOD _DIETA_ TIEMPO	Dieta cetogénica	1	2	3	4	5	6
	Ayuno intermitente	1	2	3	4	5	6
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2	3	4	5	6

P37. Creo que las siguientes dietas ponen a las personas en riesgo de carencias nutricionales:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No lo sé
METOD _DIETA_ TIEMPO	Dieta cetogénica	1	2	3	4	5	6
	Ayuno intermitente	1	2	3	4	5	6
	Dietas de muy bajo aporte calórico (batidos que sustituyen una comida completa)	1	2	3	4	5	6

BLOQUE 5: FUENTES DE INFORMACIÓN Y APOYO (2 ítems)

P38. (Solo preguntar a los que han dicho sí en P3, en caso contrario, pasar a P39)

Usando la siguiente escala, por favor califique la influencia que cada una de las personas listadas a continuación ha tenido en sus prácticas de pérdida de peso:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Nada influyente	Poco influyente	No estoy seguro	Algo influyente	Muy influyente
	Una persona que estaba perdiendo peso	1	2	3	4	5
	Un famoso/a que la recomendaba para perder peso	1	2	3	4	5
	Médico/a	1	2	3	4	5
	Enfermero/a	1	2	3	4	5
	Farmacéutico/a	1	2	3	4	5
METOD	Dietista-nutricionista	1	2	3	4	5
DIETA	Fisioterapeuta	1	2	3	4	5
TIEMPO	Entrenador/a personal	1	2	3	4	5
	Familiar	1	2	3	4	5
	Amigo/a, compañero/a de trabajo	1	2	3	4	5
	Libros	1	2	3	4	5
	Medios de comunicación	1	2	3	4	5
	Redes sociales	1	2	3	4	5

P39. (Solo preguntar a los que han dicho sí en P3, o los que han contestado 3-7 en P12. De lo contrario, TERMINAR ENTREVISTA)

Usando la siguiente escala, por favor califique el nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

CÓDIGO	TABLA RESPUESTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
METOD _DIETA_ TIEMPO	Tengo alguien que me escucha cuando necesito hablar de mi exceso de peso	1	2	3	4	5
	Cuando estoy a dieta, evito comer con personas con las que suelo comer en exceso	1	2	3	4	5
	Mis familiares y amigos están preocupados por mi peso	1	2	3	4	5
	Me doy cuenta de que cada vez hay más gente que me anima para que pierda peso	1	2	3	4	5
	Mis familiares y amigos me felicitan cuando no como en exceso	1	2	3	4	5
	Mis familiares y amigos me felicitan cuando consigo perder peso	1	2	3	4	5
	Los que me rodean me apoyan para que pierda peso	1	2	3	4	5

YA HEMOS TERMINADO LA ENTREVISTA. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Fundación **MAPFRE**

www.fundacionmapfre.org

Paseo de Recoletos, 23

28004 Madrid