

DIETAS MILAGROSAS

Pautas alimentarias que causan problemas de salud

JOSÉ MIGUEL SORIANO DEL CASTILLO Y M^a INMACULADA ZARZO LLOBELL

A nivel global, 1.900 millones de adultos tienen sobrepeso, de los que 650 millones presentan obesidad, con las consiguientes repercusiones sobre la salud y la economía. El tratamiento de la obesidad implica estrategias como la actividad física y la planificación dietética, siempre y cuando sean realizadas por profesionales sanitarios. En las últimas décadas han aparecido dietas milagrosas, que tienen su origen a principios del siglo XX, y que pueden acarrear problemas de salud sobre sus usuarios. Una manera práctica de detectarlas es que prometen pérdidas rápidas de peso (más de 1 kg por semana), aseguran que se realizan sin esfuerzo, tienen restricciones excesivas de energía y excluyen de la dieta alimentos o nutrientes para el organismo.

Palabras clave: dietas milagrosas, monodietas, dieta de Atkins, salud, obesidad.

A finales del siglo XX, la obesidad, una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por una acumulación excesiva de grasa, era ya considerada una pandemia. Los datos, en esas fechas, apuntaban a que el sobrepeso afectaba a más de 300 millones de adultos y a alrededor de 25 millones de niños y adolescentes (WHO, 2000). Esta situación, aun teniendo en cuenta las políticas alimentarias mundiales, nacionales y locales, no ha disminuido, sino que es más alarmante (WHO, 2016): más de 1.900 millones de adultos tienen sobrepeso, de los que más de 650 millones padecen obesidad, mientras que más de 340 millones de la población infantil y adolescente presenta sobrepeso y obesidad.

En nuestro país esta situación exponencial se ha visto reflejada, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), en que uno de cada diez niños y adolescentes presenta obesidad. Además del efecto en el sistema sanitario, estos datos también tienen un fuerte impacto económico: casi 2.000 millones de euros del Sistema Nacional de Salud (2016) se utilizan para sufragar el sobrecoste directo del tratamiento del exceso de peso, a lo que hay que sumar una cantidad prácticamente similar en costes de incapacidad

laboral y menor productividad en el trabajo (Hernández et al., 2019). Es curioso, porque esa misma cantidad es la que gastan los españoles en productos milagro o libros para adelgazar, aunque en estos últimos se haya visto que el 67 % de la información nutricional que presentan carece de base científica (FESNAD, 2008).

En el ámbito de la salud, la obesidad, según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, 2018), puede favorecer la predisposición a padecer diversos tipos de cáncer (de colon y recto, esófago, riñón –carcinoma de células renales–, hígado, vesícula, páncreas, ovario, tiroides, endometrio en el útero, próstata, de mama en mujeres posmenopáusicas y en hombres, tumores en el estómago, así como meningioma y mieloma múltiple). También puede incrementar la prevalencia de las patologías del sistema cardiovascular (insuficiencia cardíaca y arritmias, entre otras), gastrointestinal (como enfermedad de reflujo gastroesofágico e hígado graso), endocrino (diabetes), renal y genitourinario (como disfunción eréctil e insuficiencia renal crónica), obstétrico (sufrimiento fetal agudo), dérmico (como estrías, acantosis nigricans y celulitis), muscular esquelético (predisposición a gota, osteoartritis y dolor de espalda), neurológico (accidente

**«A finales del siglo XX,
la obesidad, una enfermedad
crónica multifactorial
caracterizada
por una acumulación excesiva
de grasa, era ya considerada
una pandemia»**

cerebrovascular y meralgia parestésica), respiratorio (disnea, apnea obstructiva del sueño y asma) y psicológico (depresión y baja autoestima).

Las herramientas disponibles para luchar contra la obesidad son la actividad física, restricción de la ingesta de energía y tratamiento cognitivo-conductual, farmacológico y cirugía bariátrica (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). El uso de estas dos últimas opciones solo se debería seleccionar cuando las otras han fracasado. El objetivo de un plan dietético para restringir la ingesta de energía y de una pauta para incrementar la actividad física es alcanzar un balance energético negativo para que el organismo obtenga energía a expensas de las reservas de grasas depositadas en el tejido adiposo, las cuales constituyen la mayor reserva energética del organismo. Sin embargo, actualmente, se encuentran disponibles una elevada variedad de regímenes dietéticos que, basados en distintos principios, buscan una rápida reducción de peso sin que se hayan evaluado adecuadamente su efectividad y su impacto sobre la salud.

La época de las llamadas «dietas de cajón», que se daban al paciente sin tener en cuenta sus gustos, gasto energético total, estilo o aversiones alimentarias, no tiene cabida en la actualidad. Solo la intervención de una nutrición personalizada establecida por la figura del dietista-nutricionista permitirá alcanzar el objetivo saludable y ahuyentará al paciente de caer en las llamadas dietas milagrosas (también conocidas como dietas falsas o dietas mágicas).

■ LA DIETA, ESA GRAN DESCONOCIDA

Si introducimos el término *dietas* en español en Google aparecen más de 55 millones de resultados. Y aunque el binomio de obesidad-dieta se encuentra en la mente de la población, no parece tan claro que se entienda el concepto de *dieta* en su conjunto. Es un término que proviene del latín *diaeta*, y este –a su vez– del griego *diáita*, que quiere decir “régimen de vida”. La Real Academia Española (RAE) lo define mediante tres acepciones. En primer lugar, como un «régimen que se manda observar a los enfermos o convalecientes en el comer y beber y, por extensión, esta comida y bebida». En segundo, como «conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento». Y, por último, como la «privación completa de comer». Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, s. f., p. 128) la define como «mezcla de alimentos sólidos y líquidos que un individuo o grupo consume. Su composición depende de la disponibilidad de los alimentos, su costo, los hábitos alimentarios y el valor cultural de los alimentos».



La obesidad puede favorecer la predisposición a padecer diversos tipos de cáncer y a incrementar la prevalencia de ciertas patologías.

«La época de las llamadas “dietas de cajón”, que se daban al paciente sin tener en cuenta sus gustos, gasto energético total, estilo o aversiones alimentarias, no tiene cabida en la actualidad»

Todas estas definiciones tienen varios problemas en sus acepciones. En el caso de la RAE, englobar solo a los enfermos o convalecientes es un error. La dieta, por ejemplo, puede ser planteada para distintas situaciones fisiológicas como es el caso de la gestación o la niñez, y no únicamente ante situaciones patológicas. Con respecto a la segunda acepción, es más cercana a la realidad, aunque debería especificarse para qué propósito son ingeridas las sustancias. La última entrada está enfocada más bien al ayuno. A nivel práctico, hoy en día sería más correcta una definición como la que proponemos: «alimentos líquidos o sólidos establecidos y pautados, por un o una dietista-nutricionista, para usuarios o pacientes con una determinada situación fisiológica».



Fatigada at the back - Unsplash



Bruno Nascimento - Unsplash

El objetivo de un plan dietético para restringir la ingesta de energía y de una pauta para incrementar la actividad física es alcanzar un balance energético negativo.

o patológica con el objetivo de establecer un régimen y calidad de vida lo mejor posible».

Históricamente, la primera dieta de la historia se encuentra contenida en el papiro de Ebers, datado alrededor de 1550 a. C., adquirido en 1872 por el egiptólogo George Ebers en Luxor, y en el que se presentan alrededor de 250 cuadros clínicos. En uno de ellos se elabora una receta para una dieta, a base de una mezcla de sémola de trigo, dátiles y ocre de Nubia, presentada en una preparación acuosa, que se debe tomar durante cuatro días, para pacientes que tenían síntomas similares a la diabetes (Ebers, 1873).

Sin embargo, no es hasta comienzos del siglo xx cuando se presenta la primera dieta de adelgazamiento de la mano de un empresario llamado Horace Fletcher.

Este indica la eficacia de un tratamiento con el que ha conseguido masticar cada bocado de comida hasta cien veces, y perder 18 kg masticando, hecho que le hizo merecedor del apodo de «el gran masticador». Decide publicar un libro que se convierte en *best-seller* (Fletcher, 1903), y que daría lugar a dos términos nuevos: *fletcherism* y *fletcherizing* correspondientes a fletcherismo (dieta que sigue los principios de Horace Fletcher) y fletcherización (acto de masticación de acuerdo al fletcherismo), respectivamente. Uno de los mayores fervientes defensores de esta nueva técnica, que aplicó en el balneario de Battle Creek, fue el doctor John Harvey Kellogg, inventor de los cereales de desayuno. Pero Fletcher pregonaba algo un poco más extremo: creía que debíamos masticar cada bocado sin deglutirlo hasta que la comida se hiciera líquida (un tanto complicado para muchos alimentos).

Lo cierto es que el acto de masticación es un proceso que actualmente, por la vida estresante que llevamos, entre otras cosas, no se realiza de manera adecuada. Los alimentos, más que masticados, son deglutidos. Si se hiciera de manera adecuada, lenta y con una duración adecuada, uno de los efectos que se observarían es que provoca sensación de saciedad y, por lo tanto, se ingerirían menos alimentos, lo que daría lugar a una menor ingestión de energía y, por ende, ayudaría a la pérdida de peso. Estos datos quedaron reflejados en un estudio, realizado en 2011, por investigadores de la Oxford Brookes University, en el que compararon dos grupos de participantes. Uno de ellos realizó 35 veces el proceso de masticación por bocado, frente a los que lo realizaron diez veces. El primer grupo redujo su ingesta (Smit et al., 2011).

■ DIETAS FALSAS, MÁGICAS, MILAGROSAS E INSANAS

Desde el escrito de Fletcher hasta nuestros días se estima que han aparecido más de mil dietas, la mayoría de ellas peligrosas porque pueden causar riesgos para la salud. En España, las primeras dietas no efectivas fueron recopiladas en la reunión de Vitoria, en 1994, donde el profesor Arnold Bender indicó que hay millones de personas que siguen las dietas más absurdas y que con ellas se engaña a la gente, con la aparición por primera vez del concepto de «dieta mágica» (Bender, 1994). Este término fue rescatado tres años más tarde por Varela, Núñez, Moreiras y Grande Covián (1998) en su «Documento técnico de salud pública de la Comuni-

dad de Madrid», en referencia a las dietas que pretenden llevar al adelgazamiento, incrementar la longevidad y la curación de diversas patologías y a las virtudes atribuidas a alimentos o productos «naturales» no debidamente contrastadas. Este documento lo amplió, once años más tarde, la Fundación Española de Nutrición y el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (FEN e INUTCAM, 2009).

En 2008, a raíz del Día de la Nutrición, la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) lanzó la campaña «Tu dieta es tu vida. ¡Cuidala! Las dietas milagro no existen», en la que realizó una clasificación exhaustiva de este tipo de dietas (Tabla 1). A continuación, se procede a explicar un ejemplo de cada una de ellas.

La dieta del Dr. Shelton fue planteada por Herbert McGolfin Shelton, quien había cursado estudios en la Escuela Americana de Quiropráctica y se había graduado como doctor en naturopatía en la Escuela Americana de Naturopatía. Su dieta se basaba en el concepto de disociación y, aunque empezó orientada específicamente para vegetarianos, se vio modificada para aumentar sus pacientes a los no vegetarianos. Prometía pérdidas de peso de hasta 1,5 kg por semana. Desde 1927, y durante las siguientes tres décadas, fue detenido, encarcelado y multado por practicar la medicina sin licencia, a lo que hay que sumar la acusación de homicidio por negligencia, al dejar morir de hambre a un paciente y a otro por un ataque al corazón. La sentencia causó su propia quiebra económica (Varela et al., 1998).

La dieta Gayelord se desarrolló en la década de 1920 por Benjamin Gayelord Hauser, un graduado en naturopatía y quiropráctica (Carstairs, 2014). Se basa en una dieta de eliminación de siete días con un día de ayuno utilizando zumos. Junto a su cuñado, comenzó a comercializar productos para su uso en los pacientes y, paralelamente, esta dieta se abrió camino en Hollywood por su empleo por parte de las grandes estrellas de ese momento como fueron Fred Astaire, Ingrid Bergman, Marlene Dietrich, Greta Garbo, Paulette Goddard, Grace Kelly, Jeanne Moreau, Gloria Swanson y la duquesa de Windsor. Se denominaba «asesor de nutrición», ya que no tenía ni estudios en medicina ni era doctor.

Prometía pérdidas de peso de hasta 1,5 kg por semana. El seguimiento de esta dieta puede ocasionar un aporte insuficiente de vitaminas y minerales (Drouard, 1998).

La dieta de Atkins fue planteada por el cardiólogo estadounidense Robert Coleman Atkins en la década de los años sesenta. Tras leer un artículo científico en el que se preconizaba que una restricción de alimentos ricos en carbohidratos producía pérdidas de peso, decidió probarla y observó, efectivamente, este efecto. Posteriormente publicó, un libro titulado *La revolución dietética del Dr. Atkins* (Atkins, 1972) donde se desaconseja el consumo de leche, frutas, casi todas las verduras, pan, pasta, cereales, azúcares y dulces. En cambio, permite tomar carnes, pescados, huevos, embutidos, algunos quesos, grasas y aceites, vísceras y mariscos sin límite. Promete pérdidas de peso de 2 a 3 kg por semana. Christman (2002) indicó que se necesitan más intervenciones o estudios para poder hablar de los beneficios y efectos adversos de

Atkins, puesto que los existentes fueron a corto plazo y con tamaños muestrales muy pequeños. El libro se reeditó en 1992, bajo el título *La nueva revolución dietética del Dr. Atkins*, en cuyos preceptos ya se permitía un consumo mayor de alimentos vegetales, para aumentar el

«Actualmente se encuentra disponible una elevada variedad de regímenes dietéticos que buscan una rápida reducción de peso sin que se hayan evaluado adecuadamente su efectividad y su impacto sobre la salud»



Las dietas milagrosas prometen pérdidas rápidas de peso, sus promotores aseguran que se pueden realizar sin esfuerzo, proponen restricciones excesivas de energía y excluyen de la dieta alimentos o nutrientes importantes para el organismo.

Tabla 1. Clasificación de las dietas milagro.

Tipo de dieta	Características	Ejemplos	Inconvenientes
Dietas de muy bajo o bajo valor calórico	400-800 y 800-1.000 kcal/día, respectivamente	<ul style="list-style-type: none"> • Disociada • Triple factor • Abierta • Shelton 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas gastrointestinales, ginecológicos y dérmicos, alteraciones del sueño, depresión
Dietas hipoenergéticas	1.000-1.200 kcal/día	<ul style="list-style-type: none"> • Gayelord • De la zanahoria • Del espárrago • De la alcachofa 	<ul style="list-style-type: none"> • Aporte no adecuado de vitaminas y minerales
Pobres en hidratos de carbono y altas en proteínas y grasas	Bajo consumo de hidratos de carbono y elevada ingesta de alimentos ricos en proteínas y grasas	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Atkins • Scardale • Clínica Mayo • Montignac 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevación de colesterol, de triglicéridos y de ácido úrico • Pérdida de proteína muscular y visceral • Problemas gastrointestinales • Mal aliento, náuseas, mareos, inapetencia, fatiga y descalcificación • Sin la planificación dietética puede incluir daños renales y cerebrales
Ricas en hidratos de carbono	Poca proteína (0,5 g/kg de peso / día) y grasas (10 % o menos del aporte energético)	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta de la limonada y del sirope de arce • De la piña • Del arroz integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de carencia de algunos nutrientes como los ácidos grasos esenciales, vitaminas liposolubles y proteínas • Problemas gastrointestinales (disminución de la absorción de minerales, cólicos abdominales, diarrea y flatulencia)
Monodietas	Se basan en el consumo de un alimento concreto	<ul style="list-style-type: none"> • Del pomelo • De la sopa • De las uvas • Del helado 	<ul style="list-style-type: none"> • Monótonas, aburridas y desequilibradas energética y nutricionalmente • Posibilidad de producir trastornos digestivos y psíquicos
Pintorescas	Estrafalarias con la intención de convencer de la facilidad de su uso	<ul style="list-style-type: none"> • Del ajo • Del calendario • Mental • De los colores • Beverly Hills 	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrios nutricionales

FUENTE: Elaboración propia a partir de FESNAD (2008) y Lesmes (2016).

consumo de fibra, y un ligero aumento en el consumo de hidratos de carbono.

A finales del siglo xx, en una serie de experimentos se observó que los pacientes de la dieta de Atkins consumen menos calorías y se piensa que, ante la poca cantidad de carbohidratos, son las grasas las que controlan el apetito y provocan un efecto saciante (Christman, 2002; Rolls et al., 1994). Este último estudio indicó que, aunque en algunos individuos la grasa tenía una eficacia saciante significativamente menor que los carbohidratos, provocaría un aumento del consumo energético. Atkins falleció sin saber el mecanismo biológico real de su dieta. Por su parte, el doctor Arne Vernon Astrup, un investigador del Departamento de Nutrición Humana de la RVA University, en Copenhague, realizó una revisión donde analizó 107 artículos y destacó que no hay pruebas de que la dieta de Atkins sea mejor para la pérdida de peso a largo plazo, aunque podría ser segura durante un periodo corto de tiempo (hasta seis meses de tratamiento) (Astrup, Meinert Larsen y Harper, 2004). La dieta de Atkins consigue una pérdida de peso durante los primeros días, debido a la utilización del glucógeno y al agua corporal. Sin embargo, se ha visto que puede aumentar el colesterol plasmático y el ácido úrico (que ocasiona gota), y que los pacientes que han interrumpido esta dieta han aumentado rápidamente su peso por la reposición del glucógeno y del agua (Christman, 2002).

La dieta de la limonada y del sirope de arce fue desarrollada por el naturópata Stanley Burroughs. En 1976 publicó su libro, en el que describía su dieta, que consiste en ayunar durante diez días o más e ingerir tan solo una bebida hecha a base de zumo de limón con sirope de arce y pimienta de cayena, acompañada de un té de hierbas laxante y agua con sal marina. Pasados esos días, se pueden incorporar algunos alimentos gradualmente, como caldos vegetales, sopas de verduras y frutas. Promete una pérdida de peso de 5 kg por semana (Burroughs, 1976). Esta dieta provoca deficiencias de proteínas, vitaminas y minerales, además de halitosis (mal aliento u olor bucal desagradable), fatiga, insomnio, mareos, y bajada de la tensión, entre otros efectos. En 1984 Burroughs fue condenado por la Corte Suprema de California por la venta ilegal de tratamientos contra el cáncer,

«Solo la intervención de una nutrición personalizada establecida por la figura del dietista-nutricionista permitirá alcanzar el objetivo saludable y ahuyentará al paciente de caer en las dietas milagrosas»



Bearfotos—Freepik

A principios del siglo xx se presenta la primera dieta de adelgazamiento de la mano del empresario Horace Fletcher, quien afirmaba haber perdido 18 kg masticando hasta cien veces cada bocado de comida.

practicar la medicina sin tener licencia para ello y por el delito de asesinato en segundo grado de Lee Swatzenberg, un paciente afectado de cáncer que siguió su tratamiento (Trimble, 1985).

La dieta del pomelo, también conocida como la dieta de Hollywood, se hizo popular a principios de 1930, al afirmar que la fruta contiene flavonoides que estimulan al cuerpo a quemar grasa y acelerar el metabolismo. Se planteaba como una dieta de dieciocho días asociada a una dieta baja en calorías (entre 800 y 1.000 kcal). Lo cierto es que esta asociación (baja cantidad energética y consumo de fibra en la fruta) sería la que ayudaría a la pérdida de peso. Está desaconsejada en pacientes medicados con inmunosupresores, algunas estatinas, benzodiazepinas, la mayoría de los antagonistas del calcio, el indinavir y la carbamazepina, puesto que el zumo de pomelo inhibe CYP3A4, la isoenzima del citocromo P450, que está implicada en el metabolismo de esos medicamentos (Modi y Priefer, 2020).

Por último, nombrar la dieta del ajo, que, en palabras de Varela et al. (1998), «consiste en ponerse un ajo pelado en el ombligo, que molestará cuando la persona picotee o coma entre horas» (pp. 29–30).

Estas dietas y otras similares siguen presentes en el día a día. Sin embargo, el usuario tiene en su mano algunos recursos para detectarlas: todas prometen pér-



I. Yummai - Unsplash

La dieta de Atkins consigue una pérdida de peso durante los primeros días, debido a la utilización del glucógeno y al agua corporal. Sin embargo, se ha visto que puede aumentar el colesterol plasmático y el ácido úrico, y que los pacientes que han interrumpido esta dieta han aumentado de nuevo rápidamente de peso.

diadas rápidas de peso (más de 1 kg por semana), los promotores aseguran que se pueden realizar sin esfuerzo, proponen restricciones excesivas de energía y excluyen de la dieta alimentos o nutrientes importantes para el organismo. Estas dietas pueden poner en peligro la salud del individuo al no incorporar en cantidad suficiente y equilibrada todos los nutrientes necesarios para un normal funcionamiento del organismo.

En un mundo donde abunda la información sobre salud, pero en el que a veces cuesta distinguir los mensajes basados en la evidencia, convendría recordar esta máxima hipocrática: «Que tu alimento sea tu medicina, y que tu medicina sea tu alimento» a la que añadiríamos que todo tratamiento dietético debería estar pautado por dietistas-nutricionistas. ☺

REFERENCIAS

- Astrup, A., Meinert Larsen, T., & Harper, A. (2004). Atkins and other low-carbohydrate diets: Hoax or an effective tool for weight loss? *The Lancet*, 364, 897–899. doi: [10.1016/S0140-6736\(04\)16986-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16986-9)
- Atkins, R. C. (1972). *Dr Atkins' diet revolution*. Nueva York: Bantam Books.
- Bender, A. E. (1994). Dietas mágicas y otros errores. En F. Grande Covián, G. Varela, D. Conning (Eds.), *Reflexiones sobre nutrición humana* (pp. 357–389). Bilbao: Fundación BBVA.
- Burroughs, S. (1976). *The master cleanser*. Reno: Burroughs Books.
- Carstairs, C. (2014). 'Look younger, live longer': Ageing beautifully with Gayelord Hauser in America, 1920–1975. *Gender & History*, 26, 332–350. doi: [10.1111/1468-0424.12072](https://doi.org/10.1111/1468-0424.12072)

- Christman, G. (2002). The Atkins diet: An unresolved debate. *Nutrition Noteworthy*, 5(1). Consultado en <https://escolarship.org/uc/item/1bp7f2bp>
- Drouard, A. (1998). Doctor Carton's diet and the «natural» diets. *Cahiers de Nutrition et de Dietetique (France)*, 26, 332–350.
- Ebers, G. (1873). Papyrus Ebers. *Zeitschrift für ägyptische Sprache und Altertumskunde*, 11(1-12), 41–46.
- FAO (s. f.). *Glosario de términos*. Consultado el 30 de noviembre, 2019, en <http://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>
- FESNAD. (2008). Día Nacional de la Nutrición. Consultado el 30 de noviembre, 2019, en <http://www.fesnad.org/?seccion=dinamico&subSeccion=bloque&idS=3&idSS=32>
- Fletcher, H. (1903). *The new glutton or epicure*. Nueva York: Frederick Stokes Company.
- FEN e Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM). (2009). *Dietas y productos mágicos*. Madrid: Editorial INUTCAM.
- Hernández, A., Zomeño, M. D., Décano, I. R., Pérez-Fernández, S., Goday, A., Vila, J., ... Marrugat, J. (2019). Excess weight in Spain: Current situation, projections for 2030, and estimated direct extra cost for the Spanish health system. *Revista Española de Cardiología*, 72, 916–924. doi: [10.1016/j.rec.2018.10.010](https://doi.org/10.1016/j.rec.2018.10.010)
- IARC. (2018). *Absence of excess body fatness*. Lyon: IARC Handbooks of Cancer Prevention.
- Lesmes, I. B. (2016). Revisión crítica de las dietas de moda en el tratamiento de la obesidad. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 82 (número extra), 195–205.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Nota técnica. Encuesta Nacional de Salud España*. Consultado el 30 de noviembre, 2019, en https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Modi, N., & Priefer, R. (2020). Effectiveness of mainstream diets. *Obesity Medicine*, 18, 100239. doi: [10.1016/j.obmed.2020.100239](https://doi.org/10.1016/j.obmed.2020.100239)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Obesity: Identification, assessment and management—Clinical guideline*. Consultado el 30 de noviembre 2019, en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
- RAE. (2019). *Dieta. Diccionario de la lengua española*. Consultado el 30 de noviembre, 2019, en <https://dle.rae.es/dieta>
- Rolls, B. J., Kim-Harris, S., Fischman, M. W., Foltin, R. W., Moran, T. H., & Stoner, S. A. (1994). Satiety after preloads with different amounts of fat and carbohydrate: Implications for obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 60, 476–487. doi: [10.1093/ajcn/60.4.476](https://doi.org/10.1093/ajcn/60.4.476)
- Smit, H. J., Kemsley, E. K., Tapp, H. S., & Henry, C. J. K. (2011). Does prolonged chewing reduce food intake? Fletcherism revisited. *Appetite*, 57, 295–298. doi: [10.1016/j.appet.2011.02.003](https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.02.003)
- Trimble, J. J. (1985). California Supreme Court Survey—A review of decisions: January 1984–July 1984. *Pepperdine Law Review*, 12(1), 215–369.
- Varela, G., Núñez, C., Moreiras, O., & Grande Covián, F. (1998). *Dietas mágicas*. Madrid: Editorial Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- WHO. (2000). *Nutrition for health and development: A global agenda for combating malnutrition*. Ginebra: World Health Organization.
- WHO. (2016). *Obesity and overweight*. Consultado el 30 de noviembre, 2019, en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

JOSÉ MIGUEL SORIANO DEL CASTILLO. Catedrático del Área de Nutrición y Bromatología de la Universitat de València (España) y director del Food & Health Lab y del Gastrolab-Fernando Sapiña del Instituto de Ciencia de los Materiales de la misma universidad. Director de la Clínica Universitaria de Nutrición, Actividad Física y Fisioterapia de la Fundación Lluís Alcanyís y codirector de la Unidad Mixta de Investigación en Endocrinología, Nutrición y Dietética Clínica de la Universitat de València –Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. ✉ jose.soriano@uv.es

M^a INMACULADA ZARZO LLOBELL. Investigadora predoctoral en el Food & Health Lab del Instituto de Ciencia de los Materiales de la Universitat de València y profesora externa del Máster Oficial de Nutrición Personalizada y Comunitaria de la Universitat de València (España). ✉ farmarzar@hotmail.com