

Capítulo 2

PESO IDEAL: CONSIGUELO DE FORMA NATURAL

IMPLEMENTACION

Brenda era una bebé que supuestamente no era una molestia. Su madre creía que quería tener hijos, pero su carrera también era muy importante para ella. El tiempo que pasaba con Brenda era dulce, pero breve. Luego, agotada tras un largo día, buscaba paz y tranquilidad a solas. Aunque Brenda lloraba solo de vez en cuando, un biberón siempre parecía suficiente para calmar las lágrimas. Ahora cuando Brenda se siente angustiada, la comida siempre parece suficiente para aliviar el dolor. Es casi como si su madre estuviera cerca.

La obesidad ha aumentado en bebés que se tranquilizan con la comida. A menudo se alimenta a los bebés para que se tranquilicen cuando su verdadera necesidad puede no ser el hambre. Esto puede convertirse en un hábito de por vida, a menudo vinculado con la alimentación emocional.

Las niñas con sobrepeso tienen un mayor riesgo de pubertad prematura. Desde 1963, el número de niñas de 6 a 19 años con sobrepeso ha aumentado un 275 %. El 80 % de las niñas obesas de 10 a 14 años, provenientes de familias con obesidad, llegan a la edad adulta con obesidad. En consecuencia, la diabetes infantil, la osteoartritis y la pubertad prematura se encuentran en su punto más alto.

La obesidad es hereditaria. Incluso el perro de la familia es gordo. ⁷ Dicen que de tal palo tal astilla; puede que estés genéticamente predispuesto a la obesidad. Sin embargo, son tus decisiones las que determinan tu peso. ⁸ Se dice que la genética carga el arma, y el estilo de vida aprieta el gatillo. ⁹

ESTADÍSTICAS: ¿QUIÉN TIENE LA VENTAJA EN LAS ÚLTIMAS ENCUESTAS?

Diariamente, en Estados Unidos, el 67 % de los adultos tiene sobrepeso u obesidad, y el 19 % fuma. Diariamente, en Estados Unidos, el tabaquismo es la causa principal de muertes prevenibles, mientras que la obesidad ocupa el segundo lugar y sigue aumentando. ¹⁰

Los principales factores que contribuyeron a la mortalidad en Estados Unidos en 1990 fueron el tabaco (unas 400,000 muertes), los patrones de alimentación y actividad física (300,000), el alcohol (100,000), los agentes microbianos (90,000), los agentes tóxicos (60,000), las armas de fuego (35,000), la conducta sexual (30,000), los vehículos motorizados (25,000) y el consumo ilícito de drogas (20,000). ¹¹

La obesidad ha alcanzado su punto máximo histórico. En Estados Unidos, el 67 % de los hombres y el 57 % de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad. ¿Por qué? Debido a un estilo de vida sedentario, malas elecciones alimentarias, obsesión por las dietas, falta de tiempo, etc. ¹²

La pobreza reduce la nutrición de la dieta familiar. El costo de los alimentos de baja densidad energética aumentó un 20 % en dos años (2004-2006). El precio de los alimentos de alta densidad energética, de hecho, disminuyó un 2 %. ¹³ Relativamente es más barato padecer obesidad.

Al observar los mapas anuales de Estados Unidos de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), con los estados clasificados por colores según los niveles de obesidad, se hace evidente que nos encontramos ante una epidemia de obesidad en pleno auge. Por ejemplo, Mississippi, en 1990, reportó que entre el 10 % y el 14 % de su población era obesa; para 1995, esa cifra había

aumentado al 15 %-19 %; y para 2005, a más del 30 %.

Las dietas han aumentado, pero la pérdida de peso ha disminuido. En cualquier momento, más de dos tercios de los adultos estadounidenses intentan perder peso o evitan subirlo.¹⁴ La mayoría recupera el peso perdido en un plazo de cinco años.¹⁵

Los costos de la obesidad se han disparado a 150 mil millones de dólares. En el año 2000, los costos de atención médica relacionados con la obesidad fueron de 117 mil millones de dólares.¹⁶ La industria estadounidense de dietas genera ingresos brutos de 33 mil millones de dólares al año en libros, alimentos dietéticos, programas dietéticos y trucos para bajar de peso.¹⁷

¿Nos hemos convertido, con nuestras tendencias de obesidad, en una señal del fin del mundo? ¿Qué dice la Biblia? «Pero como en los días de Noé, así será la venida del Hijo del Hombre. Porque como en los días antes del diluvio comían y bebían, se casaban y daban en casamiento, hasta el día en que Noé entró en el arca, y no entendieron hasta que vino el diluvio y se los llevó a todos; así será la venida del Hijo del Hombre». ¹⁸

OBESIDAD: ¿QUÉ ES?

La obesidad se basa en el índice de masa corporal (IMC). La fórmula para el IMC es peso (kg)/(altura en cm) ² o 703 x libras/pulgadas ². Un IMC de 18,5 o menos se considera bajo peso; 18,5 < IMC < 25 peso ideal; 25 < IMC < 30 sobrepeso; 30 > IMC < 35, obesidad (leve); 35 < IMC < 40, obesidad (moderada); y 40 < IMC obesidad (grave). Hay tablas disponibles que facilitan la determinación de su IMC. Otra forma útil de acceder a la obesidad es la circunferencia de la cintura. Para los hombres, una circunferencia de la cintura de más de 40 pulgadas y para las mujeres, una circunferencia de la cintura de más de 35 pulgadas indica obesidad. ¹⁹ Una circunferencia de cintura grande es más peligrosa que un IMC alto para muchas de las enfermedades que discutiremos.

¿REALMENTE VALE LA PENA?

¿Por qué bajar de peso? Quizás te preguntes: "Si todos están engordando, ¿por qué luchar contra la corriente?". Hay varias buenas razones para optar por la pérdida de peso: una mente más despejada, una imagen corporal más saludable, evitar el dolor y la depresión, reducir la carga financiera (costos de salud), estar cerca de tus hijos y nietos, y evitar la discapacidad y la necesidad de ser cuidado por otros, por nombrar solo algunas. La esperanza de vida de las personas con obesidad mórbida se reduce en 8 años en las mujeres y 20 años en los hombres. ²⁰ Bajar algunos kilos, puede disminuir el riesgo.

Los hombres que participan en programas exitosos de pérdida de peso pueden reducir su riesgo de morir en un 41 %. ²¹ Al perder entre 9 y 13 kilos, los diabéticos pueden reducir su riesgo de morir en un 33 %. ²² Sería bueno convertir la pérdida de peso en un estilo de vida.

La pérdida de peso continua, acercándose al peso ideal, puede reducir el riesgo de diabetes entre un 30 % y un 50 %. ²³ Si su salud se deteriora, bajar de peso puede ser la clave para la recuperación. Una pérdida de peso del 5 % en personas obesas puede mejorar el control del azúcar en sangre, la presión arterial, el colesterol y los triglicéridos. ²⁴

LAS MALAS NOTICIAS

Esos kilos de más, persistentes, pueden ser una fuente poco reconocida de enfermedades. El 11 % de los casos de cáncer, el 14 % de la osteoartritis, el 17 % de las enfermedades cardíacas y la hipertensión, el 30 % de las enfermedades de la vesícula biliar y el 57 % de la diabetes se pueden atribuir a la obesidad. ²⁵

En otras palabras, el costo oculto de la grasa abundante, aumenta el riesgo de otras enfermedades. El riesgo de diabetes aumenta entre un 244% y un 600% ,²⁶ de cálculos biliares entre un 400% y un 500% ,²⁷ el de depresión un 400% ,²⁸ el de apnea del sueño un 77% ,²⁹ El riesgo de asma aumenta un 190% ,³⁰ el de reflujo un 94% ,³¹ el de trombosis venosa profunda (coágulos sanguíneos) un 140% ,³² el de

enfermedad coronaria un 81% ,³³ el de gota un 200% ,³⁴ el de infertilidad femenina un 200% ,³⁵ el de infertilidad masculina debido a un bajo recuento de espermatozoides un 300%,³⁶ y el de síndrome premenstrual (SPM) un 180%.³⁷

Ser muy obeso puede AUMENTAR EL RIESGO DE MORIR EN UN 140%³⁸ , EL RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UN 70%³⁹ . El riesgo de incontinencia fecal y urinaria aumenta un 45% y un 150% respectivamente;⁴⁰ y el riesgo de cirrosis por hígado graso debido a la obesidad aumenta un 120%⁴¹ .

El aumento de peso corporal es un factor de riesgo importante para la diabetes. El 80 % de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad.⁴² Para analizar más a fondo el riesgo de diabetes, es importante tener en cuenta que por cada 2 kilos de aumento de peso, el riesgo de diabetes aumenta un 10 %.⁴³ El riesgo de padecer diabetes en algún momento de la vida es del 7 % para las personas con bajo peso, del 15 % para las personas con peso normal, del 26 % para las personas con sobrepeso, del 44 % para las personas con obesidad y del 57 % para las personas con obesidad extrema.⁴⁴

El aumento de peso corporal es un importante factor de riesgo para la diabetes. El 80 % de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad.

La grasa más implicada en la diabetes y sus complicaciones es la llamada grasa central, visceral u orgánica.⁴⁵ Esta grasa se encuentra dentro del cuerpo, rodeando los órganos abdominales. Esta grasa se mantiene siempre a una temperatura corporal central más alta. Esta grasa es la fuente de radicales libres oxidados de grasa y colesterol.⁴⁶ Las personas diabéticas tienden a tener más de este tipo de grasa.⁴⁷ La obesidad visceral también provoca niveles elevados de triglicéridos y niveles reducidos de HDL, lo que aumenta considerablemente el riesgo de enfermedad coronaria.⁴⁸

La relación entre una mayor grasa corporal y el riesgo de cáncer también está relacionada con la participación de las células grasas en la producción hormonal. Es poco común tener cáncer de mama en ausencia de estrógeno. El exceso de producción de estrógeno en mujeres obesas les confiere un peor pronóstico para el cáncer de mama.⁴⁹ La obesidad también aumenta el riesgo de otros tipos de cáncer:

cáncer de ovario 14%, linfoma no Hodgkin 17%, cáncer de páncreas 24%, mieloma múltiple 31%, cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas 40%, leucemia 50%, cáncer de riñón 53%, cáncer colorrectal 61%, adenocarcinoma de esófago 138% y cáncer de endometrio 189%.⁵⁰

La presión arterial también aumenta con el aumento de la obesidad. Un aumento de peso de 6 kg aumenta el riesgo de hipertensión en un 36 %, 11 kg en un 64 %, 15 kg en un 132 %, 20 kg en un 191 % y 24 kg o más en un 265 %. Por otro lado, la pérdida de peso puede disminuir el riesgo. Una pérdida de peso de 6 kg puede reducir el riesgo en un 24 % y una pérdida de peso de 10 kg o más puede reducirlo en un 53 %.⁵¹

El aumento de peso aumenta el riesgo de dolor de espalda y artritis. El dolor de espalda aumenta significativamente con el aumento de peso.⁵² La presión del exceso de peso aplana los discos intervertebrales, lo que provoca su deterioro y resistencia al rejuvenecimiento.⁵³ Una cintura excesiva, con su aumento de grasa visceral, puede aumentar el riesgo de artritis más que el IMC absoluto.⁵⁴ Las personas con peso normal tienen un riesgo de artritis de solo el 17 %; en las personas con obesidad extrema, el riesgo asciende al 44 %.⁵⁵

La ropa extragrande conlleva a grandes problemas de la piel.⁵⁶ Si compras ropa de tallas extragrandes, puedes estar seguro de que también tienes mucha más piel de la que tenías al nacer. Las enfermedades de la piel aumentan en las personas obesas debido a la alteración del flujo sanguíneo y la fisiología de la piel.⁵⁷

¿Recuerdas la enfermedad de Alzheimer? La diabetes y la obesidad cuadruplican el riesgo de desarrollar Alzheimer.⁵⁸

Una pérdida de peso drástica puede aliviar el hipotiroidismo. Aproximadamente el 10 % de las personas obesas presentan hipotiroidismo. El aumento de peso se ha asociado con el hipotiroidismo, mientras que la pérdida de peso lo ha normalizado.⁵⁹

La depresión acecha a las personas obesas. La depresión duplica el riesgo de obesidad. Las personas obesas y deprimidas consumen aproximadamente un 20 % más de calorías que las personas no obesas.⁶⁰ Y funciona en ambos sentidos. La obesidad cuadruplica el riesgo de depresión.⁶¹

El aislamiento social aumenta con la obesidad. La obesidad en las mujeres se asocia con menores ingresos individuales, pocos amigos fuera del círculo familiar y desempleo de larga duración.⁶² El ausentismo laboral por enfermedad aumenta en las personas obesas. Los empleados obesos tienen un 80 % más de probabilidades de experimentar ausencias laborales y se ausentan 3,7 días más al año que los no obesos.⁶³

La población obesa puede estar viviendo más tiempo con factores de riesgo mejor controlados, pero paradójicamente, experimentan mayor discapacidad. La obesidad aumenta el riesgo de discapacidad grave en un 175 %. Las personas obesas tienen el doble de riesgo de no poder realizar las actividades de la vida diaria.⁶⁴

VENCIENDO LA OBESIDAD DE FORMA NATURAL

¡Tú eliges! Eres un reflejo de tus decisiones. Tus hábitos de vida y salud son solo tuyos. Sé lo mejor que puedas ser. La decisión es tuya.

Salud: peso saludable, no el peso más bajo. El objetivo final es la salud y un peso saludable para toda la vida. Con el enfoque adecuado, tendrás más energía, mejor autoestima, mayor control personal y una actitud positiva. Come

para el largo plazo; elige un plan para toda la vida.

¿Estás listo para cambiar? La motivación interna es mejor que la externa. Lo que decides hacer por ti mismo es más duradero y satisfactorio que lo que alguien más te presiona a hacer.

Solo una persona poco inteligente aprende todo por experiencia propia. Sé realista: haz pequeños cambios con el tiempo. Sé aventurero: amplía tus gustos, prueba nuevos platos. Sé flexible: equilibra tu alimentación y actividad a lo largo de varios días. Sé sensato: disfruta de la comida con moderación. Mantente activo: pasea al perro, monta en bicicleta, empuja el cochecito.

EL EJERCICIO PUEDE SER MUY DIVERTIDO

La actividad física predice el éxito. Elige algo que disfrutes, preferiblemente al aire libre y con sol. Dedica al menos un total de sesenta minutos casi todos los días, y disfrutarás de los beneficios: peso saludable, corazón sano, huesos fuertes, sueño reparador, alivio del estrés, más energía y una actitud positiva y segura.

¿Por qué hacer ejercicio? El peso se reduce solo con la dieta, pero la masa muscular y la densidad ósea también disminuyen. El ejercicio mantiene la masa muscular⁶⁵ y la densidad ósea⁶⁶, mientras que la grasa se pierde. También aumenta la capacidad aeróbica para una mejor condición cardiovascular.⁶⁷

Como ya se mencionó, el sedentarismo acelera el riesgo de obesidad. De hecho, un trabajo sedentario de 8 horas aumenta el riesgo de obesidad en un 20 % y de diabetes en un 28 %.⁶⁸

Descansa para estar bella. Los niños que duermen menos de 9 horas tienen un mayor riesgo de obesidad.⁶⁹ Acostarse antes de las 10:00 p.m. reduce el riesgo de obesidad en un 38 %.⁷⁰ Puedes inclinar la balanza en la lucha contra la obesidad. La obesidad es el resultado de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Factores ambientales, como la mayor disponibilidad de alimentos ricos en

calorías o la menor necesidad de actividad física, contribuyen a su desarrollo.⁷¹ Existe un delicado equilibrio en el cuerpo humano. El peso depende del equilibrio entre el aporte energético de la dieta y el gasto energético del ejercicio. Este equilibrio también se ve afectado por la tasa metabólica basal. Cuando el aporte energético total supera el gasto, se produce un aumento de peso. Muchas personas comen como si fueran a realizar un trabajo físico intenso cuando, de hecho, no lo hacen. Esto crea un entorno propicio para la obesidad. Tendrás éxito cuando tu alimentación se ajuste a tu energía y a tu pérdida de peso necesaria.⁷²

El aumento de peso es a menudo el resultado de desajustes biológicos y culturales con la sociedad moderna, entorno donde hay señales fuertes para comer, señales débiles para dejar de comer, aumento de disponibilidad de alimentos con alto contenido calórico, comer es recompensado, a veces no hay alternativas viables y comer en exceso se considera de alto estatus.

Por otro lado, la actividad se asocia con señales débiles para continuar y señales fuertes para detenerse, menor disponibilidad, la inactividad se aplaude o se convierte en una alternativa viable, y se le otorga un alto estatus social. Esto influye en el concepto de comer para vivir, en lugar de vivir para comer. Muchas personas comen como si se prepararan para una larga jornada de trabajo físico intenso, cuando en realidad llevan una vida bastante sedentaria. Si comemos para vivir, ajustamos nuestra ingesta energética a nuestro gasto energético previsto, lo que ayuda a mantener un peso estable. Si vivimos para comer, nuestra ingesta energética excede nuestras necesidades energéticas y se produce la obesidad. El sabio comentó sobre este principio de esta manera: «¡Bendita seas, tierra, cuando tu rey es hijo de nobles, y tus príncipes comen a su tiempo, para fortalecerse y no para emborracharse!». ⁷³

Haz algo que te guste y disfrutes. Entre los ejercicios que han demostrado ser beneficiosos se incluyen caminar, correr, hacer ejercicios

aeróbicos (tanto en el agua como en el gimnasio)⁷⁴ y el ejercicio intermitente, especialmente en aparatos domésticos accesibles.⁷⁵

¿Cuánto ejercicio necesito hacer? Puede que tengas limitaciones que debas superar, pero te sugerimos al menos sesenta minutos diarios. Los mejores momentos son antes del desayuno y después de las comidas. Hacer ejercicio después de las comidas resulta en un mayor gasto energético, a la vez que reduce los niveles de azúcar en sangre e insulina en las personas con diabetes. El ejercicio moderado es tan beneficioso como el intenso, y las sesiones cortas son tan efectivas como las largas (lo que significa que no tienes que hacer los sesenta minutos de una sola vez).

Caminar es un beneficio para la salud poco apreciado. Cada hora de caminata rápida al día reduce el riesgo de obesidad en un 24 % y de diabetes en un 34 %.⁸⁰

Se realizó un estudio de ejercicio de diez años que reveló que un estilo de vida activo previene el aumento de peso y un estilo de vida sedentario con poca actividad recreativa aumenta el riesgo de aumento de peso en un 200% para los hombres y un 300% para las mujeres.⁸¹

EL DOLOR DE RODILLA DIFICULTA LA PÉRDIDA DE PESO: NO ES ASÍ SEGÚN NUEVOS ESTUDIOS

“Pero no puedo hacer ejercicio, tengo una rodilla con artritis y me duele al caminar”, dirás, como tantos otros.

En un estudio con personas con artritis de rodilla, seis meses de pérdida de peso y ejercicio, mejoraron el dolor de rodilla, la discapacidad, la marcha y el rendimiento en una prueba de distancia recorrida durante seis minutos, así como en una prueba cronometrada de subir escaleras. Las muestras de líquido articular de la rodilla mostraron una disminución de los marcadores inflamatorios.

Uno se "oxida" antes de agotarse. La mayoría de los dolores artríticos mejoran con el ejercicio. Bajar de peso también ayuda; una reducción del 10 % de

peso mejora la función de la rodilla en un 28% en pacientes con osteoartritis.

El dolor articular puede ser una señal de que te estás oxidando, no de que te estás desgastando. Se ha demostrado que el ejercicio es beneficioso, ya que reduce el dolor y la obesidad.

LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO

El ejercicio produce grandes beneficios en la pérdida de peso. Aumenta la fuerza y la masa muscular, la densidad mineral ósea, la sensibilidad a la insulina, ^{el} sistema inmunitario, el autocontrol en cuanto a la alimentación, el colesterol HDL (el “bueno”) y mantiene la pérdida de peso a largo plazo. El ejercicio disminuye la grasa visceral o central y la relación cintura-cadera, la respuesta fisiológica del cuerpo al estrés, la hipertensión arterial, el colesterol y los triglicéridos, los factores de riesgo cardíaco, el estrés oxidativo y el riesgo de cálculos biliares. De particular importancia es cómo la actividad aeróbica reduce las muertes cardíacas. Estar en forma cardiovascular puede reducir el riesgo de mortalidad por obesidad en un 75 %. ¹⁰¹

¿Necesitas ir más despacio? Sigue una dieta occidental. La dieta occidental ralentiza el ritmo físico de las personas y las vuelve sedentarias, lo que reduce el gasto energético y aumenta el aumento de peso. ¹⁰²

¡SACA EL TENEDOR: AHORA VAMOS A HABLAR DE DIETA!

Las mejores dietas se basan en alimentos vegetales integrales. ¹⁰³ Las personas que adoptan una dieta de alimentos vegetales integrales pueden perder casi tres veces más peso en un año que quienes eligen otros métodos de alimentación. Y quienes eligen una dieta de alimentos vegetales integrales para bajar de peso tienen cuatro veces más probabilidades de mantener la dieta elegida. ¹⁰⁴

Por cierto, una advertencia: cuando empieces una dieta basada en alimentos vegetales integrales y tus problemas de salud empiecen a mejorar, es posible que necesites ajustar tus medicamentos. Esto aplica especialmente a los medicamentos para la diabetes y la presión arterial.

EVITA LAS DIETAS DE MODA

No es solo una dieta; ¡es un cambio de estilo de vida! Ten cuidado con las dietas de moda. Evita estas afirmaciones: pérdida de peso rápida y fácil; milagro revolucionario, eliminar la grasa, fórmula secreta, nuevo descubrimiento, cura, equilibra las hormonas, procesos enzimáticos. ¿Es creíble el autor? Ten cuidado con las dietas que promueven alimentos mágicos o milagrosos, pérdida de peso rápida o soluciones rápidas, falta de ejercicio, menús rígidos, combinaciones específicas de alimentos, recomendaciones basadas en un solo estudio o estudios publicados sin revisión por pares, y promesas que parecen demasiado buenas para ser verdad.

Una nueva investigación demuestra que el uso de alimentos y bebidas con edulcorantes artificiales para controlar el peso podría ser contraproducente. Los edulcorantes artificiales confunden la capacidad mental para calcular el contenido calórico, lo que provoca que quienes consumen bebidas o alimentos dietéticos deseen consumir más calorías. ¹⁰⁵ Se ha demostrado que quienes consumen bebidas dietéticas consumen más calorías, especialmente carbohidratos. ¹⁰⁶

Algunas dietas de moda son especialmente preocupantes. El riesgo de cáncer colorrectal se cuadruplicó con el consumo de dietas ricas en grasas, proteínas y bajas en carbohidratos. ¹⁰⁷ En cambio, las dietas bajas en grasas y altas en carbohidratos basadas en alimentos vegetales integrales aumentan la ingesta de fibra, calcio biodisponible, vitaminas, minerales, antioxidantes que previenen el cáncer y fitoquímicos, lo que reduce el riesgo de enfermedades cardíacas, cáncer, osteoporosis, diabetes e hipertensión arterial.

ALIMENTOS VEGETALES INTEGRALES

Puedes comer todo lo que quieras y aun así perder peso, si eliges solo alimentos vegetales integrales. En un estudio, comer cantidades ilimitadas de frutas y verduras resultó en una pérdida de peso de catorce libras en seis meses y diecisiete libras en veinticinco meses.¹⁰⁸

El trigo integral tiene ocho veces más cromo que la harina blanca. Así que, ¿adivina qué? Se necesita ocho veces más cantidad de un plato de harina blanca para saciar el hambre de nutrientes del cuerpo que de un plato de cereales integrales.¹⁰⁹ ¿Es de extrañar que tengamos gente con sobrepeso, atiborrada de alimentos ricos en calorías y que aun así tenga hambre?

Las frutas y verduras son fundamentales para una pérdida de peso exitosa. En un estudio de dos años, las personas con una dieta vegana perdieron 3,5 veces más peso que quienes solo siguieron una dieta baja en grasas.¹¹⁰ Comer más frutas, verduras y cereales integrales, mejora la pérdida de peso y el mantenimiento de la misma, el colesterol y los triglicéridos, y la presión arterial.¹¹¹

Los alimentos de baja densidad energética ayudan a perder peso. La pérdida de peso es tres veces mayor para quienes consumen alimentos de baja densidad energética que para quienes solo eligen alimentos bajos en grasa.¹¹² Calorías, o densidad energética, es la clave para saciar los antojos y perder peso. Densidad calórica es una medida de la cantidad de calorías por gramo en una porción de alimento. Los estudios demuestran que las personas con peso normal consumen alimentos con menor densidad energética que las personas obesas. Las personas con una dieta rica en frutas y verduras presentan los valores más bajos de densidad energética y el menor índice de obesidad.¹¹³

La densidad energética es clave para comprender por qué comer frutas y verduras puede ayudar en un programa de control de peso. La densidad energética es la cantidad de calorías que tiene un alimento en relación con

su peso. Los alimentos con altas calorías en relación con su peso, como los aceites y las grasas, son alimentos de alta densidad energética. Por lo general, tienen entre 4 y 9 calorías por gramo. Estos incluyen bocadillos, quesos, mantequillas, carnes y salsas. Los alimentos de densidad energética media tienen menos calorías por gramo de peso, generalmente entre 1,5 y 4 calorías por gramo. Estos alimentos incluyen bagels, panes integrales, hummus, frutas secas y raviolos vegetarianos. Los alimentos de baja densidad energética generalmente varían en contenido calórico de 0 a 1,5 calorías por gramo e incluyen frutas y verduras frescas, frijoles y granos integrales. En un estudio, las personas que recibieron una dieta baja en calorías y sin refinar consumieron un 50 % menos de calorías. Además, tardaron un 33 % más en comer sus alimentos, lo que aumentó la saciedad (satisfacción).¹¹⁴

Decídete a hacer cambios que mejoren tu estado de salud. Reduzca su consumo de calorías diarias sustituyendo frutas, verduras, cereales integrales y legumbres de bajo contenido energético por alimentos de alto contenido energético.¹¹⁵

Come frutas y verduras. El contenido de grasa aumenta la densidad energética de los alimentos.

El agua y la fibra en los alimentos aumentan el volumen y reducen la densidad energética. En su estado natural, las frutas y verduras tienen un alto contenido de agua y fibra, y son bajas en grasa y densidad energética.¹¹⁶

Siéntete saciado con menos calorías. Las personas tienden a comer la misma cantidad de comida, independientemente del contenido calórico.^{117,118} Es el volumen, más que las calorías, lo que produce sensación de saciedad.¹¹⁹ Comer frutas y verduras bajas en energía y ricas en nutrientes brinda satisfacción sin las calorías.

Los sustitutos energéticos pueden reducir drásticamente el aumento de peso. Para reducir

la densidad energética de alimentos como sopas, sándwiches y guisos, sustituya algunos ingredientes con mayor densidad energética por frutas y verduras, como carnes con alto contenido graso, quesos y pasta.¹²⁰

Una fuente calórica de alta densidad energética es el jugo. Quienes beben jugo consumen calorías once veces más rápido que quienes comen fruta entera. La fruta entera contiene fibra, mientras que el jugo no. Quienes consumen salsa consumen calorías tres veces más rápido que quienes comen fruta entera.¹²¹ El apetito se satisface mejor con fruta entera.¹²²

Los alimentos enlatados son un mal sustituto. Las frutas y verduras congeladas o enlatadas son buenas opciones cuando no hay productos frescos disponibles. Elija productos sin azúcar añadido, jarabe, salsas cremosas ni sal. La sal puede hacer que coma más y opte por bebidas con muchas calorías.¹²³

Las verduras predominan en la categoría de alimentos bajos en calorías. Suelen ser más bajas en calorías que las frutas. Sustituir más verduras que frutas por alimentos con mayor densidad energética puede ser útil en un plan de control de peso.

No se deje abrumar por las calorías ocultas. Algunos postres que incluyen fruta también pueden tener un alto contenido calórico, graso y azucarado. Empanizar y freír verduras o añadir aderezos y salsas ricos en grasa aumenta considerablemente el contenido calórico y graso del plato.¹²⁴ Puede haber variaciones en la temática de los postres. Los postres tienden a ser muy energéticos.¹²⁵ De hecho, el estómago aumenta de volumen cuando se consumen alimentos dulces y azucarados al final de una comida.¹²⁶ La fruta fresca es un buen sustituto de postre, incluso sensible al peso. En un estudio, las personas con sobrepeso eran más propensas a pedir postre si la camarera les daba una descripción apetitosa y las animaba a pedirlo.¹²⁷

Quizás te preguntes: "¿Debería evitar los frutos secos?", dado su alto contenido calórico. Y

aunque recomiendo moderación, en un estudio, los participantes que comieron frutos secos dos o más veces por semana, el riesgo de aumento de peso se redujo un 30 %. Se ha descubierto que los frutos secos son cardioprotectores¹²⁸ y reducen el riesgo de diabetes.¹²⁹

FIBRA: AMIGA DE LAS PERSONAS QUE HACEN DIETA

La fibra no contiene calorías; no es un nutriente, pero es vital para una buena salud. Un aumento de 14 gramos en la ingesta diaria de fibra reduce el consumo de calorías en un 10 % y promueve la pérdida de peso.¹³⁰ Un mayor consumo de fibra proveniente de cereales integrales reduce a la mitad el riesgo de aumento de peso. Los productos de cereales refinados tienen el efecto contrario.¹³¹ Otros beneficios de la fibra son un mejor control del azúcar en sangre, la disminución de los niveles de insulina,¹³² la reducción del colesterol,¹³³ la menor asimilación de calorías por el cuerpo,¹³⁴ y la reducción del hambre.¹³⁵

Las tostadas reducen los niveles de azúcar en sangre. Tostar pan reduce la respuesta glucémica en un 25%, lo cual es positivo.¹³⁶

MASTICA ESTO

El apetito se reduce por la retroalimentación nerviosa que llega al cerebro estimulada por la masticación.¹³⁷ Cuanto más mastiques, menos comida se necesita para saciarte.¹³⁸ Elegir alimentos que requieran más masticación puede ayudar a reducir la ingesta de calorías.

ADITIVOS ALIMENTARIOS:

¿UNA VIDA MEJOR A TRAVÉS DE LA QUÍMICA?

La ingesta de glutamato monosódico (GMS) duplica el riesgo de obesidad.^{139,140} El GMS se utiliza en animales de laboratorio para inducir obesidad y diabetes.¹⁴¹ La fructosa es otro culpable.¹⁴² La ingestión de fructosa aumenta la obesidad, especialmente la obesidad abdominal.¹⁴³ También aumenta los triglicéridos y el colesterol,¹⁴⁴ el estrés oxidativo,¹⁴⁵ la diabetes y las complicaciones diabéticas como la retinopatía.¹⁴⁶

LÍQUIDOS Y COMIDAS LÍQUIDAS

Si intentas bajar de peso, deja los refrescos. Los refrescos disminuyen la sensación de saciedad y aumentan la ingesta excesiva de alimentos.¹⁴⁷ Un refresco adicional al día aumenta el riesgo de obesidad en un 60 %. ¹⁴⁸ Las calorías de dos refrescos consumidos al día pueden aumentar 13.6 kg al año.

La deshidratación y la sobrecarga de sal se asocian con un aumento de la obesidad.¹⁴⁹ Las personas sedientas tienden a beber refrescos y comer cuando lo que realmente necesitan es agua.¹⁵⁰ La deshidratación aumenta el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión.¹⁵¹

El agua sigue siendo la mejor bebida. Históricamente, el agua era el único líquido que el hombre consumía después del destete. El hombre moderno consume una variedad de líquidos que requieren digestión. El cuerpo no procesa estos líquidos tan bien como los alimentos sólidos.¹⁵² Nuestra recomendación es consumir solo agua entre comidas. La digestión es mejor si una comida no se diluye con ningún líquido. Se ha demostrado que tomar agua treinta minutos antes de las comidas reduce significativamente la ingesta calórica.¹⁵³

Comer entre comidas aumenta drásticamente el consumo calórico diario. Las personas obesas consumen significativamente más refrigerios dulces y grasosos.

SNACKING: ¿ES EL CULPABLE EN TU DIETA?

Comer entre comidas aumenta drásticamente la cantidad de calorías diarias consumidas. Las personas obesas consumen significativamente más refrigerios dulces y grasosos.¹⁵⁴ Las mujeres que comen entre comidas tienen un 38 % más de riesgo de obesidad, y los hombres, un 88 % más.¹⁵⁵

ALIMENTOS DESENCADENANTES QUE PUEDEN DESPERTAR UN APETITO INTENSO

El sabor de la grasa aumenta la cantidad de comida que la gente come.¹⁵⁶ El azúcar y la grasa funcionan debilitando las señales de saciedad de la comida al cerebro y activando las señales de hambre.^{157 158} La ingesta de grasa en la dieta afecta la obesidad.¹⁵⁹ Las tasas de obesidad de los países se pueden predecir por la cantidad de grasa que come su población. En un estudio, reducir la ingesta de grasa en un 10% (del 37% al 27%) llevó a una pérdida de un cuarto de libra por semana.¹⁶⁰ Una fuente de alimentos ricos en grasas y bajos en fibra es la comida rápida. Ver televisión tres horas a la semana y comer comida rápida dos veces por semana aumenta el riesgo de obesidad y diabetes en un 160%.¹⁶¹ Otra fuente de alimentos ricos en grasas y bajos en fibra es la carne. Esta es la razón por la que los carnívoros tienen más peso. Se ha demostrado que los que comen carne pesan significativamente más que los vegetarianos.¹⁶² Los cereales ricos en fibra, la fruta y la ingesta general de fibra se asocian con un IMC más bajo. La hamburguesa, la carne de res, el pollo frito, los huevos, el tocino o las salchichas y los perros calientes se asocian con un IMC más alto.^{163.164}

Alimentos que te atrapan y que no te dejan ir. Debes tener cuidado con algunos alimentos que tienen propiedades adictivas. Entre estos alimentos se incluyen el chocolate, los lácteos (especialmente el queso) y los carbohidratos refinados.

El chocolate es tan adictivo como las drogas. Para aumentar la adicción, el chocolate estimula los mismos receptores opioides en el cerebro que la morfina.¹⁶⁵ Otra desventaja es la cantidad de azúcar y grasa que se necesita para que el chocolate sea agradable al paladar.

La naturaleza adictiva del azúcar genera niveles fenomenalmente altos de obesidad.^{¹⁶⁶} Al igual que la cocaína, el azúcar eleva la dopamina, la hormona de la adicción, en el cerebro.^{¹⁶⁷} El cuerpo puede caer en un círculo vicioso de consumo de azúcar. Los carbohidratos refinados, como el azúcar, pero no solo el azúcar, elevan la insulina. La insulina aumenta la obesidad abdominal y el antojo de

carbohidratos. La obesidad abdominal aumenta la resistencia a la insulina, lo que obliga al cuerpo a producir aún más insulina. Los niveles más altos de insulina estimulan un mayor antojo de carbohidratos. Y la saga continúa a medida que el peso se acumula y se desarrolla la diabetes. ¹⁶⁸

La adicción mundial a los productos animales es una verdadera fuente de obesidad. Las sustancias similares a la morfina (beta-casomorfina) presentes en los productos lácteos, especialmente los quesos, dificultan su eliminación. ¹⁶⁹

BARRIGA CERVECERA

Todos deberían conocer los hechos sobre el alcohol y la obesidad. ¹⁷⁰ El consumo de alcohol está asociado con la obesidad abdominal y un mayor riesgo de diabetes. ¹⁷¹

DIOS LOS CRÍA Y ELLOS SE JUNTAN

Comer con otras personas puede ser una fuente de consumo descontrolado de calorías. Si come con otras personas, elija compañeros de mesa que compartan sus valores de control de peso. ¹⁷²

Para aquellas mujeres que deseen estar atentas, las comilonas a mitad del ciclo menstrual pueden ser una fuente de consumo calórico descontrolado. La fase de ovulación del ciclo menstrual se asocia con una ingesta de alimentos significativamente mayor. ¹⁷³

AUMENTO DEL TAMAÑO DE LAS PORCIONES

¿Puede la comida sorprenderte? El tamaño de las porciones sí que lo ha hecho. Sin duda, la inflación del tamaño de las porciones ocurrió entre 1977 y 1996: el tamaño de las porciones de papas fritas aumentó un 16% o 70 kcal; el tamaño de las hamburguesas aumentó un 25% o 100 kcal; el tamaño de los refrescos aumentó un 50% o 50 kcal; el total de calorías consumidas por los estadounidenses aumentó un 11%; y la cantidad de calorías consumidas fuera de casa aumentó un 53%. ¹⁷⁴

El tamaño sí importa. Aquí tienes algunos consejos para controlar el tamaño de las

porciones: Coloca todos los alimentos que se consumirán en una sola comida en el plato al principio de la misma. Reduce deliberadamente el tamaño de las porciones habituales, sustituye alimentos de alta densidad energética por alimentos de baja densidad energética y mastica las porciones más pequeñas durante el mismo tiempo que normalmente tardas en comer porciones más grandes. ¹⁷⁵

UNO DE CADA UNO, POR FAVOR. LA VARIEDAD ESTIMULA LA GULA (¡AHÍ VAN LAS COMIDAS COMPARTIDAS!)

Una mayor variedad se asocia con un mayor consumo de alimentos y un mayor peso corporal. ^{176,177} No hay que tener demasiada variedad en una comida; tres o cuatro alimentos son suficientes.

RESTRICCIÓN CALÓRICA

Reducir la cantidad de calorías que consume en un día se conoce como restricción calórica. La restricción calórica, o de energía, puede restaurar un sistema inmunológico dañado por la obesidad. La obesidad daña el sistema inmunológico. Se ha demostrado que la restricción calórica ayuda a restaurar el sistema inmunológico. ¹⁷⁸ La experiencia de Okinawa nos ha enseñado mucho sobre la restricción calórica. Los okinawenses comen un 40% menos de calorías que los estadounidenses, tienen un 80% menos de cánceres de mama y próstata y un 50% menos de cánceres de ovario y colon. ¹⁷⁹ Hay algunas precauciones para la restricción calórica SEVERA. Algunas personas aún comen menos de la misma dieta con deficiencias nutricionales que las deja con antojos de comida a pesar de que están engordando todo el tiempo. Los efectos secundarios de las dietas severas con restricción calórica incluyen; hipotensión ortostática (mareo al ponerse de pie), fatiga, intolerancia al frío, piel seca, pérdida de cabello, irregularidades menstruales, colelitiasis (cálculos biliares), colecistitis (inflamación de la vesícula biliar) y pancreatitis (inflamación del páncreas). ¹⁸⁰

HORARIOS DE COMIDA

Comida de noche: ¿tiendes a comer por la noche? ¹⁸¹ Las personas que comen por la noche ganan más peso. ¹⁸², ¹⁸³

Desayuno: empezar con el pie derecho. Quienes desayunan con alto contenido energético comen almuerzos con mayor contenido energético, mientras que quienes desayunan con bajo contenido energético comen almuerzos con menor contenido energético. ¹⁸⁴ Saltarse el desayuno aumenta la resistencia a la insulina y eleva los niveles de colesterol en ayunas. ¹⁸⁵ Saltarse el desayuno aumenta la obesidad estudiantil en un 120 %. ¹⁸⁶

La puntualidad en las comidas beneficia los patrones y la frecuencia de las comidas. La regularidad en las comidas reduce significativamente el riesgo de obesidad en la adolescencia. ¹⁸⁷

Una mayor variedad se asocia con un mayor consumo de alimentos y un mayor peso corporal. ¡Adiós a las comidas compartidas y los bufés de todo lo que puedas comer!

Las personas que comen a la misma hora todos los días consumen menos calorías, tienen mejor sensibilidad a la insulina, niveles de colesterol más bajos y mantienen un metabolismo más activo para quemar grasas. ¹⁸⁸ Recomendamos dos (preferiblemente) o tres comidas al día, consumidas exactamente a la misma hora todos los días. Un plan de dos comidas al día reduce el riesgo de cáncer. En comparación con el programa de dos comidas al día, el riesgo de cáncer de colon aumenta un 70 % con tres comidas al día y un 90 % con cuatro comidas. ^{189,190} El riesgo de cáncer de colon aumenta con el consumo de refrigerios. Por cada vez que se consume un refrigerio a lo largo del día, el riesgo de cáncer de colon aumenta un 60 %. ¹⁹¹

"Pero tengo hambre, no quiero esperar a la hora de comer". Echa un vistazo al hambre persistente. El hambre, fuera de las comidas, a menudo se puede calmar con un vaso de agua

helada. Si sientes que necesitas comer por la noche, bebe un poco de agua fría y por la mañana te sentirás mucho mejor por no haber comido. ¹⁹²

LAS EMOCIONES Y EL CUERPO

¿Feliz, triste, aburrido, solo? ¡Que venga la comida! Algunas personas comen por emociones, lo que significa que comen más cuando experimentan ciertas emociones. Cuando estas personas están estresadas o emocionales, comen más alimentos dulces y ricos en grasas, y consumen comidas con mayor densidad energética. ¹⁹³ Estas emociones a menudo tienen su base en experiencias de la infancia. Un estudio de diez años con niños de 9 a 10 años mostró que: negligencia parental: aumentó siete veces el riesgo de obesidad adulta (700%). Los niños caracterizados como "sucios y abandonados" tenían 10 veces más riesgo de obesidad adulta. ¹⁹⁴ La obesidad puede ser desencadenada por el estrés infantil. ¹⁹⁵ Las personas obesas tienen más probabilidades de estar deprimidas, de reportar historias de abuso infantil, de tener estilos de apego no seguros y de reportar comer en respuesta a la ira, la tristeza, la soledad, la preocupación y el malestar. ¹⁹⁶ El abuso aumenta el riesgo de obesidad un 23 % más para el abuso verbal; un 27 % más para el abuso físico; y un 34 % más para el abuso sexual. En algunos casos, ¹⁹⁷ la obesidad es la forma en que una persona lidia con el miedo a la intimidad. Es una forma de mantener a los demás a distancia.

Obesidad: ¿festín o hambruna? La inseguridad sobre la disponibilidad de alimentos se asocia con un aumento del 30% en la obesidad. ¹⁹⁸ Muchos de nosotros hemos sido programados, posiblemente como resultado de la gran depresión de 1929, para ahorrar para el futuro. El miedo a la necesidad o a la pérdida impulsa muchas de nuestras decisiones. La Biblia aborda esta propensión a confiar en lo que el hombre puede hacer de esta manera: «Y librar a todos los que por el temor a la muerte estaban durante toda la vida sujetos a servidumbre». ¹⁹⁹

Jesucristo vino para disipar estos temores y darnos paz y descanso.

No te excedas: bajar de peso reduce los síntomas psicológicos. Un estudio reveló que la pérdida de peso se asociaba con mejoras en los rasgos psicóticos, la ideación paranoide, la irritabilidad, la sensibilidad interpersonal, la estabilidad emocional, el nerviosismo y la sociabilidad.²⁰⁰

Para muchas personas, lidiar con la obesidad puede implicar lidiar con el estrés.²⁰¹ El manejo del estrés es más exitoso si se acompaña de mejoras en la salud espiritual.²⁰² Quizás esto se deba a la promesa de Jesús: «Venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados, y yo os haré descansar».²⁰³ Unirse a un grupo con un líder y actividades organizadas reduce el estrés y facilita la pérdida de peso.²⁰⁴ Se ha demostrado que un manejo exitoso del estrés mejora el colesterol, los triglicéridos, la hemoglobina A1c (en diabéticos), los niveles de hostilidad y la reducción de peso.²⁰⁵

MAYOR ÉXITO A LARGO PLAZO

Estudios de personas con éxito en la pérdida de peso a largo plazo demuestran que: hacen ejercicio de 30 a 60 minutos al día con regularidad, incluyendo algo de levantamiento de pesas; planifican sus comidas, manteniendo un patrón de alimentación consistente entre semana y fines de semana; controlan las calorías, las grasas y el tamaño de las porciones; consumen alimentos bajos en calorías y grasas; desayunan regularmente y controlan su peso. Estudios de personas con éxito en la pérdida de peso a largo plazo demuestran que no ponen excusas.

Por ejemplo, para no hacer ejercicio: falta de tiempo, demasiado cansado para hacer ejercicio, sin compañía o demasiado difícil para mantener una rutina de ejercicios. Quienes han logrado una pérdida de peso a largo plazo no buscan excusas para no hacer dieta, como comer fuera de casa con demasiada frecuencia o el alto coste de la comida dietética y saludable. Estudios realizados en personas con éxito en la

pérdida de peso a largo plazo también demuestran que no utilizan productos de venta libre.^{206,207} Uno de los mejores predictores del éxito en la pérdida de peso es el control de la alimentación y la actividad física. Quienes llevan un diario obtienen buenos resultados.

Las exploraciones cerebrales arrojan luz sobre por qué las personas comen en exceso. El autocontrol es una función de la parte frontal del cerebro, los lóbulos frontales. Las exploraciones cerebrales han demostrado que las personas que logran controlar su apetito y perder peso tienen lóbulos frontales más activos.²⁰⁸ Se nos ha dado el poder de elegir. Con el ejercicio, este poder puede ayudar a controlar el peso. «Elegid hoy a quién sirváis».²⁰⁹

Tiempo de inactividad frente a la televisión: adiós a las papas fritas, adiós a la cola, adiós a la cerveza.²¹⁰ Ver televisión mientras se come aumenta la ingesta de alimentos en un promedio de 228 kcal.²¹¹ Ver televisión, dos o más horas al día, aumenta el riesgo de aumento de peso en un 35%.²¹²

PODER PARA TRIUNFAR

Las tentaciones a la complacencia del apetito poseen un poder que solo puede vencerse con la ayuda que Dios puede impartir. Pero con cada tentación tenemos la promesa de Dios de que habrá una vía de escape. ¿Por qué, entonces, tantos son vencidos por la tentación? Es porque no depositan su confianza en Dios. No se valen de los medios provistos para su seguridad.²¹³

El modelo es Jesucristo. Tras ayunar durante cuarenta días como preparación para el ministerio, dijo: «No solo de pan vivirá el hombre, sino de toda palabra que sale de la boca de Dios».²¹⁴

Uno de los principios que enseñó y vivió fue pensar más allá de uno mismo. Su filosofía, expresada y vivida, fue: «El Hijo del Hombre no vino para ser servido, sino para servir y para dar su vida en rescate por muchos».²¹⁵ Una forma de pensar esto con respecto a la obesidad es que en este mundo debemos ser productores,

no solo consumidores. ¿Será el mundo un lugar mejor por haber vivido en él?

Debemos reconocer y asumir nuestros problemas. Cuando nos vemos en contraste con Jesús, sentimos vergüenza y acudimos a Él en arrepentimiento y confesión. Admitimos que fuimos nosotros mismos quienes lo causamos: que nuestros hábitos y antojos nos han dominado y que, sin su poder para vencerlos, estamos condenados a la obesidad.

Cede a la victoria: Elige la vida. Al verlo como el gran ejemplo de bondad y templanza, le entregamos todo nuestro corazón y elegimos servirle: lo hacemos Señor de nuestra vida. Al elegir servir a Dios, al dejarle las opciones de nuestra voluntad, toda nuestra naturaleza se somete a su poder.

¡Toma la Vida! No podemos excusar por nosotros mismos el pasado que nos ha traído la obesidad ni cambiar nuestros corazones; pero habiéndonos entregado a Dios, creemos que Él, por amor a Cristo, hace todo esto por nosotros. Por fe llegamos a ser de Cristo, y por fe debemos crecer en Él, dando y recibiendo. Lo damos todo: nuestro corazón, nuestra voluntad, nuestro servicio. Nos entregamos a Él para obedecer todos sus requisitos, y recibimos a Cristo en su plenitud, la plenitud de toda bendición, para que more en nuestros corazones, para que sea nuestra fuerza, nuestra justicia, nuestra ayuda eterna; para que nos dé el poder de obedecer y el poder de superar los hábitos y antojos que nos llevan a la obesidad.

Mueran al yo, al apetito y a la inactividad. Cuando llegue el anhelo, mueran a la tentación y elijan el poder de Dios para resistir. El consejo es: «Sométanse, pues, a Dios. Resistan al diablo, y huirá de ustedes». ²¹⁶

Ten un sustituto. Cuando sientas la necesidad de violar tu buen juicio, ten preparada una actividad o plan alternativo. Pídele poder a Dios y, cuando sientas la necesidad de comer, sal a caminar. Cuando sientas la necesidad de picar, bebe agua fresca. Cuando sientas la necesidad

de comer más de lo prudente, come aún menos. Tendrás que idear tu propia solución.

Alternativas con la ayuda de Dios. “Cuando el enemigo venga como un diluvio, el Espíritu del Señor levantará bandera contra él.” ²¹⁷

Aquí hay una promesa valiosa: “No os ha sobrevenido ninguna tentación que no sea humana; pero fiel es Dios, que no os dejará ser tentados más de lo que podéis resistir, sino que dará también juntamente con la tentación la salida, para que podáis soportar.” ²¹⁸

Así encontrarás verdadera satisfacción. Si no estás bien con Dios, «diez mujeres cocerán tu pan en un horno, y te lo devolverán por peso; y comerás, y no te saciarás». ²¹⁹ Por otro lado, «Los mansos comerán y se saciarán; alabarán al Señor los que lo buscan; vivirá tu corazón para siempre». ²²⁰

Una vez que estés en el camino hacia una salud óptima —y lo estarás—, busca a alguien que te ayude; es parte del programa. «Y si extiendes tu alma al hambriento y sacias al alma afligida, entonces en las tinieblas nacerá tu luz, y tu oscuridad será como el mediodía. Jehová te guiará siempre, y en las sequías saciará tu alma, y fortalecerá tus huesos; y serás como huerto de riego, y como manantial de aguas, cuyas aguas nunca faltan». ²²¹ Somos bendecidos al bendecir a otros. Es más bendecido dar que recibir.

EN RESUMEN

La obesidad ha alcanzado su nivel más alto en gran medida porque las personas consumen alimentos con alto contenido calórico mientras realizan poca o ninguna actividad física que queme calorías.

La clave es sustituir los alimentos con alto contenido energético por alimentos vegetales integrales sin refinar, sustituir todas las bebidas por agua y sustituir los hábitos sedentarios por actividad física.

EN UNA PALABRA:

- Planifique sus comidas; consuma porciones moderadas de alimentos vegetales integrales de

bajo valor energético y alto valor nutricional. Mantenga un menú sencillo.

- Coloque toda la comida que va a comer en su plato al comienzo de la comida y lleve un registro escrito de lo que come, etc.

Desayune todos los días y mantenga un horario estricto; si no puede evitar una comida, omita la cena. Ayunar un día a la semana puede ser beneficioso.

- Consuma solo alimentos naturales que no generen adicción ni obstaculicen la toma de decisiones racional. Coma para fortalecerse, no para emborracharse.

- Mastica bien tus alimentos: elige alimentos que requieran masticación.
- Beber abundante agua entre las comidas: 30 minutos antes o 2 horas después.
- Haga ejercicio regularmente: camine al aire libre bajo el sol y el aire fresco, realice alguna actividad física.

ejercicios o actividades de resistencia.

- Dedica tiempo regularmente a dormir lo suficiente.
- Establece un plan para tus debilidades conocidas y con la ayuda de Dios hazlas tuyas.

fortalezas.

Para obtener más ideas sobre cómo incorporar lo que acaba de aprender a su vida diaria, consulte el capítulo titulado “¿Cómo puedo aplicar principios saludables en mi vida diaria?”.

Hill JO. Comprensión y abordaje de la epidemia de obesidad: una perspectiva del balance energético. *Endocr Rev.* Dic. 2006;27(7):750-61.

⁹ Bray GA. La epidemia de obesidad y los cambios en la ingesta alimentaria: la hipótesis del flúor. *Physiol Behav.* Agosto de 2004;82(1):115-21.

¹⁰ Kushner RF. Guías para la práctica clínica: Estudios de caso en prevención de enfermedades y promoción de la salud: Evaluación y manejo de la obesidad en adultos: Manual para médicos. Chicago, Illinois: Asociación Médica Americana; 2003.

¹¹ McGinnis JM, Foegle WH. Causas reales de muerte en Estados Unidos. *JAMA.* 10 de noviembre de 1993;270(18):2207-12.

¹² Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalencia y tendencias de la obesidad en adultos estadounidenses, 1999-2000. *JAMA.* 2002;288:1723-1727.

¹³ Monsivais P, Drewnowski A. El aumento del coste de los alimentos de baja densidad energética. *J Am Diet Assoc.* Diciembre de 2007;107(12):2071-6.

¹⁴ Serdula MK, Mokdad AH, Williamson D, Galuska DA, Mendlein JM, Heath GW. Prevalencia de intentos de pérdida de peso y estrategias para controlarlo. *JAMA.* 1999;282:1353-1358.

¹⁵ Guías clínicas para la identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos: Informe de la evidencia. Institutos Nacionales de la Salud. *Obes Res.* 1998 sep;6 Suppl 2:S15-209S.

¹⁶ Stein CJ, Colditz GA. La epidemia de obesidad. *J Clin Endocrinol Metab.* Junio de 2004;89(6):2522-5.

¹⁷ LAST AR, WILSON SA. Dietas bajas en carbohidratos. *Am Fam Physician* 2006;73:1942-8, 1951.

¹⁸ Mateo 24:37-39 Versión King James de la Santa Biblia.

¹⁹ Kushner RF. Guías para la práctica clínica: Estudios de caso en prevención de enfermedades y promoción de la salud: Evaluación y manejo de la obesidad en adultos: Manual para médicos. Chicago, Illinois: Asociación Médica Americana; 2003.

Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Años de vida perdidos debido a la obesidad. *JAMA.* 8 de enero de 2003;289(2):187-93.

²¹ Wannamethee SG, Shaper AG, Lennon L. Razones para la pérdida de peso intencional, la pérdida de peso no intencional y la mortalidad en hombres mayores. *Arch Intern Med.* 9 de mayo de 2005;165(9):1035-40.

²² Williamson DF, Thompson TJ, Thun M, Flanders D, Pamuk E, Byers T. Pérdida de peso intencional y mortalidad en personas con sobrepeso y diabetes. *Diabetes Care.* Octubre de 2000;23(10):1499-504.

Moore LL, Visioni AJ, Wilson PW, D'Agostino RB, Finkle WD, Ellison RC. ¿Puede la pérdida de peso sostenida en personas con sobrepeso reducir el riesgo de diabetes mellitus? *Epidemiología.* Mayo de 2000;11(3):269-73.

Goldstein DJ. Efectos beneficiosos para la salud de una pérdida de peso moderada. *Int J Obes Relat Metab Disord.* Junio de 1992;16(6):397-415.

²⁵ Wolf AM, Colditz GA. Estimaciones actuales del costo económico de la obesidad en Estados Unidos. *Obes Res.* 1998 Mar;6(2):97-106.

²⁶ Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS. Prevalencia de obesidad, diabetes y factores de riesgo para la salud relacionados con la obesidad, 2001. *JAMA.* 1 de enero de 2003;289(1):76-9.

²⁷ Erlinger S. Cálculos biliares en la obesidad y la pérdida de peso. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* Diciembre de 2000;12(12):1347-52.

²⁸ Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. ¿Está la obesidad asociada con la depresión mayor? Resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición. *Am J Epidemiol.* 15 de diciembre de 2003;158(12):1139-47.

²⁹ Daltro CH, Fontes FH, Santos-Jesus R, Gregorio PB, Araújo LM. Síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS): asociación con la obesidad, el género y la edad. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* Febrero de 2006;50(1):74-81.

³⁰ Luder E, Ehrlich RI, Lou WY, Melnik TA, Kattan M. Índice de masa corporal y riesgo de asma en adultos. *Respir Med.* Enero de 2004;98(1):29-37.

³¹ Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Metaanálisis: obesidad y riesgo de enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. *Ann Intern Med.* 2 de agosto de 2005;143(3):199-211.

³² Samama MM. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo de trombosis venosa profunda en pacientes ambulatorios: el estudio Sirius. *Arch Intern Med.* 11-25 de diciembre de 2000;160(22):3415-20.

³³ Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Boshuizen HC, Woodward M, Knekt P, van Dam RM, Hu FB, Visscher TL, Menotti A, Thorpe RJ Jr, Jamrozik K, Calling S, Strand BH, Shipley MJ; para los investigadores de la Colaboración BMI-CHD. Asociación del sobrepeso con un mayor riesgo de enfermedad coronaria, parcialmente independiente de la presión arterial y los niveles de colesterol: un metaanálisis de 21 estudios de cohorte que incluyeron a más de 300 000 personas. *Arch Intern Med.* 10 de septiembre de 2007;167(16):1720-8.

³⁴ Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Curhan G. Obesidad, cambios de peso, hipertensión, uso de diuréticos y riesgo de gota en hombres: estudio de seguimiento de profesionales de la salud. *Arch Intern Med.* 11 de abril de 2005;165(7):742-8. ³⁵ Grodstein F, Goldman MB, Cramer DW. Índice de masa corporal e infertilidad ovulatoria. *Epidemiología.* Marzo de 1994;5(2):247-50.

³⁶ Hammoud AO, Wilde N, Gibson M, Parks A, Carrell DT, Meikle AW. Obesidad masculina y alteración de los parámetros espermáticos. *Fertil Steril.* Publicación electrónica, 4 de enero de 2008.

³⁷ Masho SW, Adera T, South-Paul J. La obesidad como factor de riesgo para el síndrome premenstrual. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* Marzo de 2005;26(1):33-9.

³⁸ Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Sarti C, Männistö S, Jousilahti P. Índice de masa corporal, perímetro de cintura e índice cintura-cadera en el riesgo de ictus total y específico. *Arch Intern Med.* 9 de julio de 2007;167(13):1420-7.

¹ Erlanson-Albertsson C, Zetterström R. La epidemia mundial de obesidad: el consumo de refrigerios y la obesidad podrían comenzar con comidas gratuitas durante la alimentación infantil. *Acta Paediatr.* Noviembre de 2005;94(11):1523-31. ² <http://www.cdc.gov/nchs/data/has/has06.pdf#073>

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicción de la obesidad en la adultez joven a partir de la obesidad infantil y parental. *N Engl J Med.* 25 de septiembre de 1997;337(13):869-73.

⁴ Hannon TS, Rao G, Arslanian SA. Obesidad infantil y diabetes mellitus tipo 2. *Pediatría.* Agosto de 2005;116(2):473-80.

⁵ Edmunds L, Waters E, Elliott EJ. *Pediatría basada en la evidencia: Manejo de la obesidad infantil* basado en la evidencia. *BMJ.* 20 de octubre de 2001;323(7318):916-9.

⁶ Lee JM, Appugliese D, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH, Lumeng JC. Estado de peso en niñas y el inicio de la pubertad. *Pediatría.* Octubre de 2007;120(4):924-5.

⁷ German AJ. El creciente problema de la obesidad en perros y gatos. *J Nutr.* 2006 Jul;136(7 Suppl):1940S-1946S.

- 39 Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Sarti C, Männistö S, Jousilahti P. Índice de masa corporal, perímetro de cintura e índice cintura-cadera en el riesgo de ictus total y específico. *Arch Intern Med.* 9 de julio de 2007;167(13):1420-7.
- Lawrence JM, Lukacz ES, Liu IL, Nager CW, Lubner KM. Trastornos del suelo pélvico, diabetes y obesidad en mujeres: hallazgos del Estudio Epidemiológico de Riesgo Asociado a la Continencia de Kaiser Permanente. *Diabetes Care.* Octubre de 2007;30(10):2536-41. Publicación electrónica: 9 de julio de 2007 ·
- 41 Ioannou GN, Weiss NS, Boyko EJ, Kowdley KV, Kahn SE, Carithers RL, Tsai EC, Dominitz JA. ¿Se asocia la obesidad central con la muerte o la hospitalización por cirrosis? Un estudio de cohorte poblacional. *Clin Gastroenterol Hepatol.* Enero de 2005;3(1):67-74.
- 42 Hensrud DD. Tratamiento dietético y pérdida y mantenimiento del peso a largo plazo en la diabetes tipo 2. *Obes Res.* 2001 Nov;9 Suppl 4:348S-353S.
- 43 Mobley CC. Intervenciones en el estilo de vida para la diabetes: el estado de la ciencia. *Compend Contin Educ Dent.* Marzo de 2004;25(3):207-18, 211-2, 214-8.
- Narayan KM, Boyle JP, Thompson TJ, Gregg EW, Williamson DF. Efecto del IMC en el riesgo de diabetes a lo largo de la vida en la atención de la diabetes en EE. UU. 2007 Junio;30(6):1562-6.
- 45 Mori Y, Hoshino K, Yokota K, Itoh Y, Tajima N. Diferencias en la patología del síndrome metabólico con o sin acumulación de grasa visceral: un estudio en hombres japoneses prediabéticos de mediana edad. *Endocrine.* Febrero de 2006;29(1):149-53.
- 46 Björntorp P. -a: Shafir E, Raz I (2003) Para debate. Diabetes: ¿mellitus o lipídica? *Diabetología* 46: 433-440. Comentario en: *Diabetología.* Marzo de 2003; 46(3): 433-40. *Diabetología.* 2003 noviembre;46(11):1586-7; respuesta del autor 1587.
- 47 Chen J, Tian ZQ, Zhang WG, Chen JH, Yan ZC, Ni XY, Zhong J, Jin J, Zhao ZG, Mu H, Zhu ZM. Relación entre el tejido adiposo visceral y la prevalencia del síndrome metabólico (EM) en pacientes con EM, hipertensión y/o diabetes. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 15 de agosto de 2006;86(30):2110-3.
- 48 Després JP, Pascot A, Lemieux I. Factores de riesgo asociados a la obesidad: una perspectiva metabólica. *Ann Endocrinol (París).* Diciembre de 2000;61 Suppl 6:31-38.
- 49 Donegan WL, Johnstone MF, Biedrzycki L. Obesidad, producción de estrógenos y receptores tumorales de estrógenos en mujeres con carcinoma de mama. *Am J Clin Oncol.* Febrero de 1983;6(1):19-24.
- 50 Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Incidencia y mortalidad por cáncer en relación con el índice de masa corporal en el Estudio del Millón de Mujeres: estudio de cohorte. *BMJ* 2007;335:1134-1139.
- 51 Yang G, Shu XO, Gao YT, Zhang X, Li H, Zheng W. Impacto del cambio de peso en la prehipertensión en mujeres de mediana edad y mayores. *Int J Obes (Londres).* Diciembre de 2007;31(12):1818-25.
- Hays NP, Bathalon GP, Roubenoff R, Lipman R, Roberts SB. Asociación de la conducta alimentaria con el riesgo de morbilidad en mujeres mayores. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* Febrero de 2002;57(2):M128-33.
- 53 Rodacki AL, Fowler NE, Provensi CL, Rodacki Cde L, Dezan VH. La masa corporal como factor en el cambio de estatura. *Clin Biomech (Bristol, Avon).* Octubre de 2005;20(8):799-805.
- 54 Ghroubi S, Elleuch H, Guermazi M, Kaffel N, Feki H, Abid M, Baklouti S, Elleuch MH. Obesidad abdominal y artrosis de rodilla. *Ann Readapt Med Phys.* 2007 noviembre;50(8):661-666.
- 55 Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS. Prevalencia de obesidad, diabetes y factores de riesgo para la salud relacionados con la obesidad, 2001. *JAMA.* 1 de enero de 2003;289(1):76-9.
- 56 García Hidalgo L. Complicaciones dermatológicas de la obesidad. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3(7):497-506.
- 57 Yospovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesidad y piel: fisiología cutánea y manifestaciones cutáneas de la obesidad. *J Am Acad Dermatol.* Junio de 2007;56(6):901-16.
- 58 Pasinetti GM, Zhao Z, Qin W, Ho L, Shrishailam Y, Macgregor D, Ressmann W, Humala N, Liu X, Romero C, Stetka B, Chen L, Ksiezak-Reding H, Wang J. Ingesta calórica y enfermedad de Alzheimer. Enfoques experimentales e implicaciones terapéuticas. *Interdiscip Top Gerontol.* 2007;35:159-75.
- 59 Chikunguwo S, Brethauer S, Nirujogi V, Pitt T, Udomsawaengsup S, Chand B, Schauer P. Influencia de la obesidad y la pérdida de peso quirúrgica en los niveles de hormona tiroidea. *Surg Obes Relat Dis.* 2007 Nov-Dic;3(6):631-5. 60 Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, Ichikawa L, Rohde P, Finch EA, Jeffery RW. Asociación entre obesidad y depresión en mujeres de mediana edad. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008 Ene-Feb;30(1):32-9. 61 Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. ¿Está la obesidad asociada con la depresión mayor? Resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición. *Am J Epidemiol.* 15 de diciembre de 2003;158(12):1139-47.
- 62 Sarlio-Lähteenkorva S, Lahti E. Asociación del índice de masa corporal con la desventaja socioeconómica en mujeres y hombres. *Int J Epidemiol.* Junio de 1999;28(3):445-9.
- 63 Tsai SP, Ahmed F, Wendt JK, Bhojani F, Donnelly RP. El impacto de la obesidad en el ausentismo laboral por enfermedad y la productividad en una población de trabajadores de la industria petroquímica. *Ann Epidemiol.* Enero de 2008;18(1):8-14.
- 64 Alley DE, Chang VW. La relación cambiante entre la obesidad y la discapacidad, 1988-2004. *JAMA.* 7 de noviembre de 2007;298(17):2020-7.
- los cambios fisiológicos y de rendimiento con la pérdida de peso en hombres. *Med Sci Sports Exerc.* Septiembre de 1999;31(9):1320-9.
- 66 Hinton PS, Rector RS, Thomas RW. El ejercicio aeróbico con carga de peso aumenta los marcadores de formación ósea durante la pérdida de peso a corto plazo en hombres y mujeres con sobrepeso y obesidad. *Metabolismo.* Diciembre de 2006;55(12):1616-8.
- 67 Kraemer WJ, Volek JS, Clark KL, Gordon SE, Incledon T, Puhl SM, Triplett-McBride NT, McBride JM, Putkian M, Sebastianelli WJ. Adaptaciones fisiológicas a un régimen dietético y programas de ejercicio para la pérdida de peso en mujeres. *J Appl Physiol.* Julio de 1997;83(1):270-9.
- 68 Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Ver televisión y otras conductas sedentarias en relación con el riesgo de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en mujeres. *JAMA.* 9 de abril de 2003;289(14):1785-91.
- 69 Nixon, GM; Thompson, JMD; Han, DY; Becroft, DM; Clark, PM; Robinson, E; Waldie, KE; Wild, CJ; Black, PN; Mitchell, EA. Sueño de corta duración en la infancia media: factores de riesgo y consecuencias. *SLEEP* 2008;31(1):71-78.
- 70 Zatońska K, Basiak-Rasata A, Poltyn-Zaradna K, Kinastowski K, Szuba A. Duración del sueño y hora de acostarse en el estudio de cohorte PURE de Polonia y su vínculo con las enfermedades no transmisibles. *Int J Environ Res Public Health.* 30 de diciembre de 2021;19(1):403.
- 71 Hofbauer KG. Vías moleculares de la obesidad. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002 Sep;26 Suppl 2:S18-27.
- Larsen JJ, Dela F, Kjaer M, Galbo H. Efecto del ejercicio moderado en la homeostasis de la glucosa posprandial en pacientes con diabetes mellitus no inducida por el ejercicio (NIDDM). *Diabetologia.* Abril de 1997;40(4):447-53 ·
- 73 Eclesiastés 10:17. Versión King James de la Santa Biblia.
- 74 Gappmaier E, Lake W, Nelson AG, Fisher AG. Ejercicio aeróbico en el agua versus caminar en tierra: efectos sobre los índices de reducción de grasa y pérdida de peso en mujeres obesas. *J Sports Med Phys Fitness.* Diciembre de 2006;46(4):564-9.
- 75 Jakicic JM, Winters C, Lang W, Wing RR. Efectos del ejercicio intermitente y el uso de aparatos de ejercicio en casa sobre la adherencia, la pérdida de peso y la condición física en mujeres con sobrepeso: un ensayo aleatorizado. *JAMA.* 27 de octubre de 1999;282(16):1554-60.
- 76 Ruegamer JJ, Squires RW, Marsh HM, Haymond MW, Cryer PE, Rizza RA, Miles JM. Diferencias entre la respuesta glucémica al ejercicio antes del desayuno y al final de la tarde en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (IDDM). *Diabetes Care.* Febrero de 1990;13(2):104-10.
- 77 Davis JM, Sargent RG, Brayboy TD, Bartoli WP. Efectos termogénicos del ejercicio preprandial y posprandial en mujeres obesas. *Addict Behav.* 1992;17(2):185-90.
- Larsen JJ, Dela F, Madsbad S, Galbo H. Efecto del ejercicio intenso sobre la homeostasis de la glucosa posprandial en pacientes con diabetes tipo II. *Diabetologia.* Noviembre de 1999;42(11):1282-92 ·
- 79 Schmidt WD, Biwer CJ, Kalscheuer LK. Efectos del ejercicio en sesiones largas frente a sesiones cortas sobre la condición física y la pérdida de peso en mujeres con sobrepeso. *J Am Coll Nutr.* Octubre de 2001;20(5):494-501.
- 80 Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Ver televisión y otras conductas sedentarias en relación con el riesgo de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en mujeres. *JAMA.* 9 de abril de 2003;289(14):1785-91.
- 81 Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Kahn HS, Byers T. Actividad física recreativa y cambio de peso a diez años en una cohorte nacional estadounidense. *Int J Obes Relat Metab Disord.* Mayo de 1993;17(5):279-86.
- Agosto de 2001;7(4):219-23.
- 83 Messier SP, Loeser RF, Miller GD, Morgan TM, Rejeski WJ, Sevick MA, Ettinger WH Jr, Pahor M, Williamson JD. Pérdida de peso mediante ejercicio y dieta en adultos mayores con sobrepeso y obesidad y osteoartritis de rodilla: Ensayo de Promoción de Artritis, Dieta y Actividad. *Arthritis Rheum.* Mayo de 2004;50(5):1501-10.
- 84 Messier SP, Loeser RF, Mitchell MN, Valle G, Morgan TP, Rejeski WJ, Ettinger WH. Ejercicio y pérdida de peso en adultos mayores obesos con osteoartritis de rodilla: un estudio preliminar. *J Am Geriatr Soc.* Septiembre de 2000;48(9):1062-72.
- Christensen R, Astrup A, Bliddal H. Pérdida de peso: ¿el tratamiento de elección para la osteoartritis de rodilla? Un ensayo aleatorizado. *Osteoarthritis Cartilage.* Enero de 2005;13(1):20-7 ·
- 86 Ryan AS, Nicklas BJ, Berman DM. El ejercicio aeróbico es necesario para mejorar la utilización de la glucosa con pérdida de peso moderada en mujeres. *Obesity (Silver Spring).* Junio de 2006;14(6):1064-72.
- 87 Scanga CB, Verde TJ, Paolone AM, Andersen RE, Wadden TA. Efectos de la pérdida de peso y el entrenamiento físico sobre la actividad de las células asesinas naturales en mujeres obesas. *Med Sci Sports Exerc.* Diciembre de 1998;30(12):1666-71.
- Kiernan M, King AC, Stefanick ML, Killen JD. Los hombres obtienen beneficios psicológicos adicionales al añadir ejercicio a un programa de pérdida de peso. *Obes Res.* Dic. 2001;9(12):770-7 ·
- 89 Pendleton VR, Goodrick GK, Poston WS, Reeves RS, Foreyt JP. El ejercicio potencia los efectos de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los atracones. *Int J Eat Disord.* Marzo de 2002;31(2):172-84.
- 90 Sopko G, Leon AS, Jacobs DR Jr, Foster N, Moy J, Kuba K, Anderson JT, Casal D, McNally C, Frantz I. Efectos del ejercicio y la pérdida de peso sobre los lípidos plasmáticos en hombres jóvenes obesos. *Metabolismo.* Marzo de 1985;34(3):227-36.
- 91 Wadden TA, Vogt RA, Foster GD, Anderson DA. Ejercicio y mantenimiento de la pérdida de peso: Seguimiento de un año de un ensayo clínico controlado. *J Consult Clin Psychol.* 1998 Abr;66(2):429-33.
- MJ , Grantham JR, Balasekaran G. La pérdida de peso inducida por el ejercicio reduce preferentemente la grasa abdominal. *Med Sci Sports Exerc.* Febrero de 2003;35(2):207-13.
- You T, Murphy KM, Lyles MF, Demons JL, Lenchik L, Nicklas BJ. Añadir ejercicio aeróbico a la dieta para bajar de peso reduce preferentemente el tamaño de los adipocitos abdominales. *Int J Obes (Londres).* Agosto de 2006;30(8):1211-6 ·
- 94 Blair SN. Evidencia del éxito del ejercicio en la pérdida y el control del peso. *Ann Intern Med.* 1 de octubre de 1993;119(7 Pt 2):702-6.
- Georgiades A, Sherwood A, Gullette EC, Babayak MA, Hinderliter A, Waugh R, Tweedy D, Craighead L, Bloomer R, Blumenthal JA. Efectos del ejercicio y la pérdida de peso en las respuestas cardiovasculares inducidas por estrés mental en personas con hipertensión arterial. *Hipertensión.* Agosto de 2000;36(2):171-6.

- 96 Watkins LL, Sherwood A, Feinglos M, Hinderliter A, Babyak M, Gullette E, Waugh R, Blumenthal JA. Efectos del ejercicio y la pérdida de peso sobre los factores de riesgo cardíaco asociados con el síndrome X. *Arch Intern Med*. 8 de septiembre de 2003;163(16):1889-95.
- Weintraub MS, Rosen Y, Otto R, Eisenberg S, Breslow JL. El acondicionamiento físico sin pérdida de peso reduce los niveles de lipoproteínas ricas en triglicéridos en ayunas y posprandiales. *Circulation*. Mayo de 1989;79(5):1007-14.
- 98 Dengel DR, Hagberg JM, Pratley RE, Rogus EM, Goldberg AP. Mejoras en la presión arterial, el metabolismo de la glucosa y los lípidos lipoproteicos tras el ejercicio aeróbico y la pérdida de peso en hombres de mediana edad obesos e hipertensos. *Metabolismo*. Septiembre de 1998;47(9):1075-82.
- 99 Rector RS, Warner SO, Liu Y, Hinton PS, Sun GY, Cox RH, Stump CS, Laughlin MH, Dellsperger KC, Thomas TR. La pérdida de peso inducida por ejercicio y dieta mejora las medidas de estrés oxidativo y sensibilidad a la insulina en adultos con características del síndrome metabólico. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. Agosto de 2007;293(2):E500-6.
- 100 Wilund KR, Feeney LA, Tomayko EJ, Chung HR, Kim K. El entrenamiento de resistencia reduce el desarrollo de cálculos biliares en ratones. *J Appl Physiol*. Publicación electrónica, 10 de enero de 2008.
- 101 Sui X, LaMonte MJ, Laditka JN, Hardin JW, Chase N, Hooker SP, Blair SN. Aptitud cardiorrespiratoria y adiposidad como predictores de mortalidad en adultos mayores. *JAMA*. 5 de diciembre de 2007;298(21):2507-16.
- 102 Bjursell M, Gerdin AK, Lelliott CJ, Egencioglu E, Elmgren A, Törnelli J, Oscarsson J, Bohlooly-Y M. La actividad locomotora agudamente reducida contribuye significativamente a la obesidad inducida por la dieta occidental en ratones. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. Febrero de 2008;294(2):E251-60.
- Newby PK, Tucker KL, Wolk A. Riesgo de sobrepeso y obesidad en mujeres semivegetarianas, lactovegetarianas y veganas. *Am J Clin Nutr*. Junio de 2005;81(6):1267-74.
- Smith CF, Burke LE, Wing RR. Dietas vegetarianas y para la pérdida de peso en adultos jóvenes. *Obes Res*. Marzo de 2000;8(2):123-9.
- 105 Swithers SE, Davidson TL. El papel del sabor dulce: Relaciones predictivas de calorías en la regulación energética de ratas. *Behav Neurosci*. Febrero de 2008;122(1):161-73.
- 106 Lavin JH, French SJ, Read NW. El efecto de las bebidas endulzadas con sacarosa y aspartamo en la ingesta energética, el hambre y la elección de alimentos en mujeres con hábitos alimentarios moderadamente restringidos. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Enero de 1997;21(1):37-42.
- 107 Yeung KS, McKeown-Eyssen GE, Li GF, Glazer E, Hay K, Child P, Gurgin V, Zhu SL, Baptista J, Aloe M, Mee D, Jazmaji V, Austin DF, Li CC, Bruce WR. Comparaciones de la dieta y las características bioquímicas de las heces y la orina entre poblaciones chinas con tasas bajas y altas de cáncer colorrectal. *J Natl Cancer Inst*. 2 de enero de 1991;83(1):46-50.
- 108 Fitzwater SL, Weinsier RL, Wooldridge NH, Birch R, Liu C, Bartolucci AA. Evaluación de los cambios de peso a largo plazo tras un programa multidisciplinario de control de peso. *J Am Diet Assoc*. 1991 Abr;91(4):421-6, 429.
- 109 Anton SD, Morrison CD, Cefalu WT, Martin CK, Coulon S, Geiselman P, Han H, White CL, Williamson DA. Efectos del picolínato de cromo en la ingesta de alimentos y la saciedad. *Diabetes Technol Ther*. 2008 Oct;10(5):405-12.
- 110 Turner-McGrievy GM, Barnard ND, Scialli AR. Un ensayo aleatorizado de pérdida de peso de dos años que compara una dieta vegana con una dieta baja en grasas más moderada. *Obesity (Silver Spring)*. Septiembre de 2007;15(9):2276-81.
- 111 Stamler J, Dolecek TA. Relación entre la ingesta de alimentos y nutrientes y la masa corporal en los grupos de intervención especial y atención habitual en el Ensayo de Intervención de Factores de Riesgo Múltiples. *Am J Clin Nutr*. Enero de 1997;65(1 Suppl):366S-373S.
- Yao M, Roberts SB. Densidad energética dietética y regulación del peso. *Nutr Rev*. Agosto de 2001;59(8 Pt 1):247-58.
- Ledikwe JH, Blanck HM, Khan LK, Serdula MK, Seymour J, Tohill BC, Rolls BJ. La densidad energética de la dieta se asocia con la ingesta energética y el peso en adultos estadounidenses 1-4. *Am J Clin Nutr*. 2006;83:1362-8.
- 114 Duncan KH, Bacon JA, Weinsier RL. Efectos de las dietas de alta y baja densidad energética en la saciedad, la ingesta energética y el tiempo de alimentación en sujetos obesos y no obesos. *Am J Clin Nutr*. Mayo de 1983;37(5):763-7.
- 115 Linde JA, Utter J, Jeffery RW, Sherwood NE, Pronk NP, Boyle RG. Ingesta específica de alimentos, ingesta de grasas y fibra, y correlaciones conductuales del IMC en miembros con sobrepeso y obesidad de una organización de atención médica gestionada. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 26 de noviembre de 2006;3:42.
- 116 Rolls BJ, Eilo-Martin JA, Tohill BC. ¿Qué nos pueden decir los estudios de intervención sobre la relación entre el consumo de frutas y verduras y el control del peso? *Nutr Rev*. 2004 Ene;62(1):1-17.
- Bell EA, Rolls BJ. La densidad energética de los alimentos afecta la ingesta energética en diferentes niveles de contenido graso en mujeres delgadas y obesas. *Am J Clin Nutr*. Junio de 2001;73(6):1010-8.
- Bell EA, Castellanos VH, Pelkman CL, Thorwart ML, Rolls BJ. La densidad energética de los alimentos afecta la ingesta energética en mujeres con peso normal. *Am J Clin Nutr*. Marzo de 1998;67(3):412-20.
- 119 Wang GJ, Tomasi D, Backus W, Wang R, Telang F, Geliebter A, Korner J, Bauman A, Fowler JS, Thanos PK, Volkow ND. La distensión gástrica activa el circuito de saciedad en el cerebro humano. *Neuroimage*. 15 de febrero de 2008;39(4):1824-31.
- 120 www.cdc.gov/nccddp/dnpa
- Haber GB, Heaton KW, Murphy D, Burroughs LF. Depleción y alteración de la fibra dietética. Efectos sobre la saciedad, la glucosa plasmática y la insulina sérica. *The Lancet*. 1 de octubre de 1977;2(8040):679-82.
- Bolton RP, Heaton KW, Burroughs LF. El papel de la fibra dietética en la saciedad, la glucosa y la insulina: estudios con fruta y zumo de fruta. *Am J Clin Nutr*. Febrero de 1981;34(2):211-7.
- He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. La ingesta de sal se relaciona con el consumo de refrescos en niños y adolescentes: ¿un vínculo con la obesidad? *Hipertensión*. Marzo de 2008;51(3):629-34.
- 124 www.cdc.gov/nccddp/dnpa
- 125 McCarty CA, McCarty DJ, Wetter AC. Las calorías de las recetas de postres de periódico se asocian con las tasas de obesidad en la comunidad. *WMJ*. Abril de 2007;106(2):68-70.
- 126 Ruddock WD, Kolk SJ, Northey AJ. Cintura en vacaciones. Espacio para el postre: una anatomía ampliada del estómago. *CMAJ*. 5 de diciembre de 2006;175(12):1567-8.
- 127 Herman CP, Olmsted MP, Polivy J. Obesidad, externalidad y susceptibilidad a la influencia social: un análisis integrado. *J Pers Soc Psychol*. Octubre de 1983;45(4):926-34.
- 128 Bes-Rastrollo M, Sabaté J, Gómez-Gracia E, Alonso A, Martínez JA, Martínez-González MA. Consumo de frutos secos y aumento de peso en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. *Obesidad (Silver Spring)*. 2007 enero; 15 (1): 107-16.
- 129 Jiang R, Manson JE, Stampfer MJ, Liu S, Willett WC, Hu FB. Consumo de frutos secos y mantequilla de cacahuete y riesgo de diabetes tipo 2 en mujeres. *JAMA*. 27 de noviembre de 2002;288(20):2554-60.
- 130 Howarth NC, Saltzman E, Roberts SB. Fibra dietética y regulación del peso. *Nutr Rev*. Mayo de 2001;59(5):129-39.
- 131 Liu S, Willett WC, Manson JE, Hu FB, Rosner B, Colditz G. Relación entre los cambios en la ingesta de fibra dietética y productos de granos y los cambios en el peso y el desarrollo de obesidad entre mujeres de mediana edad. 2: *Am J Clin Nutr*. 2003 Nov;78(5):920-7.
- Ullrich JH, Albrink MJ. El efecto de la fibra dietética y otros factores en la respuesta a la insulina: su papel en la obesidad. *J Environ Pathol Toxicol Oncol*. Julio de 1985;5(6):137-55.
- 133 Aller R, de Luis DA, Izaola O, La Calle F, del Olmo L, Fernández L, Arranz T, Hernández JM. Efecto de la ingesta de fibra soluble en los niveles de lípidos y glucosa en sujetos sanos: un ensayo clínico aleatorizado. *Diabetes Res Clin Pract*. Julio de 2004;65(1):7-11.
- 134 Trallero Casañas R. Fibra en el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades. *Nutr Hosp*. 2002 Feb;17 Suppl 1:17-22.
- 135 Quade F, Vrist E, Astrup A. La fibra dietética agregada a una dieta muy baja en calorías reduce el hambre y alivia el estreñimiento. *Ugeskr Laeger*. 8 de enero de 1990; 152 (2): 95-8.
- 136 Burton P, Lightowler HJ. El impacto de la congelación y el tostado en la respuesta glucémica del pan blanco. *Eur J Clin Nutr*. Publicación electrónica, 4 de abril de 2007.
- 137 Sakata T, Yoshimatsu H, Masaki T, Tsuda K. Acciones antiobesidad de la masticación impulsadas por neuronas de histamina en ratas. *Exp Biol Med* 228:1106-1110, 2003.
- Smeets AJ, Westertep-Plantenga MS. Exposición oral y saciedad sensorial específica. *Physiol Behav*. 30 de septiembre de 2006;89(2):281-6.
- 139 Hermanussen M, García AP, Sunder M, Voigt M, Salazar V, Tresguerras JA. Obesidad, voracidad y baja estatura: el impacto del glutamato en la regulación del apetito. *Eur J Clin Nutr*. Enero de 2006;60(1):25-31.
- 140 He K, Zhao L, Daviglus ML, Dyer AR, Van Horn L, Garside D, Zhu L, Guo D, Wu Y, Zhou B, Stamler J; Grupo de Investigación Cooperativa INTERMAP. Asociación de la ingesta de glutamato monosódico con el sobrepeso en adultos chinos: el estudio INTERMAP. *Obesidad (Silver Spring)*. Agosto de 2008;16(8):1875-80.
- 141 Hirata AE, Andrade IS, Vaskevicius P, Dolnikoff MS. Ratitas obesas por glutamato monosódico (GMS) desarrollan intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina a la captación periférica de glucosa. *Braz J Med Biol Res*. Mayo de 1997;30(5):671-4.
- 142 Bray GA, Nielsen SJ, Popkin BM. El consumo de jarabe de maíz de alta fructosa en bebidas podría contribuir a la epidemia de obesidad. *Am J Clin Nutr*. Abr. 2004;79(4):537-43.
- 143 Noguchi T, Tanaka T. Resistencia a la insulina en la obesidad y su control molecular. *Obes Res*. 1995 Sep;3 Suppl 2:195S-198S.
- 144 Basciano H, Federico L, Adeli K. Fructosa, resistencia a la insulina y dislipidemia metabólica. *Nutr Metab (Londres)*. 21 de febrero de 2005; 2 (1): 5.
- 145 Rayssiguier Y, Gueux E, Nowacki W, Rock E, Mazur A. El consumo elevado de fructosa combinado con una baja ingesta de magnesio en la dieta puede aumentar la incidencia del síndrome metabólico al inducir inflamación. *Magnes Res*. 2006 Dic;19(4):237-43.
- Gaby AR. Efectos adversos de la fructosa dietética. *Altern Med Rev*. Diciembre de 2005;10(4):294-306.
- 147 Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Consumo de bebidas azucaradas y aumento de peso: una revisión sistemática. *Am J Clin Nutr*. Agosto de 2006;84(2):274-88.
- 148 Harrington S. El papel del consumo de bebidas azucaradas en la obesidad adolescente: una revisión de la literatura. *J Sch Nurs*. Febrero de 2008;24(1):3-12.
- 149 Stookey JD, Barclay D, Arief A, Popkin BM. La distribución alterada de líquidos en la obesidad puede reflejar hipertonicidad plasmática. *Eur J Clin Nutr*. Febrero de 2007;61(2):190-9.
- 150 He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. El consumo de sal se relaciona con el consumo de refrescos en niños y adolescentes: ¿un vínculo con la obesidad? *Hipertensión*. Marzo de 2008;51(3):629-34.
- 151 Stookey JD. Otra mirada a: combustible + O₂ --> CO₂ + H₂O. Desarrollo de una perspectiva orientada al agua. *Med Hypotheses*. Abril de 1999;52(4):285-90.
- 152 Wolf A, Bray GA, Popkin BM. Breve historia de las bebidas y cómo nuestro cuerpo las procesa. *Obes Rev*. Marzo de 2008;9(2):151-64.
- 153 Van Walleghen EL, Orr JS, Gentile CL, Davy BM. El consumo de agua antes de las comidas reduce la ingesta energética en sujetos mayores, pero no en los más jóvenes. *Obesity (Silver Spring)*. Enero de 2007;15(1):93-9.
- 154 Bertéus Forslund H, Torgerson JS, Sjöström L, Lindroos AK. Frecuencia de consumo de snacks en relación con la ingesta energética y la elección de alimentos en hombres y mujeres obesos, en comparación con una población de referencia. *Int J Obes (Londres)*. Junio de 2005;29(6):711-9.

- 155 Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Toledo E, de Irala-Estévez J, Martínez JA. Papel relativo de la inactividad física y el picoteo entre comidas en el aumento de peso. *Med Clin (Barc)*. 15 de junio de 2002;119(2):46-52.
- 156 Crystal SR, Teff KL. Degustación de grasa: respuestas hormonales en la fase cefálica e ingesta de alimentos en personas con y sin restricción de la alimentación. *Physiol Behav*. 30 de septiembre de 2006;89(2):213-20.
- 157 Erlanson-Albertsson C. Cómo la comida palatable altera la regulación del apetito. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. Agosto de 2005;97(2):61-73.
- 158 Erlanson-Albertsson C. Regulación del apetito y balance energético. *Acta Paediatr Suppl*. 2005 Jun;94(448):40-1.
- 159 Astrup A, Grunwald GK, Melanson EL, Saris WH, Hill JO. El papel de las dietas bajas en grasas en el control del peso corporal: un metaanálisis de estudios de intervención dietética ad libitum. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Diciembre de 2000;24(12):1545-52.
- 160 Bray GA, Popkin BM. ¡La ingesta de grasas en la dieta sí afecta la obesidad! *Am J Clin Nutr*. Diciembre de 1998;68(6):1157-73.
- 161 Mark A, Pereira, Alex I. Kartashov, Hospital Infantil de Boston, Boston, MA; Linda Van Horn. Hábitos de desayuno reportados e incidencia de obesidad y síndrome de resistencia a la insulina en adultos jóvenes de raza negra y blanca: Programa de estudio CARDIA y resúmenes de la 43.ª Conferencia Anual sobre Epidemiología y Prevención de Enfermedades Cardiovasculares: en colaboración con el Consejo de Nutrición, Actividad Física y Metabolismo, *Circulation* 2003;107:e7001-e7039. N.º 35.
- 162 Appleby PN, Thorogood M, Mann JI, Key TJ. Índice de masa corporal bajo en personas que no consumen carne: el posible papel de la grasa animal, la fibra dietética y el alcohol. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Mayo de 1998;22(5):454-60.
- 163 Linde JA, Utter J, Jeffery RW, Sherwood NE, Pronk NP, Boyle RG. Ingesta específica de alimentos, ingesta de grasas y fibra, y correlaciones conductuales del IMC en miembros con sobrepeso y obesidad de una organización de atención médica gestionada. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 26 de noviembre de 2006;3:42.
- 164 Nicklas TA, Yang SJ, Baranowski T, Zakeri I, Berenson G. Patrones de alimentación y obesidad infantil. Estudio del Corazón de Bogalusa. *Am J Prev Med*. Julio de 2003;25(1):9-16.
- 165 Drewnowski A, Krahn DD, Demitrack MA, Nairn K, Gosnell BA. Respuestas gustativas y preferencias por alimentos dulces ricos en grasas: evidencia de la participación de opioides. *Physiol Behav*. Febrero de 1992;51(2):371-9.
- 166 Avena NM. Examen de las propiedades adictivas de los atracones mediante un modelo animal de dependencia del azúcar. *Exp Clin Psychopharmacol*. Octubre de 2007;15(5):481-91.
- 167 Cita: Lenoir M, Serre F, Cantin L, Ahmed SH (2007) La dulzura intensa supera la recompensa de la cocaína. *MÁS UNO* 2(8): e698. doi:10.1371/journal.pone.0000698.
- 168 Heller RF, Heller RF. Obesidad hiperinsulinémica y adicción a los carbohidratos: el eslabón perdido es el factor de frecuencia de carbohidratos. *Med Hypotheses*. Mayo de 1994;42(5):307-12.
- 169 Kamiński S, Cieslińska A, Kostyra E. Polimorfismo de la beta-caseína bovina y su posible efecto en la salud humana. *J Appl Genet*. 2007;48(3):189-98.
- 170 Risérus U, Ingelsson E. Consumo de alcohol, resistencia a la insulina y obesidad abdominal en hombres mayores. *Obesity (Silver Spring)*. Julio de 2007;15(7):1766-73.
- 171 Sung KC, Kim SH, Reaven GM. Relación entre el alcohol, el peso corporal y los factores de riesgo cardiovascular en 27.030 hombres coreanos. *Diabetes Care*. Octubre de 2007;30(10):2690-4.
- 172 Herman CP, Roth DA, Polivy J. Efectos de la presencia de otros en la ingesta de alimentos: una interpretación normativa. *Psychol Bull*. Noviembre de 2003;129(6):873-86.
- Johnson WG, Corrigan SA, Lemmon CR, Bergeron KB, Crusco AH. Regulación energética durante el ciclo menstrual. *Physiol Behav*. Septiembre de 1994;56(3):523-7.
- Nielsen SJ, Popkin BM. Patrones y tendencias en el tamaño de las porciones de alimentos, 1977-1998. *JAMA*. 22-29 de enero de 2003;289(4):450-3.
- Eilo -Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ. Influencia del tamaño de la porción de alimentos y la densidad energética en la ingesta energética: implicaciones para el control de peso. *Am J Clin Nutr*. Julio de 2005;82(1 Suppl):236S-241S.
- Raynor HA, Epstein LH. Variedad dietética, regulación energética y obesidad. *Psychol Bull*. Mayo de 2001;127(3):325-41.
- Rolls BJ, Van Duijvenvoorde PM, Rowe EA. La variedad en la dieta mejora la ingesta en una comida y contribuye al desarrollo de la obesidad en la rata. *Physiol Behav*. 1983 Jul;31(1):21-7.
- 178 Lamas O, Martinez JA, Marti A. La restricción energética restaura la respuesta inmune deteriorada en ratas con sobrepeso (de cafetería). *J Nutr Biochem*. 2004 Jul;15(7):418-25.
- 179 Kagawa Y. Impacto de la occidentalización en la nutrición de los japoneses: cambios físicos, cáncer, longevidad y centenarios. *Prev Med*. 1978 Jun;7(2):205-17.
- 180 Goldman L, y Bennett J.C. (eds.). Cecil Textbook of Medicine, 21.ª edición, WB Saunders Company, Filadelfia, PA, 1999, pág. 1161.
- Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, Gillespie C, Must A, Bandini LG, Cyr H, Dietz WH. El patrón dietético como predictor del cambio en la puntuación z del IMC en niñas. *Int J Obes (Londres)*. Enero de 2006;30(1):176-82.
- Agosto de 2002;56(8):740-7.
- 183 Xiao Q, Garaulet M, Scheer FAJL. Horario de comidas y obesidad: interacciones con la ingesta de macronutrientes y el cronotipo. *Int J Obes (Londres)*. Septiembre de 2019;43(9):1701-1711.
- 184 Warren JM, Henry CLK, Simonite V. Desayunos con bajo índice glucémico y reducción de la ingesta de alimentos en niños preadolescentes. *Pediatría* 2003;112:e414-e419.
- 185 Farshchi HR, Taylor MA, Macdonald IA. Efectos perjudiciales de la omisión del desayuno sobre la sensibilidad a la insulina y los perfiles lipídicos en ayunas en mujeres sanas y delgadas. *Am J Clin Nutr*. Febrero de 2005;81(2):388-96.
- 186 Croezen S, Visscher TL, Ter Bogt NC, Veling ML, Haveman-Nies A. Saltarse el desayuno, el consumo de alcohol y la inactividad física como factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en adolescentes: resultados del proyecto E-MOVO. *Eur J Clin Nutr*. Publicación electrónica, 28 de noviembre de 2007.
- 187 Oblacinska A, Jodkowska M. Patrones alimentarios de niños y adolescentes en edad escolar en Polonia: investigaciones mediante cuestionario. *Med Wieku Rozwoj*. 2000;4(3 Suppl 1):53-64.
- 188 Farshchi HR, Taylor MA, Macdonald IA. Efectos metabólicos beneficiosos de la frecuencia regular de comidas sobre la termogénesis dietética, la sensibilidad a la insulina y los perfiles lipídicos en ayunas en mujeres obesas sanas. *Am J Clin Nutr*. Enero de 2005;81(1):16-24.
- 189 Franceschi S, La Vecchia C, Bidoli E, Negri E, Talamini R. Frecuencia de las comidas y riesgo de cáncer colorrectal. *Res. Cáncer*. 1 de julio de 1992; 52(13):3589-92.
- 190 Benito E, Obrador A, Stiggelbout A, Bosch FX, Mulet M, Muñoz N, Kaldor J. Estudio poblacional de casos y controles sobre cáncer colorrectal en Mallorca. I. Factores dietéticos. *Int J Cancer*. 15 de enero de 1990;45(1):69-76.
- 191 de Verdier MG, Longnecker MP. Frecuencia de alimentación: ¿un factor de riesgo desatendido para el cáncer de colon? *Cancer Causes Control*. Enero de 1992;3(1):77-81.
- 192 Elena G. de White. Consejos sobre dieta y alimentos (Washington, DC: Review and Herald Pub. Assn., 1946), pág. 177.
- Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Estrés y elección de alimentos: un estudio de laboratorio. *Psychosom Med*. 2000 Nov-Dic;62(6):853-65.
- Lissau I, Sørensen TI. Negligencia parental durante la infancia y mayor riesgo de obesidad en la adultez temprana. *The Lancet*. 5 de febrero de 1994;343(8893):324-7.
- 195 Gunstad J, Paul RH, Spitznagel MB, Cohen RA, Williams LM, Kohn M, Gordon E. La exposición a traumas en la infancia se asocia con la obesidad en la edad adulta. *Psychiatry Res*. 30 de mayo de 2006;142(1):31-7.
- 196 Morse SA, Ciechanowski PS, Katon WJ, Hirsch IB. ¿No es esto simplemente picar algo antes de dormir? Los posibles efectos adversos de los síntomas de comer por la noche en la adherencia al tratamiento y los resultados en pacientes con diabetes. *Diabetes Care*. Agosto de 2006;29(8):1800-4.
- 197 Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Peso corporal y obesidad en adultos y maltrato infantil autodeclarado. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Agosto de 2002;26(8):1075-82.
- Townsend MS, Pearson J, Love B, Achterberg C, Murphy SP. La inseguridad alimentaria se relaciona positivamente con el sobrepeso en mujeres. *J Nutr*. Junio de 2001;131(6):1738-45.
- 199 Hebreos 2:15. Versión King James de la Santa Biblia.
- 200 Laederach-Hofmann K, Kupferschmid S, Mussgay L. Relación entre el índice de masa corporal, la grasa corporal total, el colesterol, las lipoproteínas de alta densidad y la sensibilidad a la insulina en pacientes con obesidad relacionada con depresión, ira y ansiedad. *Int J Eat Disord*. Julio de 2002;32(1):58-71.
- Serlachius A, Hamer M, Wardle J. Estrés y cambios de peso en estudiantes universitarios del Reino Unido. *Physiol Behav*. 23 de noviembre de 2007;92(4):548-53.
- 202 Tuck I, Alleyne R, Thinganjana W. Espiritualidad y gestión del estrés en adultos sanos. *J Holist Nurs*. Diciembre de 2006; 24(4):245-53; discusión 254-5.
- 203 Mateo 11:28. Versión King James de la Santa Biblia.
- 204 Green MW, Elliman NA, Kretsch MJ. Estrategias para la pérdida de peso, estrés y función cognitiva: dietas supervisadas y no supervisadas. *Psiconeuroendocrinología*. Octubre de 2005;30(9):908-18.
- 205 Daubenmier JJ, Weidner G, Sumner MD, Mendell N, Merritt-Worden T, Studley J, Ornish D. La contribución de los cambios en la dieta, el ejercicio y el manejo del estrés a los cambios en el riesgo coronario en mujeres y hombres en el programa multicéntrico de intervención cardíaca en el estilo de vida. *Ann Behav Med*. Febrero de 2007;33(1):57-68.
- Kruger J, Blanck HM, Gillespie C. Comportamientos dietéticos y de actividad física en adultos que logran mantener su peso. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 19 de julio de 2006;3:17.
- 207 Wing RR, Phelan S. Mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo. *Am J Clin Nutr*. Julio de 2005;82(1 Suppl):222S-225S.
- 208 DelParigi A, Chen K, Salbe AD, Hill JO, Wing RR, Reiman EM, Tataranni PA. Las personas que siguen una dieta exitosa presentan una mayor actividad neuronal en las áreas corticales implicadas en el control del comportamiento. *Int J Obes (Londres)*. Marzo de 2007;31(3):440-8.
- 209 Josué 24:15. Versión King James de la Santa Biblia.
- Francis LA, Lee Y, Birch LL. Estado de peso de los padres y consumo de televisión, refrigerios e índices de masa corporal de las niñas. *Obes Res*. 2003 Ene;11(1):143-51.
- 211 Bellissimo N, Pencharz PB, Thomas SG, Anderson GH. Efecto de ver televisión durante las comidas en la ingesta de alimentos tras una precarga de glucosa en niños. *Pediatr Res*. Junio de 2007;61(6):745-9.
- 212 Mendoza JA, Zimmerman FJ, Christakis DA. Consumo de televisión, uso de computadoras, obesidad y adiposidad en niños preescolares estadounidenses. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 25 de septiembre de 2007;4:44.
- 213 Elena G. de White. Consejos sobre dieta y alimentos (Washington, DC: Review and Herald Pub. Assn., 1946), pág. 154.
- 214 Mateo 4:4. Versión King James de la Santa Biblia.
- 215 Mateo 20:28. Versión King James de la Santa Biblia.
- 216 Santiago 4:7. Versión King James de la Santa Biblia.
- 217 Isaías 59:19. Versión King James de la Santa Biblia.
- 218 1 Corintios 10:13. Versión King James de la Santa Biblia.
- 219 Levítico 26:26. Versión King James de la Santa Biblia.
- 220 Salmos 22:26. Versión King James de la Santa Biblia.
- 221 Isaías 58:10,11. Versión King James de la Santa Biblia.