



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Programa de Doctorado en Medicina (3139)

**REVISIÓN HISTÓRICA-SANITARIA DE LAS DIETAS
MILAGRO**

TESIS DOCTORAL

Autora:

M^a Inmaculada Zarzo Llobell

Director:

Dr. José Miguel Soriano del Castillo

Valencia, febrero 2024



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

El **Dr. José Miguel Soriano del Castillo**, Catedrático del Área de Nutrición y Bromatología del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal de la Universitat de València

CERTIFICA:

Que la presente memoria, titulada "**REVISIÓN HISTÓRICA-SANITARIA DE LAS DIETAS MILAGRO**" corresponde al trabajo realizado bajo mi dirección por **D^a M^a Inmaculada Zarzo Llobell**, para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Medicina, con el fin de optar al Grado de Doctora por la Universitat de València.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente, en Valencia,

Fdo. Dr. José Miguel Soriano del Castillo

"Investigar es ver lo que todos ven y pensar lo que nadie ha pensado"

Dr. Francisco Grande Covián

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado de una ilusión de vida cumplida, compartida junto a grandes personas, a las que quiero expresar mi agradecimiento de todo corazón:

Al Dr. José Miguel Soriano, mi director de tesis, el mejor que podría imaginar, por su paciencia, dedicación y esfuerzo admirables y orientación a lo largo de todo este proceso de investigación. Su experiencia, sabiduría y confianza en mí fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo. Y las risas, inolvidables. Gracias por ser un mentor excepcional.

A los miembros del tribunal, quienes generosamente aceptaron formar parte de esta tesis doctoral y contribuyeron con valiosas sugerencias y comentarios que enriquecieron mi trabajo.

A mis compañeros y amigos del Clúster de Sostenibilidad Alimentaria y del Instituto de Ciencia de los Materiales: Nadia, Tatiana, M^a Ángeles, Emilie, Raquel y M^a Ángeles Yuste, quienes fueron una gran fuente de inspiración, comprensión y colaboración, y a la gente del Palacio de Congresos de València, especialmente a Trini, por los ánimos, cariño y alegría cada vez que nos hemos encontrado.

A mis compañeros de la Fundació Lluís Alcanyís, por cada palabra de aliento.

A mis profesoras Mónica Fernández, Emilia Ferrer y Ana Juan, por animarme siempre que nos hemos encontrado por los pasillos de nuestra querida Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación de la Universitat de València.

A los alumnos del Máster de Nutrición Personalizada y Comunitaria de la UV, que cada curso me han mostrado su interés e ilusión por ver el trabajo terminado. Espero que os guste tanto leerlo como a mí plasmarlo y que os aporte luz sobre esta temática.

A mi querida familia, por entender mis ganas de conocimiento y valorarlas siempre.

A mi familia elegida, Ana Isabel, Río, M^a Isabel, M^a Ángeles, Begoña, Delfina, Becky, Inma, Juanfran, Mónica, Marina, Amparo, Antonio y Alfonso, por su amistad inexorable de tantísimos años.

A Elisa, Gina, Raquel, Ana y Mónica, por compartir la pasión por la nutrición, por sus ideas, generosidad y alegría.

A Noemí, Olga, Clara, Yolanda, Amparo, María, Juani, Amor, Lorena, Ana M^a, M^a Ángeles, Mari, Esther, Nayra, Vicente, Pilar, Aída, Sergio, Willy, Paco, Antonio, Xiomara y Alba, por su cariño incondicional y amistad a pesar de la distancia física.

A mis chicas de remo, gracias por las risas cerca del mar, por el apoyo cada sábado y por haberme aceptado como una más.

A Guille, Isabela y Paloma, por demostrarme tanto cariño y amistad a través de la música.

A mis padres, por enseñarme a querer bonito, a no rendirme, y a trabajar para conseguir sueños. Gracias por valorar la cultura y el conocimiento. Sois el espejo en el que me miro y, aunque no estéis físicamente conmigo, os llevo siempre en mi alma y corazón. No podría haber tenido más suerte con vosotros. Besos al cielo.

A Salva y Gonzalo, mis hijos, por enseñarme lo que es el amor verdadero y el apoyo incondicional, por hacer lo imposible para conseguir sacarme una sonrisa en mis peores momentos, por valorar este esfuerzo y no dejarme caer jamás, por crear momentos mágicos de risas, debates y reflexión unidos por el cariño más inmenso y la complicidad absoluta. Os quiero infinito.

A Julio, gracias infinitas por saltar al vacío conmigo sin saber lo que había debajo, por acompañarme en la parte más compleja de este proceso y nadar y remar mar adentro, por vivir y compartir cada una de las grandes subidas y bajadas de esta aventura, por estirar de mí cada una de las veces que creía que no podía más y recogerme del mismo suelo siempre que ha sido necesario. Eres el mejor compañero de vida que podría desear. Tu magia, ilusión, ayuda, cuidado, alegría y tesón han sido los mejores aliados con los que podría contar.

RESUMEN

En la actualidad, a nivel mundial, aproximadamente 1.900 millones de adultos padecen sobrepeso, de los cuales 650 millones sufren obesidad, con consecuencias significativas para la salud y la economía. A lo largo de las décadas, han surgido dietas milagrosas que, aunque inicialmente se creía que tenían sus raíces en el siglo XX, se ha demostrado que existen desde la antigüedad, pudiendo generar problemas de salud, algunos de ellos graves e incluso mortales, para aquellos que optan por seguirlas con el objetivo de perder peso.

Estas estrategias dietéticas para la pérdida de peso suelen ser fácilmente identificables. La forma más práctica de reconocerlas es observar que prometen pérdidas rápidas y significativas de peso (más de 1 kg/semana), aseguran realizarse sin esfuerzo, imponen restricciones excesivas de energía y/o excluyen alimentos o nutrientes esenciales para el organismo. Con frecuencia, incluyen testimonios de seguidores elogiando el proceso y cuentan con el respaldo de personalidades influyentes, lo que, a menudo, justifica su supuesto éxito.

Según datos de la FESNAD, uno de cada cuatro españoles desea perder peso, y el 40% de las personas considera que su peso es demasiado elevado, cifras que resultan verdaderamente preocupantes. La obsesión por adelgazar se ha convertido en una imposición social, principalmente impulsada por la búsqueda de los estándares de belleza que favorecen la delgadez. Las mujeres muestran una mayor preocupación por su imagen corporal que los hombres y, entre los grupos de población, los adolescentes son particularmente vulnerables. Este último grupo tiene un fácil acceso a

información sobre métodos de adelgazamiento, principalmente a través de Internet, exponiéndose a tratamientos potencialmente peligrosos, no supervisados por profesionales de la nutrición.

La búsqueda en Internet de términos como 'adelgazar' arroja alrededor de 74.900.000 resultados, mientras que 'dietas' recupera 132.000.000 resultados. Sin embargo, la mayoría de esta información carece de respaldo científico y proviene de individuos sin formación sanitaria. Cada año surgen numerosas dietas milagrosas en diversos medios, desde libros y revistas hasta redes sociales, presentándose como soluciones rápidas e impactantes para perder peso.

La presente tesis propone una revisión exhaustiva de las dietas milagrosas desde un enfoque histórico y sanitario, destacando la falta de análisis detallados sobre su papel desde sus orígenes hasta la actualidad. Se argumenta que es crucial comprender no solo la historia de estas dietas, sino también las repercusiones sanitarias de su uso para llevar a cabo una educación alimentaria efectiva. La investigación se propone clasificar y caracterizar estas dietas de manera clara, facilitando la identificación y rechazo de su uso tanto para profesionales sanitarios como para los usuarios.

Esta tesis también revela que la proliferación de tratamientos dietéticos fraudulentos para el sobrepeso y la obesidad es un problema creciente, especialmente con la facilidad de acceso a través de las redes sociales, particularmente entre los adolescentes. Se destaca que muchos de los creadores de estas dietas carecen de formación en nutrición, lo que representa un riesgo para la salud de quienes las siguen.

En resumen, la investigación propone una clasificación detallada y una revisión histórica y nutricional de 179 dietas, con el objetivo de vislumbrar cuáles de ellas son seguras y cuáles pueden ser peligrosas, lo que permitirá alertar a la población sobre los riesgos asociados con su adopción. La conclusión principal es que, a pesar de la abundancia de opciones para perder peso, la mayoría carece de fundamentos científicos y puede representar peligros significativos para la salud.

Palabras clave: obesidad; pandemia; salud; adelgazamiento; historia; dietas milagro; dietas peligrosas; nueva clasificación; profesionales; intrusismo; geolocalización; personajes influyentes; moda.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
I.1. Sobre la obesidad	2
I.2. La dieta, esa gran desconocida	3
I.3. Dietas falsas, mágicas o milagrosas	5
II. OBJETIVOS	11
III. MATERIALES Y MÉTODOS	13
III.1. Instrucciones de estilo de la presente tesis	13
III.2. Materiales y métodos para la revisión de la historia de las dietas y para una nueva propuesta de clasificación de las dietas y de redefinición de las dietas milagro	14
III.3. Materiales y métodos para las tres revisiones sistemáticas de tres dietas	21
III.3.1. Dieta del pomelo	21
III.3.2. Dieta de Lord Byron	24
III.3.3. Dieta de Maria Callas	26
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
IV.1. Historia de las dietas de adelgazamiento	32
IV.1.1. Dietas antes de nuestra era	32
IV.1.2. Dietas desde el primer siglo de la era moderna hasta finales del siglo XVIII.	35
IV.1.3. Dietas durante el siglo XIX	44
IV.1.4. Dietas desde la primera década del siglo XX hasta el final de la década de 1950	47
IV.1.5. Dietas de la década de 1960	54
IV. 1.5.1. Nuevo Vegetarianismo	54
IV.1.5.2. Dieta del huevo y vino	56
IV.1.5.3. Dieta hCG (gonadotropina coriónica humana)	56
IV.1.5.4. Weight Watchers	57
IV.1.5.5. Dieta Humplik	58
IV.1.5.6. Dieta del bebedor	59
IV.1.5.7. Dieta de Erna Carise	59
IV.1.5.8. Dieta de Antoine	60
IV.1.5.9. Dieta de Stillman	61
IV.1.5.10. Slimming World	62
IV.1.5.11. Falsa dieta de la Clínica Mayo	62
IV.1.6. Dietas de la década de 1970	63
IV.1.6.1. Dieta de Atkins	63
IV.1.6.2. NutriSystem	65
IV.1.6.3. Dieta de Simmons	67

IV.1.6.4. Dieta de Howard o Cambridge	68
IV.1.6.5. Dieta del Astronauta	69
IV.1.6.6. OPTIFAST	70
IV.1.6.7. Dieta de Lutz	71
IV.1.6.8. Dieta de la Bella Durmiente	71
IV.1.6.9. Dieta Paleolítica	71
IV.1.6.10. Dieta de las galletas	73
IV.1.6.11. Dieta de Okinawa	74
IV.1.6.12. Dieta del sirope de arce y limonada	75
IV.1.6.13. Dieta de proteínas líquidas	76
IV.1.6.14. Cableado mandibular	76
IV.1.6.15. Dieta Scarsdale	77
IV.1.6.16. Dieta Pritikin	78
IV.1.6.17. Dieta del picoteo	79
IV.1.6.18. Dieta del metabolismo de Hilton Head	79
IV.1.6.19. Dieta del Ejército de Israel	80
IV.1.7. Dieta de la década de 1980	81
IV.1.7.1. Herbalife	81
IV.1.7.2. Medifast	82
IV.1.7.3. Dieta Slim-Fast Optima	84
IV.1.7.4. Dieta de Beverly Hills	85
IV.1.7.5. Dieta F-plan	86
IV.1.7.6. Dieta de Jenny Craig	87
IV.1.7.7. Dieta de 3 días de la Clínica Cleveland	88
IV.1.7.8. Fit for Life	89
IV.1.7.9. Six Day Body Makeover	89
IV.1.7.10. Dieta rotativa	90
IV.1.7.11. Dieta de Victoria Principal	91
IV.1.7.12. Dieta Montignac	91
IV.1.7.13. Dieta de la Luna	92
IV.1.7.14. Dieta Fat Flush	93
IV.1.7.15. Dieta D'Adamo y la dieta del grupo sanguíneo	94
IV.1.7.16. Programa de Pérdida de Peso de Los Ángeles	95
IV.1.7.17. Dieta Moderna Occidental	96
IV.1.8. Dietas de la década de 1990	96
IV.1.8.1. Método BFMNU	96
IV.1.8.2 Cronodieta	97
IV.1.8.3. Dieta de Hawaïi	98
IV.1.8.4. Adicto a los carbohidratos	98
IV.1.8.5 Dieta de Raffaella Carrà	99
IV.1.8.6. Dieta Ornish	100
IV.1.8.7. Dieta South Beach	101
IV.1.8.8. Dieta de la Zona	102
IV.1.8.9. Dieta del poder proteico	104

IV.1.8.10. Dieta Hollywood de 48 horas	104
IV.1.8.11. Plan de salud óptima	105
IV.1.8.12. Dieta de calorías negativas	106
IV.1.8.13. Dieta de Grschinsky	107
IV.1.8.14. Dieta Subway	107
IV.1.8.15. Dieta de alimentos congelados	108
IV.1.8.16. Dieta 20/30	108
IV.1.8.17. DietWatch	109
IV. 1.8.18. Dieta Volumétrica	110
IV.1.8.19. Dieta Dukan	112
IV.1.8.20. Dieta LEARN	113
IV.1.9. Dietas de la década de 2000	114
IV.1.9.1. Plan de pérdida de peso de Suzanne Somers	114
IV.1.9.2. Dieta del Dr. Shapiro	115
IV.1.9.3. Dieta del Dr. Haas	115
IV.1.9.4. Dieta de la crema de cacahuete	116
IV.1.9.5. Dieta de Perricone	117
IV.1.9.6. Dieta del Guerrero	117
IV.1.9.7. Dieta 3-D	118
IV.1.9.8. Slim4Life	119
IV.1.9.9. Fit Forever de Denise Austin	120
IV.1.9.10. Dieta del Dr. Phil	120
IV.1.9.11. Eating for Life	121
IV.1.9.12. Dieta según el tipo de personalidad	122
IV.1.9.13. Dieta de los Hamptons	123
IV.1.9.14. Nueva dieta nórdica	123
IV.1.9.15. Método Garaulet	124
IV.1.9.16. The Biggest loser	125
IV.1.9.17. Dieta Rosedale	125
IV.1.9.18. Weight Loss 4 Idiots	126
IV.1.9.19. Dieta de las 3 horas	127
IV.1.9.20. CSIRO total wellbeing diet	127
IV.1.9.21. Dieta del Creador	129
IV.1.9.22. Dieta ABS	130
IV.1.9.23. Dieta Shangri-la	131
IV.1.9.24. Dieta para Aplastar las Grasas.	132
IV.1.9.25. Dieta Sonoma	132
IV.1.9.26. Crononutrición	133
IV.1.9.27. Dieta Kimkins	134
IV.1.9.28. Dieta de la Banana Matutina	135
IV.1.9.29. Dieta del Sagrado Corazón	135
IV.1.9.30. Dieta de los potitos	136
IV.1.9.31. Dieta DiOGenes	137
IV.1.10. Dietas desde el 2011 hasta la fecha	137

IV.1.10.1. Dieta de la sonda enteral	137
IV.1.10.2. Dieta OMG	138
IV.1.10.3. Dieta de la malla lingual	139
IV.1.10.4. Dieta de Noakes	140
IV.1.10.5. Dieta de las bolas de algodón	140
IV.1.10.6. Dietas de Mosley	141
IV.1.10.7. Dieta de días alternos	143
IV.1.10.8. Dieta de Nagumo	144
IV.1.10.9. Dieta de Barriga Cero	144
IV.1.10.10. Dieta Sirtfood	145
IV.1.10.11. Dieta de estimulación proteica	146
IV.1.10.12. Otros tipos de dieta intermitente	147
IV.2. NUEVA PROPUESTA TERMINOLÓGICA Y CLASIFICATIVA DE LAS DIETAS MILAGRO PARA ADELGAZAR	148
IV.2.1. Definición de dietas milagro y propuesta de nuevo concepto	148
IV.2.2. Clasificación actual de las dietas peligrosas para adelgazar	150
IV.2.3. Nueva propuesta de clasificación de las dietas y aplicación práctica	153
IV.2.4. Geolocalización de las dietas de adelgazamiento	173
IV.2.5. Creadores de las dietas de adelgazamiento	175
IV.3. DIETA DEL POMELO	181
IV.3.1. ¿Cuándo surgió? y ¿quién inventó la dieta?	181
IV.3.2. ¿Cuál es su valor energético?	189
IV.3.3. ¿Qué tan efectiva es la dieta?	195
IV.4. DIETA DE LORD BYRON	197
IV.4.1. La dieta del vinagre	199
IV.4.2. La dieta del vinagre de Byron y la pérdida de peso: Los datos de investigación	201
IV.5. DIETA DE MARIA CALLAS	203
IV.5.1. La historia de la dieta de la tenia	203
IV.5.2. El mito de Maria Callas y la tenia	207
IV.5.3. El hombre misterioso en la foto de Maria Callas	214
V.CONCLUSIONES	222
VI.BIBLIOGRAFÍA	225

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS Y SIGLAS

a.C.: Antes de Cristo.

ABS: *Almonds and other nuts, Beans and legumes, and Spinach and other green vegetables.*

BFMNU: *Biología e Fisiologia Modellistica della Nutrizione Umana.*

DE: Desviación estándar.

DiOGenes: Dieta, Obesidad y Genes

EAS: *Experimental and Applied Sciences.*

EE.UU.: Estados Unidos de América.

FAO: *Food and Agriculture Organisation.*

FEN: Fundación Española de Nutrición

GREP-AED-N: Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas

IARC: *International Agency for Research on Cancer.*

IGF-1: *Insulin Grow Factor-1*

IMC: Índice de Masa Corporal.

INUTCAM: Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid.

IRFR-PRISMAL: *Images Retrieval and Face Recognition coupled with PRISMA methods in white, black and grey Literature.*

KE: *Ketogenic Enteral.*

Kg: kilogramos.

LEARN: *Lifestyle, Exercise, Attitudes, Relationships, Nutrition.*

OMG: *Oh My God!*

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCC: Población, Concepto y Contexto.

PICO: *Patient, Intervention, Comparison and Outcomes.*

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.*

PRISMA-ScR: *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.*

RAE: Real Academia Española

RDAs: *Recommended Dietary Allowances.*

RE: Restricción Energética.

TMR: Tasa Metabólica en Reposo.

UNESCO: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.*

U.S.: *United States.*

USDA: United States Department of Agriculture (*National Nutrient Database for Standard Reference*).

WHO: *World Health Organization.*

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de las dietas milagro, de acuerdo con la FESNAD (2008).....	6
Tabla 2. Protocolo para el apartado III.2, de esta tesis doctoral, sobre materiales y métodos para la historia de las dietas y para una nueva propuesta de clasificación de las dietas y de redefinición de las dietas milagro.....	20
Tabla 3. Protocolo para el apartado III.3.1., de esta tesis doctoral, sobre materiales y métodos para el estudio de la dieta del pomelo...	22
Tabla 4. Protocolo para el apartado III.3.2., de esta tesis doctoral, sobre materiales y métodos para el estudio de la dieta de Lord Byron.....	25
Tabla 5. Protocolo para el apartado III.3.3., de esta tesis doctoral, sobre materiales y métodos para el estudio de la dieta de Maria Callas.....	28
Tabla 6. Características de la dieta peligrosa.....	150
Tabla 7. Dietas peligrosas no basadas en alimentos.....	156
Tabla 8. Dietas peligrosas altas en energía/alimentos.....	158
Tabla 9. Dietas peligrosas bajas en energía/alimentos.....	159
Tabla 10. Dietas peligrosas basadas en un alto consumo de carbohidratos.....	162
Tabla 11. Dietas peligrosas basadas en un bajo consumo de carbohidratos.....	164
Tabla 12. Dietas peligrosas basadas en alto consumo de proteínas....	166
Tabla 13. Dietas peligrosas basadas en bajo consumo de proteínas...	167
Tabla 14. Dietas peligrosas basadas en alto consumo de grasas.....	168
Tabla 15. Dietas peligrosas basadas en bajo consumo de grasas.....	169
Tabla 16. Dietas peligrosas basadas en basadas en compuestos bioactivos.....	171
Tabla 17. Dietas efectivas.....	172
Tabla 18. Censo adaptado y datos de pomelos en EE.UU. desde 1910 a 1930 (United States Census Bureau, 1940).....	188

Tabla 19. Valores medios y desviación estándar de energía e ingesta de macronutrientes para las únicas tres referencias (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925; Anónimo, 1929; Gilman, 2008) en las que se especifican los alimentos y bebidas del menú de la dieta del pomelo.....	191
Tabla 20. Valores y desviación estándar de la ingesta vitamínica.....	192
Tabla 21. Valores y desviación estándar de la ingesta de minerales y oligoelementos.....	192
Tabla 22. Ingesta de pomelo/día en tres de las dietas de pomelo estudiadas.....	193

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018) que representa el proceso de búsqueda y selección de registros en este apartado.....	21
Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018) que representa el proceso de búsqueda y selección de registros en para el estudio de la dieta del pomelo.....	23
Figura 3. Valoración nutricional. Programa DIAL v1.10.....	24
Figura 4. Diagrama de flujo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018) que representa el proceso de búsqueda y selección de registros en para el estudio de la dieta de Lord Byron.....	26
Figura 5. Diagrama de flujo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018) que representa el proceso de búsqueda y selección de registros en para el estudio de la dieta de Maria Callas.....	29
Figura 6. Imagen donde, según Polzonetti (2015), aparece un hombre no identificado, junto a Maria Callas y Biki.....	30
Figura 7. Papiro Insinger (A) y el Rijksmuseum van Oudheden (B).....	36
Figura 8. Interés a lo largo del tiempo medido por Google Trends sobre "ayuno intermitente" a nivel mundial.....	147
Figura 9. Nuevo algoritmo para clasificar las dietas para perder peso....	154
Figura 10. Geolocalización de los tratamientos para pérdida de peso...	174
Figura 11. Fotogramas de dos películas del actor James Francis Cagney, Jr. <i>The Public Enemy</i> (1931); donde el famoso pomelo utilizada en la escena de la película aparece en primer plano (A) y fragmento del tráiler cinematográfico <i>Hard to Handle</i> (1933), reflejando que la idea central de la película era la dieta de 18 días (B)...	182
Figura 12. Ethel Barrymore (A) y Drew Barrymore (B).....	183

Figura 13. Recortes de revistas sobre la dieta del pomelo; noticia en la revista Motion Picture Magazine en 1929 (A), publicidad de este menú en el Hotel Paso del Norte en Paso, Texas en 1929 (B) y noticia en Today San Pedro News Pilot en 1936 (C).....	184
Figura 14. Foto de Lalla Lynn seguidora de la dieta del pomelo.....	186
Figura 15. Detalle de la afirmación sobre el consumo de pomelo en el número de mayo de 1921 en la revista de Picturegoer (https://lantern.mediahist.org/catalog/picturegoer12odha_0247).....	188
Figura 16. Falso póster atribuido al primer anuncio de la dieta de la tenia.....	204
Figura 17. Interés, a lo largo del tiempo, según Google Trends: "tapeworm pills" (A), "tape-worm diet" (B), "tapeworm weight loss" (C) y "comprar tenia" (D). La última búsqueda se realizó en español debido a que los usuarios de Internet creen que se vende en México.....	206
Figura 18. Tarjeta de identificación de Maria Callas, con indicación desualtura.....	207
Figura 19. Línea del tiempo con indicación de la variación de peso de Maria Callas.....	208
Figura 20. Maria Canigli.....	209
Figura 21. Maria Callas y su marido, Giovanni Battista Meneghini.....	210
Figura 22. Claudia Cassidy.....	211
Figura 23. Giuletta Siminionato.....	213
Figura 24. Elena Pozzan detrás de Maria Callas.....	213
Figura 25. Diagrama de flujo del sistema IRFR-PRISMAL aplicado a fotos para realizar el descubrimiento del hombre no identificado (Figura 6), en la foto de 1958, junto a Maria Callas y Biki.....	215
Figura 26. Detalles del Beistegui Bal Oriental celebrado, el 3 de septiembre de 1951, en Venecia.....	218
Figura 27. Maria Callas y Alain Reynaud caminando por las calles de Milán en 1968.....	219
Figura 28. Alain Reynaud, Roberta Bouyeure-Reynaud y Maria Callas llegada al Palais Garnier en París.....	220

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Sobre la obesidad

A finales del siglo XX, la obesidad, una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por la acumulación excesiva de grasa, ya se consideraba una pandemia, afectando a más de 300 millones de adultos y, aproximadamente, 25 millones de niños y adolescentes padecían sobrepeso. A pesar de los esfuerzos implementados mediante políticas alimentarias a nivel global, nacional y local, la situación ha empeorado, evidenciándose en la actualidad con más de 1.9 mil millones de adultos con sobrepeso, de los cuales 650 millones padecen obesidad, junto con más de 340 millones de niños y adolescentes con problemas de peso (WHO, 2022; World Obesity Federation, 2023).

En España, esta tendencia exponencial se refleja en la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud, donde uno de cada diez niños y adolescentes se encuentra en situación de obesidad (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). Este fenómeno no solo impacta en el sistema de salud, sino que también conlleva un fuerte impacto económico, destinando casi 2 mil millones de euros del Sistema Nacional de Salud de España para mitigar los costes directos del tratamiento del exceso de peso, a lo que se suma una cifra similar en costes relacionados con la incapacidad laboral y la pérdida de productividad (García Fuentes et al., 2007; Hernáez et al., 2019). Resulta notable que esta cantidad se equipare al gasto de los ciudadanos españoles en productos y libros para perder peso, a pesar de que el 67% de la información nutricional carece de base científica (FESNAD, 2008).

En el ámbito de la salud, la obesidad, según la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC, 2018), aumenta la predisposición a diversos tipos de cáncer y contribuye a la

prevalencia de diversas patologías relacionadas con sistemas como el cardiovascular, gastrointestinal, endocrino, renal, obstétrico, dérmico, musculoesquelético, neurológico, respiratorio, así como trastornos psicológicos. Las herramientas disponibles para abordar la obesidad incluyen la actividad física, la restricción de la ingesta de energía, así como el tratamiento cognitivo conductual, farmacológico y la cirugía bariátrica (Stegenga et al., 2014). Sin embargo, estas últimas opciones deben considerarse solo cuando las anteriores han demostrado ser ineficaces. El objetivo de los planes dietéticos es lograr un balance energético negativo, utilizando las reservas de grasa almacenadas en el tejido adiposo, que constituyen la mayor reserva energética del cuerpo. No obstante, la proliferación de diversas dietas, sin una evaluación adecuada de su eficacia e impacto en la salud, plantea desafíos significativos.

En la actualidad, las "dietas de cajón" carecen de justificación, ya que proporcionar un planteamiento dietético sin tener en cuenta los gustos, consumo total de energía, estilo de vida o aversiones alimenticias de los pacientes es obsoleto. La intervención de un plan de nutrición personalizado, establecido por un dietista-nutricionista, es fundamental para que los pacientes alcancen objetivos saludables y eviten caer en las llamadas dietas de moda, también conocidas como dietas mágicas o milagrosas (Basulto et al., 2012a)

1.2. La dieta, esa gran desconocida

Si realizamos una búsqueda de dietas en Google, obtenemos más de 85 millones de resultados. Aunque la conexión entre la obesidad y la dieta es ampliamente reconocida por la población, el concepto global de dieta parece carecer de claridad. La palabra "dieta" proviene del latín "*dīaeta*" que, a su vez, deriva del griego "*diaita*", significando "modo de vida". Según el diccionario de la Real

Academia Española (RAE, 2024), se ofrecen tres definiciones: la primera la describe como un "régimen de comer y beber que deben seguir los enfermos o convalecientes y, por extensión, los alimentos y bebidas en ese régimen"; la segunda como un "conjunto de sustancias que se ingieren regularmente como alimento"; y la tercera como "la privación completa de comer". En contraste, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2024) la define como la "mezcla de alimentos sólidos y líquidos consumidos por un individuo o grupo. Su composición depende de la disponibilidad y el costo de los alimentos, así como de los hábitos alimenticios y el valor cultural de ciertos alimentos".

Estas definiciones presentan diversos problemas. Limitar la primera definición de la RAE solo a pacientes o personas convalecientes se considera un error, ya que las dietas pueden aplicarse a situaciones fisiológicas como el embarazo o la infancia, no exclusivamente a situaciones patológicas. La segunda definición se acerca más a la realidad, aunque el objetivo de prescribir estas sustancias debería especificarse. Por otro lado, la tercera entrada se centra en el ayuno. Desde una perspectiva práctica, sería más apropiado utilizar una definición que refleje la realidad de "alimentos líquidos o sólidos establecidos por un dietista-nutricionista para usuarios o pacientes en una situación fisiológica o patológica particular, para ayudarles a establecer el mejor régimen de vida posible".

La historia registra la primera dieta en el Papiro Ebers alrededor del 1.550 a.C., adquirido por el egiptólogo George Ebers en Luxor, en 1872. Este documento, con alrededor de 250 perfiles clínicos, describe una dieta basada en sémola de trigo, dátiles y ocre nubio en una preparación acuosa, recomendada para pacientes con síntomas similares a los de la diabetes (Ebers, 1873). Sin embargo, la primera dieta destinada a perder peso surge a principios del siglo XX con el

empresario Horace Fletcher. Él abogaba por masticar cada bocado hasta cien veces, atribuyendo la pérdida de 18 kg a esta práctica, lo que le valió el apodo de "el gran masticador". Fletcher publicó un exitoso libro (Fletcher, 1903) y acuñó los términos "fletcherismo" (una dieta basada en sus principios) y "fletcherizar" (masticar según el fletcherismo). El Dr. John Harvey Kellogg, defensor del fletcherismo en el Sanatorio de Battle Creek e inventor de los cereales para el desayuno, llevó esta técnica a extremos al proponer masticar cada bocado hasta convertirlo en líquido, una práctica desafiante para muchos alimentos. El masticado adecuado, según un estudio de 2011 de la Universidad de Oxford Brookes, podría generar saciedad y reducir la ingesta de alimentos, como se observó al comparar dos grupos de participantes: uno que masticaba cada bocado 35 veces y otro que lo hacía diez veces, resultando en una disminución de la ingesta en el primer grupo (Smit et al., 2011).

1.3. Dietas falsas, mágicas o milagrosas

Desde los escritos de Fletcher hasta el presente, se estima que han surgido más de mil dietas, muchas de ellas peligrosas debido a los riesgos asociados para la salud. En España, las primeras dietas ineficaces fueron recopiladas en la reunión de Vitoria en 1994, donde el profesor Arnold Bender señaló que millones de personas seguían las dietas más absurdas, estafando a la gente y originando así el concepto de "dieta mágica" (Bender, 1994). Este término fue posteriormente retomado por Varela et al. (1998) refiriéndose a dietas que afirmaban lograr pérdida de peso, aumento de la longevidad y curación de varias patologías basadas en virtudes no verificadas atribuidas a alimentos o productos "naturales". Once años después, la Fundación Española de Nutrición y el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Región de Madrid (FEN y INUTCAM, 2009) ampliaron

Introducción

este documento. En 2008, la Federación Española de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD, 2008) lanzó la campaña "Tu dieta es tu vida. ¡Cuidala! Las dietas milagro no existen" después del Día de la Nutrición, detallando y clasificando estas dietas (**Tabla 1**). A continuación, se describirá un ejemplo de cada tipo de dieta.

Tabla 1. Clasificación de las dietas milagro, de acuerdo con las FESNAD (2008).

Tipo de dieta	Características	Ejemplos	Problemas
Dietas de muy bajo o bajo valor calórico	400–800 y 800–1000 kcal/día, respectivamente	Disociada Triple-factor Shelton Del pomelo	Problemas gastrointestinales, ginecológicos y dermatológicos, desórdenes del sueño y depresión
Dietas hipoenergéticas	1000–1200 kcal/día	Del buen humor Del sandwich Primavera Del arroz integral	Aporte insuficiente de vitaminas y minerales
Dietas pobres en hidratos de carbono y ricas en grasas y proteínas	Baja ingesta de carbohidratos y alto consumo de alimentos ricos en grasas y proteínas	De Atkins Scardale diet De la Clínica Mayo De Montignac	Incremento de colesterol, triglicéridos y ácido úrico. Pérdida de proteínas musculares y viscerales. Estreñimiento. Halitosis, náuseas, mareos, inapetencia, descalcificación
Dietas ricas en hidratos de carbono	Baja cantidad de proteínas (0,5 g/kg/día) y grasas (≤ 10 % de la ingesta total energética)	Del sirope de arce y limonada De la piña Del arroz integral	Posible déficit de ácidos grasos esenciales, vitaminas liposolubles y proteínas Problemas gastrointestinales (disminución de absorción de minerales, cólicos abdominales, diarrea, borborismo y flatulencia)
Monodietas	Está basado en un alimento concreto que proporciona el nombre a la dieta	Del pomelo De las uvas Del helado	Monotonas, aburridas, desequilibradas energética y nutricionalmente Pueden producir trastornos digestivos y psíquicos
Pintorescas	Usan personajes populares como reclamo para seguirla	De la luna Del calendario Mental De los colores De Beverly Hills	Desequilibrios nutricionales

La dieta del Dr. Shelton, concebida por Herbert McGolfín Shelton, graduado en la *American School of Chiropractice* y doctor en naturopatía por la *American School of Naturopathy*, se fundamentaba en el principio de disociación. Aunque inicialmente dirigida a

vegetarianos, posteriormente se adaptó para incluir a pacientes no vegetarianos. Prometía una pérdida de peso de hasta 1,5 kg por semana. Sin embargo, después de 1927, Shelton enfrentó arrestos, prisión y multas por ejercer la medicina sin licencia. Además, fue acusado de homicidio negligente tras la muerte de un paciente por inanición y otro por un ataque al corazón, lo que lo llevó a la bancarrota (Varela et al., 1998). La dieta Gayelord, desarrollada en la década de 1920 por Benjamin Gayelord Hauser, graduado en naturopatía y quiropráctica, se basaba en una dieta de eliminación de siete días con un día de ayuno que solo permitía el consumo de jugo. Junto con su cuñado, comercializó productos para su uso en pacientes. Aunque ganó popularidad en Hollywood, con estrellas como Fred Astaire, Ingrid Bergman y otras, Gayelord, autodenominado "asesor de nutrición", no contaba con estudios médicos. Prometía una pérdida de peso de hasta 1,5 kg por semana, pero seguir esta dieta podía resultar en una ingesta insuficiente de vitaminas y minerales (Drouard, 1998).

La dieta Atkins, propuesta en la década de 1960 por el cardiólogo estadounidense Robert Coleman Atkins, abogaba por la restricción de alimentos ricos en carbohidratos y prometía una pérdida de peso de hasta 2 kg por semana. Aunque se respaldaba en estudios a corto plazo, como señaló Christman (2002), se requerían más investigaciones/estudios para comprender sus beneficios y efectos adversos, ya que los resultados disponibles eran limitados en tiempo y tamaño de muestra. El libro se reeditó en la década de 1990, flexibilizando los preceptos para permitir un mayor consumo de verduras y carbohidratos (Atkins, 1992).

A finales del siglo XX, varios experimentos sugirieron que los seguidores de la dieta Atkins consumían menos calorías debido a la escasez de carbohidratos, controlando así el apetito con grasas,

generando un efecto saciante (Christman, 2002; Rolls et al., 1994). Aunque este enfoque mostró resultados, la revisión de Astrup et al. (2004) no encontró evidencia de la utilidad a largo plazo para la pérdida de peso. Además, se destacó que la dieta Atkins, al inducir la pérdida de peso inicial a través de la reducción de glucógeno y agua corporal, podría aumentar el colesterol y el ácido úrico, resultando en una rápida recuperación de peso cuando se restablecían estas reservas (Christman, 2002). La dieta de la limonada y del jarabe de arce, ideada por el naturópata Stanley Burroughs y descrita en 1976, se basaba en ayunar durante diez días o más, consumiendo una bebida hecha con jugo de limón, jarabe de arce y pimienta de cayena, junto con té laxante y agua con sal marina. Prometía una pérdida de peso de hasta 5 kg por semana, pero causaba deficiencias nutricionales, halitosis, fatiga, insomnio, mareos y descensos de la presión arterial. En 1984, Burroughs fue condenado por vender ilegalmente tratamientos contra el cáncer y practicar sin licencia, así como por el asesinato en segundo grado de un paciente de cáncer que siguió su tratamiento (Burroughs, 1976; Trimble, 1985).

La dieta del pomelo, también conocida como la dieta de Hollywood, ganó popularidad en la década de 1930, al afirmar que el pomelo contenía flavonoides que estimulaban la quema de grasa y aceleraban el metabolismo. Proponía una ingesta calórica baja (entre 800 y 1000 kcal) durante dieciocho días. Sin embargo, su asociación de baja ingesta calórica y consumo de fibra de la fruta era la razón real de la pérdida de peso. Se desaconsejaba para pacientes medicados con ciertos fármacos debido a las interacciones del zumo de pomelo con el CYP3A4, la isoenzima del citocromo P450 (Modi y Priefer, 2020). Finalmente, la dieta del ajo, descrita por Varela et al. (1998; pp. 29–30), consistía en colocar un diente de ajo pelado en el ombligo, una práctica sin fundamentos comprobados.

Las diversas dietas mencionadas, junto con otras de naturaleza similar, continúan ejerciendo presencia en nuestra rutina diaria. No obstante, en el actual entorno, donde la información sobre salud abunda, discernir entre mensajes fundamentados en evidencia y otros puede resultar desafiante. En este contexto, resulta imperativo recordar el antiguo principio hipocrático: "Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento". En consonancia con este principio, es crucial reconocer que cualquier enfoque dietético o tratamiento relacionado con la salud debería ser supervisado por profesionales, en este caso, dietistas-nutricionistas. Estas dietas, al prometer una rápida pérdida de peso, presentarse como fáciles de seguir y aplicar restricciones energéticas severas, pueden comprometer seriamente la salud al no proporcionar las cantidades equilibradas y adecuadas de nutrientes esenciales requeridos para el funcionamiento normal del cuerpo. En un mundo donde la búsqueda de soluciones rápidas es común, es esencial cultivar una conciencia crítica y recurrir a fuentes confiables, como profesionales de la nutrición, para orientación y asesoramiento. La interconexión entre la alimentación y la salud es un tema central, y adoptar enfoques informados y sostenibles hacia la nutrición se vuelve crucial (Chan y Woo, 2010). La importancia de buscar asesoramiento profesional, especialmente de dietistas-nutricionistas, resalta la necesidad de una guía especializada y personalizada en el diseño de planes dietéticos que se alineen con las necesidades y objetivos individuales. En un contexto donde la sobreabundancia de información puede generar confusión, contar con expertos calificados se convierte en un factor clave para salvaguardar la salud y promover hábitos alimenticios equilibrados y sostenibles.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

El objetivo general es realizar la primera revisión exhaustiva de la historia de las dietas milagro desde un enfoque histórico y sanitario, con el propósito de identificar y detectar estas prácticas en la actualidad, brindando a profesionales sanitarios y usuarios una herramienta para alertar sobre las posibles consecuencias adversas de su uso.

Para ello se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Realizar una búsqueda bibliográfica abarcando desde la primera dieta conocida hasta las dietas milagro contemporáneas.
- Llevar a cabo un análisis exhaustivo del riesgo para la salud asociado a estas dietas, evaluando tanto aspectos energético-nutricionales como casos clínicos publicados a lo largo de los siglos. Utilizar el programa DIAL para una valoración completa.
- Proponer una nueva clasificación de las dietas milagro y desarrollar un criterio global para detectarlas, evitando repeticiones y facilitando su identificación.
- Identificar y categorizar a los autores de las dietas estudiadas según su profesión, nivel académico y relación con la salud, especialmente en nutrición. Geolocalizar las dietas para determinar su origen y analizar las áreas del mundo donde estas prácticas dietéticas son más prevalentes.
- La consecución de estos objetivos permitirá la primera revisión bibliográfica global de las dietas milagro, proporcionando una clasificación clara y detallada. La contribución al conocimiento radica en dotar a profesionales y usuarios de una herramienta para identificar y alertar sobre las potenciales consecuencias perjudiciales de estas prácticas dietéticas.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

III. MATERIALES Y MÉTODOS

III.1. Instrucciones de estilo de la presente tesis

En la presente tesis se ha empleado un lenguaje no sexista siguiendo la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo de 2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, concretamente en el Título II, Capítulo I, artículo 14, donde se especifica “la implantación de un lenguaje no sexista en el ámbito administrativo y su fomento en la totalidad de las relaciones sociales, culturales y artísticas” (Jefatura del Estado, 2007).

Además, se han empleado las indicaciones del III Plan de Igualdad de la Universitat de València, y en concreto en su acción 60, donde se puntualiza que se deben de “impulsar medidas y recomendaciones para garantizar que la Universitat de València utilice un lenguaje (también visual) inclusivo y no sexista en las lenguas oficiales de nuestra institución” (Universitat de València, 2019).

Se ha utilizado el criterio de añadir “et al.”, y no “y col.”, cuando son tres o más autores, de acuerdo con el último *Manual de Normas Estilo APA*, actualizado en enero de 2024. Mientras que si son dos autores se añade “y” entre ambos apellidos, como establecen, también las normas APA (2024).

Por otro lado, y en consonancia con esta norma, se procederá a utilizar las comillas inglesas (“”), ya que como apunta Torres (2018) son adoptadas con mayor asiduidad en textos científicos. Por último, se ha tenido en cuenta el uso de cursivas para la terminología de conceptos en otros idiomas distinto al castellano (APA, 2024).

En determinados casos, se ha procedido a la traducción al castellano de algunos términos, como es el caso de algunos nombres de las dietas, mientras que las que permanecen en el idioma original se han escrito en cursiva. De todas maneras, incluso si se mantiene en

su idioma original es porque no se ha detectado ningún texto en castellano que indique su traducción del original y para evitar cualquier confusión se decidió mantener la terminología en el idioma original.

III.2. Materiales y métodos para la revisión de la historia de las dietas y para una nueva propuesta de clasificación de las dietas y de redefinición de las dietas milagro

La selección del tipo de revisión para este apartado se fundamentó en los trabajos de Grant y Booth (2009), Guirao Goris (2015), López-Cortes et al. (2022) y Peters et al. (2020), seleccionándose la llamada revisión de alcance, más conocida con la terminología inglesa *scoping review*. Para ello hay que tener en cuenta los siguientes siete supuestos (López-Cortes et al., 2022):

- Ámbito amplio: Se pretende abarcar la historia de las dietas de adelgazamiento a lo largo del tiempo.
- Áreas emergentes y conceptos clave: Se tendrá cuenta que la historia de las dietas es un campo emergente que ha experimentado cambios significativos a lo largo de las épocas, con conceptos clave que han evolucionado con el tiempo, siendo un punto clave la creación de la nutrición como ciencia con los estudios de Antoine Lavoisier y de su mujer Marie-Anne Pierrette Paulze, a finales del siglo XVIII.
- Pregunta "PCC" en lugar de "PICO"¹: En este tipo de revisiones es muy útil el enfoque PCC (Población, Concepto y Contexto) aplicado a la historia de las dietas, ya que la investigación abarcará diferentes períodos de tiempo (Contexto), diversos tipos de tratamiento para la pérdida de peso (Concepto) y poblaciones variadas.

¹ PICO: Metodología empleada para revisiones sistemáticas que utiliza cuatro componentes; P (Patient), I (Intervention), C (Comparison) y O (Outcomes).

- Ausencia de análisis de riesgo de sesgos y calidad: Es importante la justificación de la falta de evaluación de riesgo de sesgos y calidad al señalar que la evidencia en la historia de las dietas proviene de diversas fuentes, como textos históricos, documentos antiguos, testimonios, etc., y no sigue el formato tradicional de estudios clínicos o experimentales. De hecho, se ha realizado la búsqueda, debido a la amplia dispersión de fuentes sobre las dietas, en tres tipos de fuentes bibliográficas (Hoffecker, 2020):
 - Literatura científica blanca. Se refiere a la literatura científica tradicional, formal y académica, y cuyas características son:
 - Publicada en revistas científicas revisadas por pares.
 - Escrita por expertos en el campo.
 - Sigue rigurosos estándares académicos y de metodología.
 - Accesible a través de bibliotecas, bases de datos académicas y publicaciones científicas reconocidas.Para ello se usaron las siguientes fuentes: CINAHL, Encyclopedia.com, Embase, LILACS, PubMed, Scopus, Virtual Health Library, and Web of Science.
 - Literatura científica gris. Es la que incluye información no convencional, no publicada comercialmente o de difícil acceso. Presenta las siguientes características:
 - No siempre sometida a procesos formales de revisión por pares.
 - Puede incluir informes técnicos, tesis no publicadas, documentos gubernamentales, conferencias, patentes, etc.

- A menudo producida por organizaciones gubernamentales, instituciones académicas, empresas u otras entidades.
- Accesible a través de repositorios institucionales, bases de datos específicas y sitios web especializados.

Las plataformas utilizadas fueron Google Scholar, New York Academy of Medicine's Grey Literature Report, Open Grey, Preprint repositories, Princeton University Library's Technical Reports and Grey Literature.

- Literatura científica negra. Hace referencia a la información no convencional, no aceptada o no reconocida por la comunidad científica establecida. Principalmente caracterizada porque:
 - No suele ser revisada por pares o publicada en fuentes respetadas.
 - Puede incluir teorías no respaldadas, afirmaciones sin evidencia sólida o pseudociencia.
 - A menudo carece de rigor científico y puede provenir de fuentes no confiables.
 - Puede circular a través de medios no académicos, como blogs no especializados, redes sociales o sitios web de dudosa reputación.
- Variabilidad en metodologías y resultados. Hay que tener en cuenta que la variabilidad de los diferentes tratamientos para la pérdida de peso a lo largo del tiempo conduce a una heterogeneidad en las fuentes y métodos utilizados en los estudios históricos de dietas.
- Rigor metodológico comparable con revisiones sistemáticas. Hay que destacar la importancia de mantener un riguroso protocolo metodológico, siguiendo las normas (Tricco et al.,

2018), para garantizar la fiabilidad y validez del mapeo de la evidencia histórica en el contexto de las dietas.

- Objetivos de la Scoping Review. Identificar el estudio de la historia de las dietas como una oportunidad para:
 - Ser precursora de una revisión sistemática, explorando cambios en las prácticas alimentarias a lo largo del tiempo.
 - Identificar el tipo de evidencia existente en el campo de estudio histórico de las dietas.
 - Aclarar conceptos y definiciones clave en relación con la evolución histórica de las dietas.

Al adoptar estos puntos, se puede justificar la elección de una scoping review para explorar la historia de las dietas, resaltando su relevancia y la necesidad de abordar un tema que abarque una amplia gama de contextos temporales y diferentes tratamientos de adelgazamiento, que permita contextualizar histórica y geográficamente cada unas de las dietas, junto con los personajes y la profesión de quienes las idearon.

Con todo esto se procede a desarrollar una metodología para llevar a cabo esta *scoping review* centrada en la historia de las dietas desde las primeras referencias históricas hasta nuestros días, y que sentaría el procedimiento en los siguientes diez puntos:

1. Desarrollo del protocolo. Se pretende elaborar un protocolo detallado que describa la pregunta de investigación, los objetivos específicos (que han sido comentados en la sección II de esta tesis) y los criterios de inclusión y exclusión. Define claramente los elementos PCC (Población, Concepto, Contexto) y los relaciona con la historia de las dietas.
2. Identificación de la pregunta de investigación. Se debe de revisar, y en caso necesario reformular, una pregunta de

investigación clara y específica que refleje los objetivos de la *scoping review* en el contexto histórico de las dietas.

3. Búsqueda bibliográfica. Se desarrollarán estrategias de búsqueda exhaustivas que abarquen los tres diferentes tipos de literaturas citados anteriormente (blanca, gris y negra) y se utilizarán términos de búsqueda relacionados con la historia de las dietas, períodos temporales específicos, localización y creadores de los tratamientos para perder peso.
4. Selección de estudios. Se establecerán criterios de inclusión y exclusión para seleccionar estudios, documentos u otros recursos históricos relevantes de los tres tipos de literatura.
5. Extracción de datos. Se diseñará un formulario de extracción de datos que incluya variables clave relacionadas con la historia de las dietas, como son alimentos o nutrientes ingeridos, el año (década o período temporal), creador/es y localización de las dietas, así como posible pérdida de peso tras su realización, o los problemas o ventajas de su realización y cualquier característica relevante que pueda apoyar la justificación de una nueva clasificación.
6. Análisis y síntesis. Se realizará un análisis narrativo de la información que permita desglosar cada una de las dietas por su cronología.
7. Mapeo de la evidencia. Crea figuras que permitan visualizar la localización de las dietas a nivel mundial, así como una gráfica de barras que tenga en cuenta la nueva clasificación de las dietas establecida para esta tesis en relación con el creador o creadores del tratamiento para pérdida de peso.
8. Informe final. Se redactarán de manera individual los datos recopilados para cada dieta, y para garantizar la transparencia y la calidad metodológica se utilizará la extensión PRISMA-ScR

(*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018).

9. Retroalimentación de expertos. Se tendrá en cuenta la posibilidad de buscar retroalimentación de expertos nacionales e internacionales que forman parte del Cluster sobre la Historia de las Dietas, y que son los siguientes investigadores; Dr. Pietro Boselli (Universidad de Milán), Dra. Nadia San Onofre (Universidad de Alicante), los Dres. Juan F. Merino-Torres y Ana Catalá Gregori (Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia) y los Dres. José Miguel Soriano, María Morales-Suarez-Varela y María Trelis, junto con la estudiante de la presente tesis doctoral D^a Inmaculada Zarzo (Universidad de Valencia). Esto permitirá fortalecer la calidad del trabajo.
10. Actualización del Protocolo (si es necesario). Se tendrá en cuenta que se puede ajustar el protocolo según sea necesario a medida que se trabaja en la revisión y puedan aparecer nuevas perspectivas.

En la **Tabla 2** se muestra el prótoco utilizado para este subapartado y en la **Figura 1** se muestra la metodología PRISMA-ScR aplicada. Los descriptores utilizados, y sus operadores booleanos, fueron los siguientes: (*diet* OR "*weight loss*" OR "*weight loss treatment*") AND *adult*.

Tabla 2. Protocolo para el apartado III.2, de esta tesis doctoral, sobre materiales y métodos para la historia de las dietas y para una nueva propuesta de clasificación de las dietas y de redefinición de las dietas milagro

Parámetro a recopilar		Descripción
Pregunta de investigación	de	¿Cuál es la característica de la dieta, el período de su aparición, su/s creador/es y su geolocalización?
Objetivos específicos		Especificar sus características principales. Estimar el año, década o siglo donde apareció. Establecer su creador/es. Determinar su geolocalización. Señalar inconvenientes del tratamiento. Fijar la cantidad de peso se puede perder en la intervención dietoterapéutica. Replantear una nueva clasificación de tratamiento para pérdida de peso Redefinir la terminología de las dietas milagro o falsas dietas
Criterios de inclusión		Cualquier período temporal. Cualquier tipo de dieta. Diversidad geográfica. Cualquier fuente de información. Referencias en inglés o castellano o cualquier otro idioma que se traducirá utilizando <i>Google Translator</i>, disponible gratuitamente en la web (Google, Inc., Mountain View, CA), y en casos de duda sobre los manuscritos escritos en lenguas asiáticas, se recurrirá a la ayuda del Instituto Confucio de la Universitat de València (https://institutoconfucio.uv.es) antes de revisar los artículos completos.
Criterios de exclusión		Fuentes no relevantes que han desaparecido tras su revisión. Fuentes que se centren en otros temas. Información redundante.
Elementos PCC		Población (P) mundial enfocado por países, o continentes, si fuera necesario. Contexto (C) enfocado en diferentes períodos temporales. Concepto (C) centrado en el tratamiento para la pérdida de peso.

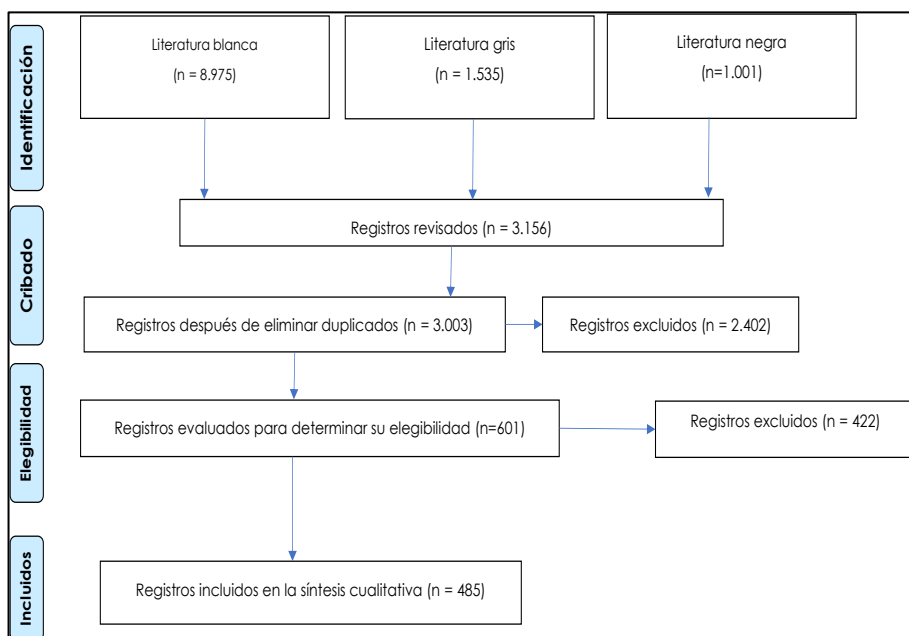


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018) que representa el proceso de búsqueda y selección de registros en este apartado.

III.3. Materiales y métodos para las tres revisiones sistemáticas de tres dietas

Una vez establecida la nueva clasificación de dietas de adelgazamiento se seleccionaron, por parte del Cluster sobre la Historia de las Dietas, tres tratamientos para pérdida de peso, cuya metodología se describe a continuación.

III.3.1. Dieta del pomelo

Su selección se realizó porque como se aprecia en la **Tabla 1** aparece por duplicado, en la clasificación de la FESNAD (2008), tanto en las dietas de muy bajo o bajo valor calórico, y en las monodietas.

En la **Tabla 3** se muestra el protocolo utilizado para este subapartado y en la **Figura 2** se refleja la metodología PRISMA-ScR aplicada.

Tabla 3. Protocolo para el apartado III.3.1., de esta tesis doctoral, sobre materiales y métodos para el estudio de la dieta del pomelo

Parámetro a recopilar	Descripción
<i>Pregunta de investigación</i>	¿Cuál es la característica de la dieta, el período de su aparición, su/s creador/es y su geolocalización?
<i>Objetivos específicos</i>	Especificar sus características principales. Estimar el año, década o siglo donde apareció. Establecer su creador/es. Determinar su geolocalización. Señalar inconvenientes del tratamiento. Fijar la cantidad de peso se puede perder en la intervención dietoterapéutica. Replantear una nueva clasificación de tratamiento para pérdida de peso Redefinir la terminología de las dietas milagro o falsas dietas
<i>Criterios de inclusión</i>	Cualquier período temporal. Cualquier tipo de dieta. Diversidad geográfica. Cualquier fuente de información. Referencias en inglés o castellano o cualquier otro idioma que se traducirá utilizando <i>Google Translator</i>, disponible gratuitamente en la web (Google, Inc., Mountain View, CA), y en casos de duda sobre los manuscritos escritos en lenguas asiáticas, se recurrirá a la ayuda del Instituto Confucio de la Universitat de València (https://institutoconfucio.uv.es) antes de revisar los artículos completos.
<i>Criterios de exclusión</i>	Fuentes no relevantes que han desaparecido tras su revisión. Fuentes que se centren en otros temas. Información redundante.
<i>Elementos PCC</i>	Población (P) mundial enfocado por países, o continentes, si fuera necesario. Contexto (C) enfocado en diferentes períodos temporales. Concepto (C) centrado en el tratamiento para la pérdida de peso.

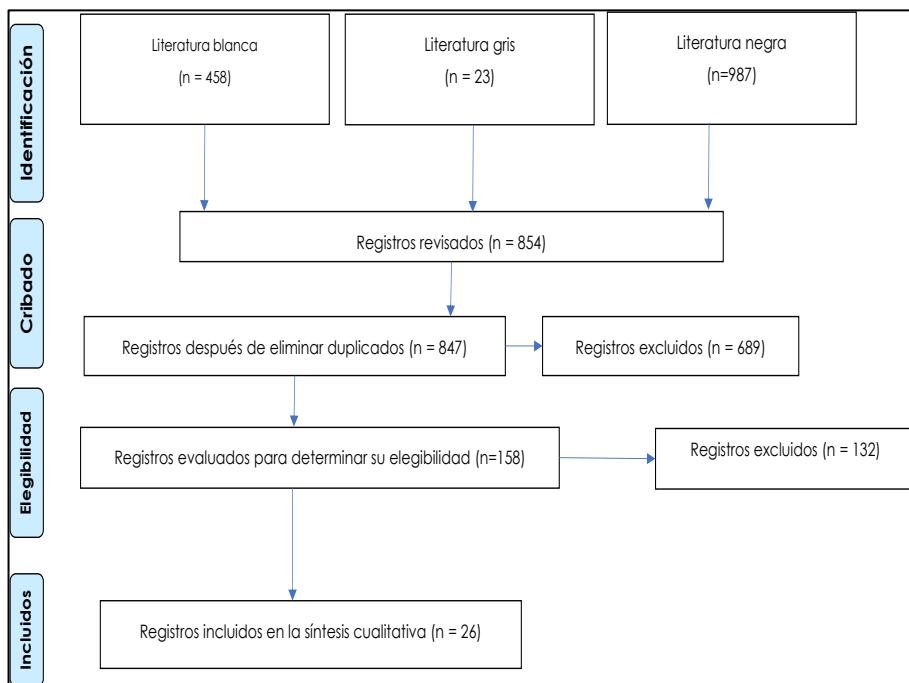


Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018) que representa el proceso de búsqueda y selección de registros en para el estudio de la dieta del pomelo.

Los descriptores utilizados, y sus operadores booleanos, fueron los siguientes: (diet OR “weight loss” OR “weight loss treatment”) AND (grapefruit OR “18-day” OR “18 day” OR “eighteen days reducing” OR Hollywood OR Barrymore).

Para estimar el valor energético y nutricional de esta dieta se utilizó el software DIAL versión 3.0.0.5, desarrollado por ALCE Ingeniería en Madrid, España (Ortega et al., 2024). A partir de los alimentos e ingredientes obtenidos en los ejemplos detectados de este tratamiento, se determinó la cantidad de energía y nutrientes consumidos.

La **Figura 3** ilustra la presentación típica de los datos nutricionales obtenidos con dicho programa informático.

A:P	Alimento o Plato	g-R	Cantidad	Comida	Nutriente	Aporte/día
A	LECHE	g	250	Desayuno	Energía	2674
A	ZUMO DE NARANJA	g	200	Desayuno	Agua	1707
A	PAN BLANCO	g	50	Desayuno	Alcohol	0
A	MEMELADA DE ALBAPICOQUE Y MELOCOTE	g	15	Desayuno	Proteínas	114
P	PAELLA VALENCIANA	R	1,5	Almuerzo	Hidratos Carbono	328
P	ENSALADA MIXTA	R	1	Almuerzo	Azúcares sencillos	80,8
A	NARANJA	g	225	Almuerzo	Almidón	224
A	PAN BLANCO	g	60	Almuerzo	Fibra vegetal	25,1
P	ENSALADA DE PASTA CON ATUN	R	1	Cena	Fibra soluble	6,3
A	JAMON SERRANO	g	80	Cena	Fibra insoluble	12,3
A	PAN BLANCO	g	60	Cena	Lípidos	93
A	YOGUR ENTERO CON FRUTA	g	125	Cena	AGS	21,6
					AGM	50,1

Figura 3. Valoración nutricional. Programa DIAL v3.0.0.5

III.3.2. Dieta de Lord Byron

La segunda dieta seleccionada fue la de Lord Byron (o la dieta del vinagre), puesto que el año de la lectura de esta tesis doctoral, coincide con el centenario de su fallecimiento, y se ha pretendido vislumbrar la posibilidad de si la dieta fue la causante del fatal desenlace del poeta.

Los descriptores utilizados, y sus operadores booleanos, fueron los siguientes: (diet OR “weight loss” OR “weight loss treatment”) AND (Byron OR vinegar).

En la **Tabla 4** se muestra el protocolo utilizado para este subapartado y en la **Figura 4** se refleja la metodología PRISMA-ScR aplicada.

Tabla 4. Protocolo para el apartado III.3.2., de esta tesis doctoral, sobre materiales y métodos para el estudio de la dieta de Lord Byron

Parámetro a recopilar	Descripción
Pregunta de investigación	¿Cuál es la característica de la dieta, el período de aparición, su/s creador/es, geolocalización y establecer a que tipo de dieta pertenece con la nueva clasificación de dietas (Zarzo et al., 2021).
Objetivos específicos	Especificar sus características principales. Estimar el año o década donde apareció. Establecer su creador/es. Determinar su geolocalización.
Criterios de inclusión	Período de búsqueda: enero de 1700-31 diciembre de 2021. Diversidad geográfica. Cualquier fuente de información. Referencias en inglés o castellano o cualquier otro idioma que se traducirá utilizando Google Translator.
Criterios de exclusión	Fuentes no relevantes que han desaparecido tras su revisión. Fuentes que se centren en otros temas. Información redundante.
Elementos PCC	Población (P) o pacientes que han seguido la dieta. Contexto (C) enfocado entre el período comprendido entre 1700 a 2021. Concepto (C) centrado en el tratamiento para la pérdida de peso.

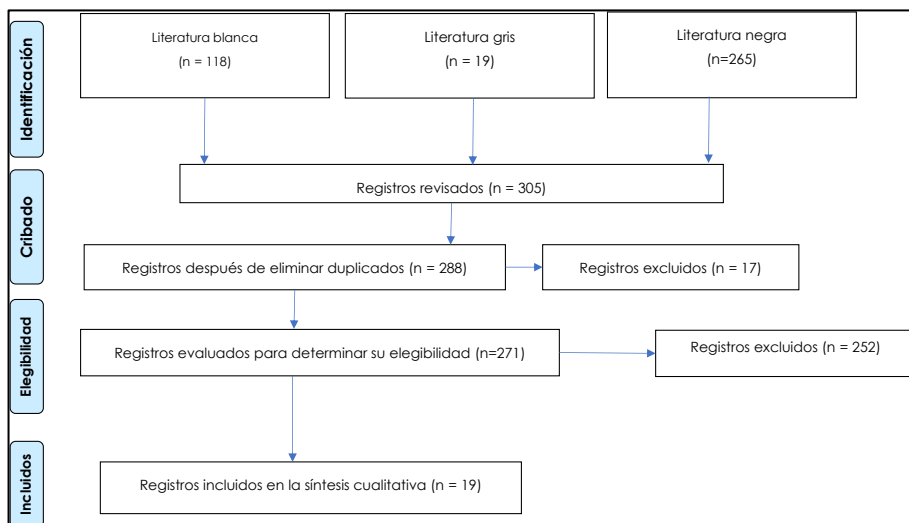


Figura 4. Diagrama de flujo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018) que representa el proceso de búsqueda y selección de registros en para el estudio de la dieta de Lord Byron.

III.3.3. Dieta de Maria Callas

El tercer tratamiento de perdida de peso fue la que supuestamente siguió Maria Callas (también conocida como dieta de la tenia), siendo seleccionada para su estudio por dos acontecimientos; i) coincidió, en 2023, con el centenario de su nacimiento y ii) la llegada de varias noticias periodísticas (Esur, 2020; Nuño, 2020) en torno a esta dieta durante el año 2020.

Los descriptores utilizados, y sus operadores booleanos, fueron los siguientes: (*diet* OR “*weight loss*” OR “*weight loss treatment*”) AND (“*Maria Callas*” OR *Callas* OR *tapeworm* OR “*Taenia saginata*” OR *Taenia*).

En la **Tabla 5** se muestra el protocolo utilizado para este subapartado y en la **Figura 5** se refleja la metodología PRISMA-ScR aplicada.

Tabla 5. Protocolo para el apartado III.3.3., de esta tesis doctoral, sobre materiales y métodos para el estudio de la dieta de Maria Callas

Parámetro a recopilar	Descripción
Pregunta de investigación	¿Cuál es la característica de la dieta, el período de aparición, su/s creador/es, geolocalización y establecer a que tipo de dieta pertenece con la nueva clasificación de dietas (Zarzo et al., 2021).
Objetivos específicos	Especificar sus características principales. Estimar el año o década donde apareció. Establecer su creador/es. Determinar su geolocalización.
Criterios de inclusión	Período de búsqueda: enero de 1900-31 diciembre de 2021. Diversidad geográfica. Cualquier fuente de información. Referencias en inglés o castellano o cualquier otro idioma que se traducirá utilizando <i>Google Translator</i>.
Criterios de exclusión	Fuentes no relevantes que han desaparecido tras su revisión. Fuentes que se centren en otros temas. Información redundante.
Elementos PCC	Población (P) o pacientes que han seguido la dieta. Contexto (C) enfocado entre el período comprendido entre 1900 a 2021. Concepto (C) centrado en el tratamiento para la pérdida de peso.

Materiales y métodos

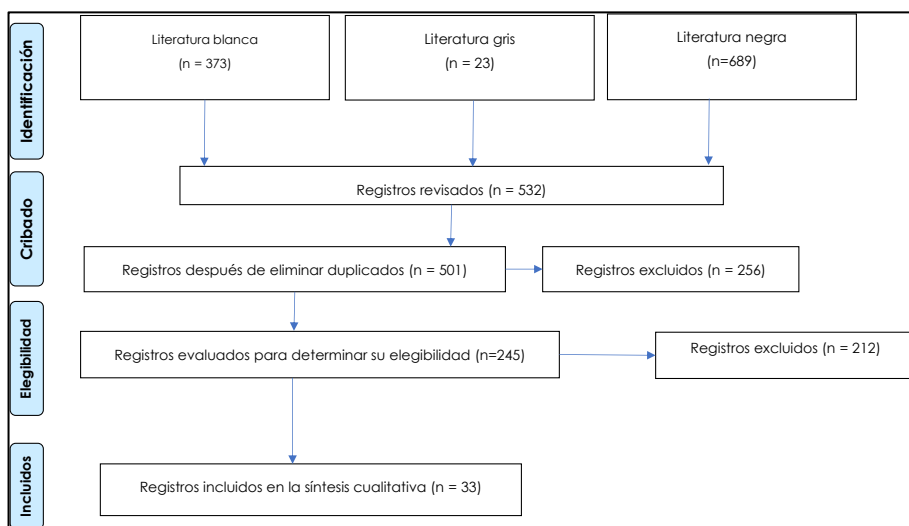


Figura 5. Diagrama de flujo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018) que representa el proceso de búsqueda y selección de registros en para el estudio de la dieta de María Callas.

Por otro lado, al realizar la revisión anterior, se parte de la hipótesis de posibles personas que hubieran podido influir en la pérdida de peso, y al realizar la revisión se encuentra un tema interesante, en relación con la cantante, y que fue desarrollado por Polzonetti (2015) bajo un concepto que el autor denominó “gastromusicología operística”, y que incluye cinco funciones principales de la comida en la ópera: social, íntima, denotativa, medicinal y dietética. El artículo de este autor reflejaba la influencia de la modista milanese Biki en el vestuario y la pérdida de peso de la cantante, achancando la influencia a dicha modista, pero incluyendo en su artículo una foto (**Figura 6**), fechada en 1958, donde aparecían Maria Callas, Biki y un hombre no identificado. Polzonetti (2015) sugirió posiblemente que se tratase de un empleado de la tienda de Biki.



Figura 6. Imagen donde, según Polzonetti (2015), aparece un hombre no identificado, junto a Maria Callas y Biki (extraído de: <https://fashion.mam-e.it/wp-content/uploads/2013/05/Alain-ReynaudBiki-and-Maria-Callas-1958-768x499.jpg>)

El Clúster sobre la Historia de las Dietas valoró la posibilidad de estudiar a este enigmático personaje, por si hubiera tenido algo que ver en la influencia de los vestidos de Maria Callas, así como en su pérdida de peso.

Para descubrir esto último se tuvo que desarrollar un sistema de inteligencia artificial utilizando un servicio de recuperación de imágenes (Google Images) combinado con un sistema de reconocimiento facial Face++ (Megvii Inc., 2022), modificando el procedimiento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009). Este nuevo sistema se denominó IRFR-PRISMAL (*Images Retrieval and Face Recognition coupled with PRISMA methods in white, black and grey Literature*).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV.1. Historia de las dietas de adelgazamiento

IV.1.1. Dietas antes de nuestra era

La importancia de los tratamientos relacionados con la pérdida de peso se conoce desde la antigüedad. De hecho, durante este período se han identificado quince tipos de dietas, una de las cuales se desarrolló en China y dos en la India. Las dietas antiguas restantes se desarrollaron en la región mediterránea. El tratamiento chino único es comúnmente conocido como la dieta de Shen Nong, quien fue el Emperador Amarillo en la dinastía Han desde aproximadamente el 2695 a.C. e inició el consumo de té verde para reducir la obesidad, una enfermedad asociada con los nobles y personas ricas debido a la ingesta de grandes cantidades de alimentos y grasos (Chen, 2002). En la actualidad, se considera la primera dieta de la historia. En cuanto a la India, la dieta de Susruta fue realizada por este médico indio alrededor del 600 a.C. y observó el problema del estilo de vida sedentario, estableciendo el ejercicio (Tipton, 2008) y el ayuno o una dieta ayurvédica (Dods, 2013) para mejorar la calidad de vida. Además, fue el primero en vincular la diabetes mellitus (asociada con la elección de una "dieta imprudente" y síntomas que incluyen obesidad, voracidad, una tendencia soporífera y una inclinación a descansar en una cama o cojín) con enfermedades cardíacas y obesidad (Haslam, 2007). Por otro lado, un médico indio llamado Charak, alrededor del 300 a.C., desarrolló el tratamiento que lleva su nombre y fue el exponente más famoso de la medicina ayurvédica, relacionando la obesidad con una ingesta excesiva de alimentos pesados,

dulces, fríos y untuosos y junto con la falta de ejercicio físico, el sueño diurno, la alegría ininterrumpida o la falta de ejercicio mental (Mondal, 2014). Iason (1946) sugirió, en el Ayurveda, que el consumo de tejido testicular podría funcionar contra la obesidad, pero esta ingesta no se reflejó en las recomendaciones de Charak.

Si nos movemos hacia la influencia mediterránea, la más antigua es la dieta espartana (también conocida como la dieta de Licurgo), que tuvo un papel crucial en promover la salud en esta sociedad, erradicando la obesidad de la población de Esparta. El legislador Licurgo (c. 900-800 a.C.) indicó que el cuerpo humano debía mantenerse alejado de la pereza, la debilidad muscular y la obesidad en toda la población (Forth, 2012). Esta fue la primera campaña de promoción de la salud pública para revertir el fenómeno de la obesidad.

Progresivamente, la aparición de otras dietas surgió en la cuenca mediterránea, como pueden ser las siguientes:

- Dieta de Pitágoras. Este filósofo jonio (570–495 a.C.) recomendaba comer con moderación debido a que varios conciudadanos comían en exceso y vomitaban o ayunaban (Haslam, 2007).
- Dieta de Icco (o la comida de Icco). Nació en Tarento (siglo V a.C.) y fue un médico centrado en la combinación de ejercicio con una dieta frugal para garantizar la salud y la calidad de vida. Se sabe que la "comida de Icco" se basa en una comida sencilla y moderada (Nicholson, 2016).
- Dieta de Heródico. Fue un médico en el siglo V a.C. y es considerado el padre de la medicina deportiva, que recomendaba la necesidad de regular la dieta y el ejercicio y recetaba caminatas rápidas de 42 km desde Atenas hasta Megara a velocidades progresivamente crecientes en algunos

pacientes. De hecho, Hipócrates y Platón indicaron que causó la muerte de varias personas al someterlas a caminatas excesivamente largas y ejercicio forzado (Georgoulis et al., 2007).

- Dieta de Heródoto. El historiador griego (480–429 a.C.) reflexionó sobre cómo los egipcios vomitaban y se purgaban tres veces al mes, con el fin de preservar su salud, que en su opinión se veía principalmente perjudicada por su comida (Demont, 2018).
- Dieta de Hipócrates. Hipócrates de Cos (460–370 a.C.) fue reconocido como el padre de la medicina moderna, basada en observaciones de signos clínicos y conclusiones racionales. Uno de ellos se centra en la obesidad y su asociación con un mayor riesgo de muerte súbita, contrarrestado con un trabajo físico intenso antes del desayuno y evitar el consumo de vino, a menos que esté diluido en gran medida con agua (Christopoulou-Aletra, 2004).
- Dieta de Polibio. Fue discípulo de Hipócrates y también su yerno (c. 400 a.C.), y recomendaba una dieta combinada con períodos de ayuno, además del consumo de bebidas de pequeñas cantidades de licores y ligeramente calientes y, comer solo una vez al día para satisfacer el hambre (Albala, 2002).
- Dieta de Aristóteles. Filósofo (384–322 a.C.) que sugirió que la cantidad adecuada de alimentos produce, aumenta o preserva la salud y la calidad de vida (Bartoš, 2020).
- Dieta de Diocles. Fue un médico griego (240–180 a.C.) que indicó que las personas obesas deberían comer solo una vez al día (Tipton, 2014).

- Dieta de Catón el Viejo. Marcus Porcius Cato, también conocido como Catón el Viejo, fue un político, escritor y agricultor romano que vivió en el siglo II a.C. Era conocido por su estilo de vida austero y sus escritos sobre la agricultura. Aunque no hay evidencia directa de que Catón llevase una dieta específica que incluyera repollo y orina, existen referencias históricas que sugieren ciertos hábitos alimentarios y prácticas de higiene que podrían parecer inusuales en la actualidad (Budzanowska-Weglenda, 2018).
- Dieta de Asclepiades. Fue un médico griego, nacido en Prusia (120–40 a.C.) que realizaba afirmaciones sobre la importancia de la bebida, la comida y los enemas, y que recomendaba dieta, ejercicios, tratamientos térmicos, baños fríos y beber vino como terapéuticas principales (Santacroce et al., 2017).
- Dieta de Diodorus. Escribió la monumental "Biblioteca histórica" en cuarenta libros, entre el 60 y el 30 a.C. En el primer libro, centrado en la historia y la cultura del Antiguo Egipto, propuso un método para reducir la absorción de alimentos que implicaba "purgar, vomitar o ayunar cada segundo, tercer o cuarto día de la semana". Se justificó con la siguiente frase: "la mayor parte de la comida que tomamos es superflua, y esa superfluidad es la causa de nuestras dolencias" (Diodoro, 1721).
- Dieta de Celsus. Fue un filósofo griego (alrededor del 25 a.C.) que recomendaba en general la moderación en la dieta y que trataba la obesidad con baños de mar. Además, promovía la inducción del vómito con exceso de comida (Celsus, 1935).

IV.1.2. Dietas desde el primer siglo de la era moderna hasta finales del siglo XVIII.

La dieta contenida en el Papiro Insinger (**Figura 7A**) se encuentra en un documento localizado en el Rijksmuseum van Oudheden (**Figura 7B**) en Leiden, Países Bajos y está fechado en el primer siglo d.C. Éste contiene alrededor de 800 máximas establecidas como proverbios, organizadas en capítulos numerados (Wegner, 1999), y en uno de esas máximas se centra en la responsabilidad personal de moderar la dieta, que se refleja como "la enfermedad acontece a un hombre porque la comida le perjudica. Aquel que come demasiado pan sufrirá enfermedad".



Figura 7. Papiro Insinger (A) y el Rijksmuseum van Oudheden (B) (extraídos de: <https://www.rmo.nl>)

Por otro lado, los médicos egipcios establecieron la necesidad de adoptar una dieta adecuada como un medio necesario para preservar la salud del individuo, reconociendo la importancia tanto de la cantidad de alimentos como de su calidad (Lichtheim, 2006).

La dieta de Dioscórides fue establecida por el padre de la farmacología (40-90 d.C.) y se escribió en una enciclopedia médica y farmacéutica llamada *De materia medica*. Para emaciar cuerpos obesos, utilizó tres elementos llamados "prado asiático" (sus flores secas se usaban como cataplasma para suprimir la gran

cantidad de carne), queso sin sal (para emaciar la carne) y mostaza (para eliminar la flema del cuerpo y también emaciarlo) (Papavramidou y Christopoulou-Aletra, 2007). Unos años después, Sorano de Efeso (98-138 d.C.) sugirió una combinación de dieta y ejercicio, baños, venesección o flebotomía, purgantes y un cambio radical en el estilo de vida para prevenir la obesidad (Asimopulos y Asimopulos, 2016), y la dieta de Eliano, creada por Claudio Eliano (170-235 d.C.), un sofista romano. Escribió el primer informe de caso histórico aplicado a dietas para adelgazar a un paciente llamado Dionisio de Heraclea, que fue realizado como una operación por los médicos y se describe así: "los médicos prepararon agujas largas y delgadas y las introdujeron a través de las caderas y el vientre de Dionisio cuando había caído en un sueño profundo. Insertaron las agujas de arriba a abajo en la carne insensible (y, por así decirlo, ajena) del tirano. Dionisio no tuvo reacción; pero cuando la aguja llegó a un punto que era saludable y parte de su sistema, que no estaba insensible por el exceso de grasa, reaccionó y se despertó" (Bevegni y Adami, 2003).

La dieta de Oribasius está esbozada en la gran enciclopedia médica compuesta por 70 libros y se sugiere como tratamiento para la obesidad, modificando el "temperamento" de húmedo a cálido, junto con ejercicio, medicamentos, baños, masajes, la provocación de "ansiedad mental" (para secar el temperamento y emaciar el cuerpo) y la dieta, que significa comer solo una vez al día y usar diuréticos, incluyendo la semilla y las partes superiores de la ruda silvestre (*Ruda montana*), la aristoloquia redonda (*Aristolochia rotunda*), la centaura menor (*Centaurium erythraea*), la genciana amarilla (*Gentiana lutea*), el poleo (*Mentha pulegium*) y el perejil macedonio (*Smyrnium olusatrum*) (Daremborg, 1873). Este tratamiento fue recomendado por otros

autores, como Aecio de Amida (siglo VI d.C.) (Amida, 1885) y Paulo Egineta (625-690 d.C.) (Adams, 1844).

Curiosamente, Galeno de Pérgamo (129-200 d.C.) (Lytton y Resuhr, 1978), médico de los emperadores romanos, estableció la primera clasificación de la obesidad. Además, sugirió tratar la obesidad con carrera intensa, baños calientes, alimentos ligeros en proporción al ejercicio realizado y aumento del trabajo físico. Asimismo, también asoció el uso de diuréticos y masajes con aceites (Walsh, 1934). La noción galénica de la obesidad como enfermedad se basaba en un desequilibrio de los humores. Sin embargo, esto fue refutado 1.300 años después por Paracelso, un médico suizo, quien propuso que una dieta inadecuada tenía un papel en la obesidad (Greydanus y Merrick, 2019).

Desde el siglo V, un médico de origen bizantino, llamado Anthimus escribió *De Observatione Ciborum* a petición del rey ostrogodo Teodorico el Grande, puesto que era el médico de su corte. En el libro se aconsejaba a los cristianos comer y beber con moderación, argumentando que los alimentos seleccionados deberían ser de fácil digestión (Rzeznicka et al., 2014). Por otro lado, el Patriarca de Constantinopla, Juan Crisóstomo (o Juan de Antioquía), escribió alrededor del 300 d.C. sobre cómo debería ser la dieta correcta e incorrecta, sugiriendo la reducción del consumo de alimentos y la realización de un ayuno regular, ya que comer hasta la saciedad es la madre de la enfermedad y la mala salud (Leyerle, 2009).

El médico bizantino Alejandro de Tralles (también conocido como Alejandro Trallianus) (~525-605 d.C.) estableció su dieta Trallianus, que fue recogida en su obra titulada *Terapeutica* y definió la obesidad como una enfermedad caracterizada por una o más de las siguientes características (Tralliani, 1556):

1. Extrema frigidez del temperamento junto con concentración de flema. El tratamiento debía inducir la saciedad y reducir el hambre, tomando opuestos al frío como vino sin mezclar y alimentos muy grasos, como las patas de faisanes y carne de cerdo.
2. Extremo calor del temperamento. El tratamiento no recomendaba el consumo de vino ni la ingestión de alimentos indigestos o alimentos con propiedades refrescantes, como los preparados con pimientos, salsa de pescado preparada con agua y los tobillos, pechos, vulvas y patas de vacas.
3. Como resultado de la frigidez o el calor del temperamento, la obesidad es un trastorno de la facultad "retentiva". Por esta razón, el tratamiento de una discrasia fría debería implicar medicamentos que aporten calor, especialmente aquellos basados en masajes, cataplasmas que contienen láudano, áloe y ajeno (*Artemisia absinthium*), bebidas con ruibarbo (*Rheum rhabarbarum*) y jengibre (*Zingiber officinale*), y alimentos como vegetales, repollo hervido tres veces y sazonado con vino, el tallo de nabos, la avena perlada, la gachas de arroz, el trigo con vino y la espelta (*Triticum spelta*), aves (perdiz o ganso), carnes (cordero y ciervo) y pasas secas. Sin embargo, si la afección se debe a una discrasia cálida, entonces recomienda pan, huevos duros (comidos alrededor de las 3 de la tarde), vegetales (escarola, lechuga y malva), aves (pollo y pechuga o pierna de faisán), pescado (perca de mar, lábrido, pez pimienta, pulpo y sepia), mariscos (langostas y conchas de trompeta y espiral y pectens), frijoles, habas, arroz, nueces y frutas (manzanas dulces, cítricos, uvas, melones, higos y moras).

La dieta de Protospatharius (siglo IX d.C.) recomendaba la flebotomía como pilar de un proceso adecuado de alimentación para el cuerpo humano (Protospatharius, 1992), mientras que la dieta de Al-Razi fue diseñada por éste polímata persa (854-925 d.C.), quien practicó y escribió libros como "Beneficios de los alimentos y la prevención de sus daños" y "Enciclopedia de Medicina". El tratamiento para la pérdida de peso se basaba en la dieta, medicamentos, ejercicios, masajes, hidroterapia y cambios en el estilo de vida (Nikaein et al., 2012).

Para la medicina árabe, destaca la figura de Avicena (también llamado Abu Ali Ibn Sina) (980-1037 d.C.), el cual recomendó tres pilares para reducir el peso, a saber, ejercicio intenso, alimentos magros y dormir adecuadamente, junto con una mezcla de supresores del apetito, que incluían almendras dulces, sebo de res, violetas (*Viola odorata*) y malvavisco (*Althaea officinalis*) (Nozad et al., 2016). El uso de estos pilares fue sugerido por Ibn Hubal Al-Baghdadi (1121-1213 d.C.), quien enfatizó la realización de ejercicio intenso con el estómago vacío (Abdel-Halim, 2005).

Más al este de Arabia, el tratamiento más destacado es la dieta de "Los Cuatro Tantras", incluida en el compendio médico tibetano clásico que data del siglo XII d.C., o incluso antes, y contiene 156 capítulos y 5.900 versos centrados en las características preventivas, remediativas y rejuvenecedoras de los alimentos (Chui, 2019). La obesidad se refleja como una enfermedad que acorta la esperanza de vida, y el tratamiento se centra en el catabolismo, que implica masajes con harina de guisante, el consumo de carne de lobo y el uso de enemas y compresas (Shepard, 2017).

Casi 80 años después, Sir Thomas Elyot (1490-1546 d.C.), quien era diplomático, escribió *The Castle of Health*, en el cual reflexionaba sobre recomendaciones para una dieta saludable y

un estilo de vida en general, convirtiéndose así en uno de los pioneros en promover la prevención primaria de enfermedades, haciendo hincapié en los peligros de la ingesta excesiva (Sullivan, 2013).

Un fenómeno notable a finales del siglo XVI/principios del siglo XVII, basado en un fervor religioso junto con ayunos prolongados, dio lugar a las llamadas "doncellas milagrosas" o "chicas del ayuno", que es un fenómeno de autoinanición basado en no ingerir ningún tipo de alimento durante largos períodos de tiempo, y que algunos seguidores basaban en la tradición cristiana como un signo de santidad (Comerci, 1991). En el siglo XVI, en Alemania, se ejecutó a una doncella en ayunas cuando se descubrió que realmente estaba comiendo en secreto (Bynum, 1988). Fue solo más tarde que el destacado médico británico William Withey Gull acuñó el término anorexia nerviosa en 1874 en relación con esta forma peculiar de autoinanición (Vandereycken, 2002).

Desde el siglo XVI hasta finales del siglo XVIII, surgieron varios tratamientos, entre ellos:

- Dieta de Cornaro. Luigi Cornaro (1464–1566 d.C.) fue un noble veneciano que creó la "Dieta de la Inmortalidad", detallada en su obra llamada "Cuatro Discursos sobre una Vida Sobria", en la que recomendaba restricción en la ingesta de alimentos (compuestos por alrededor de 345 g y 400 ml de alimentos y vino, respectivamente) al mínimo necesario para la supervivencia, y solo consumir alimentos que fueran compatibles con la constitución del cuerpo (Shapin, 2018).
- Dieta de Boorde. Andrew Boorde (1490–1549 d.C.) fue clérigo y médico de Enrique VIII, y escribió *Breviary of Health*, en el que discutió una estrategia para la pérdida de peso que implicaba rechazar vinos dulces y vinos de pasto y consumir dos comidas

al día. Fue considerado el primer proveedor histórico de alimentos saludables, apodado "Merry Andrew" (Thornton et al., 1948).

- Dieta de Cogan. Thomas Cogan (1545–1607 d.C.) fue un médico, de la Casa de los Tudor, que se centró en el tratamiento de la pérdida de peso mediante el ejercicio (Rogers, 1925).
- Dieta de Vaughan. William Vaughan (1575–1641 d.C.) mencionó una dieta simple, sin productos elaborados, para mantener la buena salud. Además, reflexionó sobre los beneficios de las dietas seguidas por los antiguos hombres, rechazando los avances en la gastronomía de su tiempo (Charlton, 2005).
- Dieta de Baynard. Edward Baynard (1641–1719 d.C.) escribió varios libros en los que daba muchos consejos sobre la moderación alimentaria, incluido uno que afirmaba que "se puede tener un pequeño desayuno, sin llenarse" (Jenner, 2020).
- Dieta de Venner. Tobias Venner (1577–1660 d.C.) sugirió que los cuatro humores corporales descritos por Galeno podían desequilibrarse por seis factores, incluida la dieta. Fue el primero en usar la palabra "obesidad" en un contexto médico, afirmando que era una condición de élite y que se podía curar combinando ejercicio físico, una dieta equilibrada y el uso de las aguas minerales de Bath (Pearl, 1932).
- Dieta de Sydenham. Thomas Sydenham (1624–1689 d.C.) escribió *Observationes Medicae*, que fue un libro de referencia durante dos siglos. Reconoció el origen multifactorial de la obesidad y enfatizó la moderación en la alimentación y la bebida (Sloan, 1987).

- Dieta de Cheyne. George Cheyne (1671–1743 d.C.) nació en Aberdeen y fue un médico muy conocido en la época que sufría de obesidad extrema debido a excesos en su juventud. Escribió sobre "los gordos, torpes y sobredesarrollados", señalando la importancia de preservar la salud antes de perderla. Relacionó la obesidad con varias enfermedades que él mismo padeció, como úlceras cutáneas y depresión, entre otras (Shapin, 2003).
- Dieta de Cullen. William Cullen (1710–1790 d.C.) estableció un tratamiento para la obesidad que implicaba el uso de soluciones salinas y la creación de un estado ácido en la sangre (Eknoyan, 2006).
- Dieta de Buchan. El médico escocés William Buchan (1729–1805 d.C.) escribió sobre la alimentación saludable, la masa corporal y la salud en su libro *Domestic Medicine or, a treatise on the prevention and cure of disease* (Medicina Doméstica; o, un tratado sobre la prevención y cura de enfermedades) (Shaw, 1995).

Vale la pena mencionar, para concluir este apartado, que el médico alemán Christoph Hufeland introdujo la dieta macrobiótica, en Europa, a través de su libro *Macrobiotics or, the art of prolonging human life* (Macrobiótica o, el arte de prolongar la vida humana) (Hufeland, 1854), mientras que la creencia de que podía curar el cáncer fue introducida a mediados de la década de 1960 por un profeta, filósofo y conferenciante japonés llamado George Ohsawa (Kushi et al., 2001). En los EE.UU., fue establecida por un estudiante de Ohsawa llamado Michio Kushi, quien fue asesor de la Federación de Medicina Natural (Kushi y Blauer, 1985). Es una dieta basada en el principio de equilibrio entre el yin y el yang que, en Oriente, se refieren respectivamente a los alimentos

que contienen más potasio o sodio. Los alimentos yin se clasifican como expansivos, ligeros y fríos, mientras que los alimentos yang son densos, pesados y calientes. Los alimentos permitidos incluyen cereales integrales (en detrimento de los refinados), sopa de mijo o soja, verduras, legumbres, una pequeña cantidad de pescado por semana (excluyendo carnes, huevos y productos lácteos), frutas locales, aceite vegetal no refinado y postres en moderación. En el sistema macrobiótico, hay diez etapas, que van desde -3 hasta +7: las primeras cinco (de -3 a +2) implican cantidades decrecientes de alimentos de origen animal, mientras que las otras cinco (de +3 a +7) son exclusivamente vegetales, y a medida que aumenta el número de la dieta, se excluyen los alimentos vegetales y aumentan los cereales. Promete pérdidas de peso de hasta 1.25 kg/semana. Lo más peligroso de esta dieta es encontrarse en la etapa +7, o cereal, que el Consejo de Alimentos y Nutrición de la Asociación Médica Estadounidense y el Comité de Nutrición de la Academia Estadounidense de Pediatría han condenado porque puede llevar a deficiencias, junto con la aparición de escorbuto, anemia, hipoproteïnemia (disminución de la concentración de proteínas en suero), hipocalcemia (desequilibrio electrolítico con bajo nivel de calcio en la sangre) y pérdida de la función renal debido a la baja ingesta de líquidos y, eventualmente, puede llevar a la muerte (American Cancer Society, 1993).

IV.1.3. Dietas durante el siglo XIX

El poeta inglés George Gordon Byron (conocido como Lord Byron) utilizó una dieta extrema basada en el consumo de solo un cuarto de libra de carne de carnicero en una sola comida al día durante 24 horas, y pequeñas cantidades de vino (Lansdown, 2015) y en los últimos años de su vida ingirió una dieta de vinagre (para

disminuir su apetito), agua y arroz, lo que resultó en vómitos y diarrea (Grosskurth, 1997).

En la década de 1830, la dispepsia (indigestión) era una enfermedad de moda y existía un acuerdo casi universal de que la población de EE.UU. había degenerado su estilo de vida. Este pánico dio lugar a la aparición de autodidactas que, trabajando con la autoayuda médica, querían revertir este efecto. Uno de estos personajes fue Sylvester Graham, y su movimiento de salud dio lugar al fenómeno conocido como "grahamismo" que estaba apoyado por una dieta de baja consumo energético, vegetariana, con especial atención en eliminar estimulantes como café y alcohol, además de favorecer alimentos integrales, evitar condimentos y enfatizar la masticación adecuada (Ross, 1993).

El médico y fisiólogo francés Claude Bernard, considerado el padre fundador de la medicina experimental, fue el descubridor del glucógeno como la forma de almacenamiento de azúcar en el cuerpo. En 1862, hizo una presentación en París para explicar el papel del hígado en la diabetes, con el otorrinolaringólogo William Harvey entre los asistentes, quien tenía a William Banting como paciente. Banting era el director de funerales más famoso de Londres y fue responsable del famoso sarcófago para el Duque de Wellington, hecho con un raro granito llamado luxullianita, que está en la Catedral de San Pablo en Londres. Banting acude, debido a su sordera, al Dr. Harvey, indicando que la afectación podría deberse a la diabetes y, basándose en el discurso escuchado del Dr. Bernard, Harvey sugiere que siga una dieta basada en la considerable reducción de almidones y azúcares, comiendo tres comidas diarias basadas en pescado o carne con verduras y algo de fruta, evitando pan, cerveza, dulces, leche y papas, lo que permite a Banting perder 16 y 25 kg en el primer y segundo año,

respectivamente. Ante este éxito, Banting publica su dieta en un panfleto (con el nombre *Letter on Corpulence, Addressed to the Public*) (Banting, 1863), conociéndose como la dieta de Banting. El éxito de esta publicación es tal que el público anglosajón relaciona el concepto de *banting* a "estar a dieta", y el autor dona el equivalente a aproximadamente 400 euros al Dr. Harvey para ser distribuidos entre algunos hospitales (Bray, 1993). Se considera la primera dieta baja en carbohidratos, y hay evidencia del primer libro de dieta conocido que se publicó.

En 1898, un empresario llamado Horace Fletcher logró perder 18 kg masticando cada bocado de comida, incluso hasta 100 veces, siendo apodado por la población como "el gran masticador" (Christen y Christen, 1997). Decidió publicar un libro que pronto se convirtió en un *best-seller* (Fletcher, 1903), dando lugar a dos nuevos términos; *fletcherismo* y *fletcherización*, correspondientes a *fletcherismo* (una dieta que sigue los principios de Horace Fletcher) y *fletcherización* (el acto de masticar según el *fletcherismo*), respectivamente. Uno de los mayores fanáticos de esta nueva técnica, que aplicó en el Balneario de Battle Creek, fue el Dr. John Harvey Kellogg, inventor de los cereales para el desayuno. Sin embargo, Fletcher predicaba algo un poco más extremo: creía que deberíamos masticar cada bocado sin tragarlo hasta que la comida se volviera líquida (lo cual es un poco complicado para muchos alimentos). La verdad es que el acto de masticar es un proceso que, debido a la vida estresante que llevamos, no se realiza correctamente. La comida se traga en lugar de masticarse. Si se realizara adecuadamente, lentamente y con una duración conveniente, uno de los efectos que se observaría es que provoca una sensación de saciedad, por lo tanto, se ingeriría menos comida, lo que resultaría en un menor aporte de calorías,

con lo que ayudaría con la pérdida de peso. Estos datos se reflejan en un estudio realizado en 2011 por investigadores de la Universidad de Oxford Brookes (Smit et al., 2011) que compararon dos grupos de participantes, en el que uno de ellos realizó el proceso de masticación 35 veces por bocado, en comparación con aquellos que lo hicieron 10 veces, probando si el primer grupo fue el que alcanzó su estado de saciedad más temprano.

A finales del siglo XIX comenzaron a utilizarse píldoras con contenido de arsénico bajo la premisa de "acelerar el metabolismo", práctica conocida como la "dieta del arsénico" (Foxcroft, 2012). Aunque su concentración era pequeña, seguían siendo peligrosas, especialmente para aquellas personas que, desesperadas por perder peso, tomaban más píldoras de lo normal.

IV.1.4. Dietas desde la primera década del siglo XX hasta el final de la década de 1950

El siglo XX comenzó sorprendentemente con la "dieta de la tenia", que se publicitaba como "adelgace sin esfuerzo". Implicaba la ingestión de una cápsula que contenía el parásito conocido como tenia, y tenía el lema de que su ingesta carecía de efectos secundarios. Este fue un tremendo error, ya que la presencia de este parásito en el organismo puede causar dolor abdominal, malestar, cólicos, diarrea, náuseas, mareos, vómitos, vértigo, dolor de cabeza, fatiga, malabsorción, anorexia, dolor muscular, estreñimiento, deficiencia de vitaminas, anemia, obstrucción intestinal, perforación yeyunal, apendicitis y pancreatitis (Reut, 1991). Además, se afirmaba que la cantante María Callas la utilizaba para estar más delgada (Eidsheim, 2017).

Por otro lado, en el siglo XIX, el biólogo francés Claude Bernard ya había observado que el cambio de la dieta herbívora

de los conejos a una carnívora conduce a un cambio en el pH de la orina, pasando de ser más alcalino a ser más ácido. No fue hasta las primeras décadas del siglo XX, después del diagnóstico de la enfermedad de Bright (una nefritis degenerativa) por el Dr. Hay, cuando comenzó a monitorear su dieta, observando mejoras tres meses después. Como resultado de estos resultados, trabajó en el desarrollo de una dieta (llamada la "dieta alcalina") (Hay, 1929), donde afirmaba que podía lograr una buena salud si lograba un equilibrio perfecto, y donde las proteínas y los carbohidratos se digieren en un entorno ácido y alcalino, respectivamente. Prometía pérdidas de peso de 1,5 kg por semana. Con todo esto, propuso, a través de conferencias y con uno de sus libros más vendidos, que los seres humanos están adquiriendo, a través de una mala dieta con la consiguiente presencia de un alto número de líquidos ácidos en el cuerpo humano, una serie de enfermedades crónicas (incluyendo artritis y reumatismo) desconocidas para sus antepasados. Separó los alimentos en dos categorías; alcalinos (vegetales y frutas) y ácidos (como carne, pescado, leche, cerveza, azúcar o alcohol), argumentando que la dieta más adecuada estaría compuesta por un 80 y 20% de alimentos alcalinos y ácidos, respectivamente. Por otro lado, el grupo de investigación del Dr. Klaus Dieter Wutze (Wutzke et al., 2000) de la Universidad de Rostock en Alemania, realizó un estudio con doce adultos sanos que recibieron una dieta normal individualizada, y posteriormente diez días de la dieta de Hay, observando que esta última no redujo la cantidad de agua total del cuerpo, ni siquiera la masa magra, la grasa corporal y el peso corporal. En 2002, el Dr. Young rescata la idea de esta dieta y es seguido fielmente por muchos después de su publicación *The pH Miracle* (Young, 2002). El Dr. Young argumenta que el cuerpo humano es alcalino y que

cuando predomina la acidosis causa cáncer, obesidad, osteoporosis, gripe, problemas cutáneos y otras enfermedades, y por esta razón promueve la dieta alcalina, asociada con una vida con bajos niveles de estrés. Hasta la fecha, la única certeza es que hay ciertos alimentos que pueden modificar el pH, pero en su mayoría en la orina. Por ejemplo, el consumo de purinas (un compuesto nitrogenado presente en las vísceras) puede transformarse en el organismo en ácido úrico, que cristaliza en las articulaciones y produce gota, además de formar cálculos renales. La modificación del pH de la sangre (que se encuentra entre 7,40 y 7,45), aunque ocurre en nuestro organismo, se autorregula. A todo esto, es necesario agregar que no hay evidencia científica de que el uso de una dieta alcalina pueda reducir la obesidad, ni siquiera la proporcionada por el Dr. Young, según lo indicado por el Consejo Nacional contra el Fraude en la Salud de EE. UU. (*National Council against Health Fraud*, 2005). Además se suma que el Dr. Young fue acusado de practicar la medicina sin licencia en términos de nutrición y oncología, junto con el reconocimiento de las críticas que recibió tras la muerte de una mujer llamada Kim Tinkham, a quien se le diagnosticó cáncer de mama. Adoptó los protocolos terapéuticos del Dr. Young, quien recomendó que fueran seguidos por otros pacientes con este tipo de cáncer. La mujer falleció cuatro semanas después a causa de esta enfermedad (Hall, 2017).

En 1918, Lulu Hunt Peters publicó el primer libro de dietas más vendido en los EE.UU. *Diet and Health: with key to the calories* (Peters, 1918), que se basa en una perspectiva científica (según la literatura de Atwater publicada en 1894), como la primera orientación publicada sobre consejos dietéticos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (Atwater, 1894).

Durante la década de 1920, Benjamin Gayelord Hauser, graduado en naturopatía y medicina quiropráctica, desarrolló una dieta que lleva su nombre, basada en el consumo diario de alimentos de cada uno de los llamados siete grupos según los gustos de cada persona y respetando los grupos y alimentos que lo componen (Hauser, 1930). Estos siete grupos son los siguientes: uno (jugo de frutas naturales), dos (jugo de tomate y jugo de zanahoria), tres (infusiones de hierbas, como manzanilla, cola de caballo, anís estrellado o menta, entre otras), cuatro (sopa quemagrasas, cuyos ingredientes son una taza de apio, una taza de zanahorias, media taza de espinacas, una taza de jugo de tomate, una cucharadita de perejil y un poco de sal, cocida a fuego lento y pasada por una licuadora), cinco (yogur y leche desnatada), seis (verduras frescas, como zanahorias, lechuga, pimiento, apio, perejil, espárragos, tomate, cebolla, berenjena, coliflor, repollo y ajo, entre otras) y siete (frutas frescas, especialmente piñas, naranjas, sandías, pomelos, uvas, peras y manzanas, pero no plátanos) (Salomon, 1954). Junto con su cuñado, comenzó a comercializar sus productos para su uso en pacientes, y al mismo tiempo se abrió paso en Hollywood aplicando su dieta en las grandes estrellas de esa época, como Fred Astaire, Ingrid Bergman, Marlene Dietrich, Greta Garbo, Paulette Goddard, Grace Kelly, Jeanne Moreau, Gloria Swanson y la Duquesa de Windsor. Se le llamó asesor de nutrición, ya que no tenía título médico ni era médico. Prometía pérdidas de peso de hasta 1.5 kg por semana. Es una dieta hipocalórica, que puede causar un suministro insuficiente de vitaminas y minerales.

En la misma década, otra dieta curiosa fue popularizada por el naturópata alemán Arnold Ehret, quien defiende en su libro, publicado en 1922, la implementación de la dieta sin mucosidad o dieta amucosa (que inhibe la producción de moco) para mejorar

la condición de salud (Ehret, 1922). Para lograr esto, propuso un sistema curativo compuesto por varios tipos de frutas y verduras crudas y cocidas que permiten alcalinizar la sangre. Hoy en día, no hay publicaciones científicas que respalden su éxito. Junto con lo anterior, Johanna Brandt, una profetisa y naturópata influenciada por los escritos de Arnold Ehret, y después de asegurarse de que había sido curada de cáncer de estómago, publicó un libro centrado en una dieta que contenía uvas (Brandt, 1927) y recomendó la ingesta de esta fruta (entre 2 y 4 kg/día) durante una semana, afirmando que se podía perder hasta 1 kg/día. Otras dietas con frutas (aunque puede ser más conocida como la Dieta de Hollywood o la dieta de 18 días), y, en particular, con pomelos, se hicieron populares a principios de la década de 1930, con defensores que afirmaban que esta fruta contiene una enzima capaz de quemar grasa, que, ingerida diariamente como parte de una dieta baja en calorías (500-800 kcal), podría ayudar a perder peso (Williams, 2013). Prometía una pérdida de 2 kg por semana, aunque puede causar mareos y fatiga debido a la falta de carbohidratos, además de causar descalcificación ósea y daño renal.

Paralelamente en ese mismo año, aparece la dieta del Dr. Shelton. Herbert McGolfin Shelton se graduó como Doctor en Naturopatía de la Escuela Americana de Naturopatía. La premisa de su dieta también se basa en el concepto de disociación, y aunque comenzó escribiendo específicamente para vegetarianos, se modificó para incluir a no vegetarianos (Shelton, 1922). Promete pérdidas de peso de hasta 1,5 kg por semana. A partir de 1927, y durante las siguientes tres décadas, fue arrestado, encarcelado y multado por practicar la medicina sin licencia, a lo que se suma la acusación de homicidio por negligencia al dejar morir de hambre

a un paciente, junto con otra acusación por propiciar que falleciera un paciente suyo por un ataque al corazón. Debido a estas sentencias, provocó su propia quiebra financiera (Bidwell, 2024).

Es interesante observar la dieta del Reverendo Emmet Fox, quien fue ministro de la Iglesia de la Ciencia Divina y autor del libro *The Seven Day Mental Diet* (Fox, 1935). No es una dieta diseñada específicamente para la pérdida de peso, pero el objetivo es, al cambiar la mente (especialmente los pensamientos), hacer que cambien también las condiciones de vida. Argumenta que es la comida que se proporciona a la mente la que determina completamente el carácter de la vida. El tratamiento tiene una duración de una semana e implica la construcción de pensamientos positivos y constructivos para ser más optimista y amigable y, de esta manera, llevará a una modificación en el estilo de vida.

En este período, se introdujo la cura Waerland por el ideólogo de la salud finlandés Are Waerland, quien propuso en su libro *Waerlandskosten Räddade Oss* (Waerland, 1948), una dieta que no excede las 600 kcal y que debe realizarse durante dos días, con el resultado de poder perder hasta 3 kg. La dieta contiene lácteos ácidos, semillas de lino, apio y tubérculos (zanahoria y patata) y agua fresca de manantial, constituyendo, según el autor, una dieta alcalinizante.

Otra dieta de este apartado es la dieta basada en el consumo de vinagre de sidra, que se encuentra en el libro titulado *Folk Medicine: A Vermont Doctor's Guide to Good Health* (DeForest, 1958). DeForest argumenta que su consumo favorece la acidez del cuerpo en comparación con su alcalinidad y, entre otros efectos, facilita la eliminación de grasas. Uno de los inconvenientes de su

consumo es que, tomado de forma regular, puede causar irritación a nivel faríngeo.

Por otro lado, esta década nos dio el libro titulado *Eat Well and Stay Well* (Keys y Keys, 1959), que fue reeditado unos años después con el título *How to Eat Well and Stay Well the Mediterranean Way* (Keys y Keys, 1975). Este libro incluye consejos sobre cómo reducir el riesgo de enfermedad coronaria con diversas recetas para la preparación de platos similares a los consumidos en los países mediterráneos. El 16 de noviembre de 2010, la Dieta Mediterránea fue declarada Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad (UNESCO, 2010) en nombre conjunto de España, Grecia, Italia y Marruecos, y hoy en día se considera un estándar de oro de salud en la dieta para la pérdida de peso (Mancini et al., 2016).

En 1960, aparece la dieta basada en los sustitutos de comidas, como batidos en polvo y barritas snacks, cada uno proporcionando alrededor de 215 kcal/porción, demostrando ser una implementación exitosa en múltiples ensayos de pérdida de peso y se utiliza para crear un déficit energético (Heymsfield, 2010). La primera investigación se realizó en ratas, por Greenstein et al. (1960), a partir de una dieta líquida compuesta por aminoácidos, vitaminas solubles en agua y grasa, glucosa, sales y linoleato de etilo (siendo la fuente de ácidos grasos esenciales). El objetivo de este estudio previo se aplicó a la Carrera Espacial debido a que, años antes, en el estudio realizado por Gamble (1989), se determinó información fisiológica relacionada con los estudios de raciones en balsas salvavidas. Sin embargo, su aplicación en la pérdida de peso llegaría con Wadden et al. (1983). Hoy en día, los sustitutos de comidas tienen la capacidad de sustituir una o varias ingestas. Una revisión sistemática que investigó el uso de sustitutos de comidas

reveló una pérdida de peso que osciló entre -2,2 y -6,13 kg en comparación con otras dietas que dependen únicamente del tratamiento alimentario (Astbury et al., 2019). Sin embargo, es importante tener en cuenta que los sustitutos de comidas no son efectivos para lograr una pérdida de peso a largo plazo, principalmente debido a adaptaciones fisiológicas que conducen a una disminución del gasto energético (Keogh y Clifton, 2005).

Por último, dentro de este apartado, y también en 1960, cabe incluir la dieta denominada "Las calorías no cuentan", desarrollada por Herman Taller, un médico estadounidense nacido en Rumania que introdujo un enfoque de pérdida de peso basado en una dieta alta en grasas y baja en carbohidratos que enfatizaba el uso de grasas poliinsaturadas como el aceite de cártamo. Publicó el controvertido libro titulado "Las calorías no cuentan" (Taller, 1960), que rápidamente se convirtió en el más vendido. El libro mencionaba una marca específica de cápsulas de aceite de cártamo (*Carthamus tinctorius*), con la se afirmaba su uso beneficioso para ayudar al organismo a consumir otras grasas, aunque no tenían ningún valor real en el tratamiento de la obesidad. A pesar de esto, se vendieron más de \$500.000 en cápsulas durante los primeros ocho meses desde su comercialización. Como resultado, el autor enfrentó repercusiones legales cuando un gran jurado federal lo acusó de fraude postal, conspiración y violación de la Ley de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos el 11 de marzo de 1964 (Taller, 1964). Según Recker (Racker, 1963), la idea es que las calorías no cuentan si no se utilizan.

IV.1.5. Dietas de la década de 1960

IV. 1.5.1. Nuevo Vegetarianismo

Desde principios de la década de 1960, la evolución del vegetarianismo vio el florecimiento de prácticas más exclusivas y un renovado enfoque en el disfrute de la cocina. Esta transición estuvo estrechamente relacionada con el Movimiento de Liberación Animal (Amato y Partridge, 1989). Además, en la década de 1940, el veganismo fue distinguido y excluido del concepto más amplio de vegetarianismo (Yeh, 2013). En un metaanálisis de ensayos controlados aleatorios realizado por Huang et al. (2016), se observó que los grupos consumidores de dieta vegetariana mostraron una pérdida de peso significativamente mayor (diferencia media ponderada: -2,02 kg) en comparación con aquellos asignados a grupos de dieta no vegetariana, siendo esta reducción más efectiva con dietas vegetarianas con restricción energética (RE) (-2,21 kg) versus sin RE (-1,16 kg), y dietas vegetarianas con seguimiento de <1 año (-2,05 kg) versus ≥ 1 año (-1,13 kg). En su revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos centrados en dietas vegetarianas, Barnard et al. (2015) descubrieron que estas dietas eran más efectivas para producir cambios de peso en diferentes situaciones. Específicamente, encontraron que las dietas vegetarianas eran particularmente eficientes en estudios con pesos iniciales más altos, proporciones más pequeñas de participantes femeninas, participantes de mayor edad, duraciones más largas y estudios donde la pérdida de peso era el objetivo principal. En un estudio de intervención aleatorio de 12 semanas realizado por Turner-McGrievy et al. (2023) que involucró a adultos afroamericanos, se examinaron tres grupos dietéticos diferentes: patrón de alimentación saludable estilo EE.UU., patrón de alimentación saludable estilo mediterráneo y patrón de

alimentación saludable vegetariano. El estudio observó una pérdida de peso significativa en cada grupo, pero no encontró diferencias significativas en la pérdida de peso entre los grupos.

IV.1.5.2. Dieta del huevo y vino

En 1962, Helen Gurley Brown, una influyente autora y editora jefe de la revista *Cosmopolitan*, incorporó un capítulo titulado 'El cuidado y alimentación de todos' en su libro *Sex and the Single Girl: The Unmarried Woman's Guide to Men* (Brown, 1962). A pesar de su reputación por alentar la independencia financiera y romántica de las mujeres, recomendó irónicamente un plan de dieta de tres días que consistía en "tres cenas fabulosas y un brunch semi-fabuloso". La dieta implicaba consumir un huevo duro con una copa de vino blanco y café negro para el desayuno, seguido de más café, dos huevos duros o pochados y dos copas de vino en el almuerzo, y un filete a la parrilla de 150 g con pimienta negra y jugo de limón, junto con más café y el vino restante de la botella para la cena. Brown afirmaba que esta dieta hacía que las mujeres se sintieran "sexys, exuberantes, llenas de *joie de vivre*" y podría resultar en una pérdida de peso de 2,5 kg en tres días. Sin embargo, Julie Stefanski, miembro de varios grupos de práctica dietética, incluidos los Educadores de Nutrición de Profesionales de la Salud, Profesionales de Alimentos y Cocina, y Dietistas en Negocios y Comunicaciones, asociada con la Academia de Nutrición y Dietética, expresó críticas contra la dieta mencionada. Stefanski expresó su desaprobación, afirmando: "¡Este menú al azar (ni siquiera quiero llamarlo dieta) proporciona 1103 kcal y el 43% de esas calorías provienen de las calorías del alcohol en el vino!" (Van Hare, 2018).

IV.1.5.3. Dieta hCG (gonadotropina coriónica humana)

En 1963, el Dr. Albert T. Simeons publicó esta dieta basada en una ingesta de 500 kcal/día complementada con una inyección de la hCG (Simeons, 1963). El autor afirma que puede usarse tanto para hombres como para mujeres, prometiendo una pérdida de peso rápida (3 kg/semana) así como una reducción de grasa en áreas localizadas como muslos, caderas y abdomen. La dieta se volvió popular durante la década de 1970 y en años recientes ha recobrado fuerza, inundando las redes con la comercialización de la hCG en forma de gotas, píldoras, cremas y aerosoles. Entre los inconvenientes de esta dieta se debe señalar que puede causar la formación de cálculos biliares, depresión, dolor de cabeza, latidos irregulares y embolia pulmonar, entre otras complicaciones (Butler y Cole, 2016).

IV.1.5.4. Weight Watchers

Una ama de casa llamada Jean Nidetch lanzó *Weight Watchers Inc.* en mayo de 1963, ofreciendo una variedad de servicios que incluían pérdida y mantenimiento de peso, entrenamiento físico y coaching mental, basados en un grupo de apoyo para mantener los puntos totales diarios (cada uno de ellos era aproximadamente 50 kcal) en un rango determinado por el peso actual. Esta dieta se basa en un plan con mayor contenido de carbohidratos y proteínas. Ma et al. (2007) revisaron siete planes de pérdida de peso y los relacionaron con la calidad dietética, lo que se conoce como el Índice de Alimentación Saludable Alternativa, obteniendo una puntuación de 47,3 para esta dieta frente a la dieta Ornish, con un valor de 64,6. Gudzone et al. (2015) confirmaron la eficacia clínica de este tratamiento en la pérdida de peso. Finkelstein y Verghese (Finkelstein y Verghese, 2019)

observaron que este plan era rentable en comparación con nueve intervenciones diferentes para la pérdida de peso. Pascual et al. (2019) observaron que el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso con este tratamiento se asoció con un patrón de dieta más saludable, consumiendo alimentos con mayor densidad de micronutrientes.

IV.1.5.5. Dieta Humplik

En 1964, Hein Humplik, un dermatólogo vienés, propuso un tratamiento dietético para perder peso (Humplik, 1964) y lo volvió a reescribir siete años después (Humplik, 1971), en el que no recomendaba una reducción en las calorías, sino un aumento, hasta 6000 kcal/día, divididas en 10 comidas al día. Dividió los alimentos en dos categorías: irracionales y racionales. Indicó que las carnes magras (no empanadas o cocinadas con salsas grasas), frutas y verduras, cuando se comen, se eliminan más rápido y, por lo tanto, se recomiendan ya que ayudan a mantener o reducir el peso. Se refirió a estos como alimentos irracionales. Por ejemplo, el desayuno en esta dieta podría ser té, carne magra fría, pepinillos y fruta fresca. Entre los alimentos racionales, incluyó aquellos ricos en carbohidratos (como pasta, cereales, pan y azúcar), alcohol y productos lácteos, que dijo que deberían evitarse ya que aumentan el peso al acumularse como grasa en el cuerpo. Aseguró que se podían perder hasta 15 kg en un mes, basando esta reducción de peso en el hecho de que consumir una gran cantidad de energía aumenta las necesidades metabólicas y las grasas depositadas se consumen para garantizar un aumento metabólico. Sin embargo, en realidad, esta es una dieta hipercalórica que lleva al aumento de peso. Además, la alta ingesta de colesterol y purinas conlleva un riesgo elevado de

enfermedad cardiovascular y gota (Deutsch et al., 1980). Con esta dieta, apareció por primera vez el falso concepto de “calorías negativas”.

IV.1.5.6. Dieta del bebedor

En 1964, Robert Cameron, un conocido ejecutivo de cosméticos y fotógrafo aéreo, junto con su hijo Todd, escribieron (Jameson, 1964) bajo los seudónimos Gardner Jameson y Elliott Williams un folleto de bolsillo titulado *The Drinking Man's Diet* y lo vendieron por \$1. El folleto, que tenía alrededor de 50 páginas, afirmaba estar basado en consejos de un nutricionista y abogado anónimos. La dieta recomendaba consumir <60g de carbohidratos al día y promovía la pérdida de peso al beber alcohol con el almuerzo y la cena. Los autores afirmaban que las calorías del alcohol no contaban porque de alguna manera desaparecían en un misterioso proceso metabólico. Las ventas del folleto se impulsaron con una fotografía de Dean Martin y se vendieron 2,4 millones de copias en 13 idiomas. Contrariamente, el Dr. Philip I. White, director del Departamento de Nutrición de la Asociación Médica Americana, criticó fuertemente esta dieta, afirmando que carecía de base científica y estaba llena de errores. Destacó además que las personas que seguían estas dietas bajas en carbohidratos podrían experimentar inicialmente un cambio en el equilibrio hídrico, lo que resultaría en una pérdida de peso mínima. El Dr. White señaló que incluso los propios autores del libro reconocen que, si una persona consume alimentos y alcohol en exceso, inevitablemente ganará peso y se embriagará (Anónimo, 1965).

IV.1.5.7. Dieta de Erna Carise

Erna Carise, una renombrada bailarina vienesa, emprendió una gira europea junto a Josephine Baker y Margaret Berndt durante finales de los años 20 hasta finales de los 30. En 1968, publicó los libros *The Point Count Diet* (Carise, 1968a) y *Die Gastronomische Wunderdiät in Punkten* (La Milagrosa Dieta Gastronómica por Puntos) (Carise, 1968b), en inglés y alemán, respectivamente. Algunos también la llamaron la dieta de la bailarina Margaret, probablemente refiriéndose a la otra bailarina que acompañó a Erna Carise por Europa, Margaret Berndt, cuyo nombre real era Margarete Gertrud Samletzky.

Según el libro de Erna Carise, se sugiere que la pérdida de peso es posible mediante el consumo de alimentos altos en calorías y una cantidad significativa de alcohol. Según ella, esta es una dieta divertida, efectiva y alcohólica por puntos (González y Amat, 2007). A finales de la década de 1960, empezaron a destacar los tratamientos para la pérdida de peso centrados en consumir la menor cantidad posible de calorías, independientemente de la porción de alimentos consumida.

IV.1.5.8. Dieta de Antoine

Después de la publicación del libro de Albert Antoine titulado *L'art de maigrir*, en 1968, esta dieta, denominada "régimen" por los autores, ganó una gran popularidad (Antoine, 1968). En esta dieta se dedica cada día a un grupo de alimentos, durante el cual se pueden consumir tanto como se desee de los alimentos de dicho grupo, siendo la única condición que no se mezclen con otros alimentos de grupos distintos. Se asumía que se trata de un método efectivo para perder peso preservando la salud, ya que respeta la función biológica de la digestión y asimilación de los alimentos. Por

el contrario, esta es una dieta extravagante, absurda y carente de cualquier fundamento científico, además de ser bastante hipocalórica. Puede afectar el funcionamiento normal del intestino, ya que el régimen incluye días en los que prácticamente no se consume fibra ni carbohidratos (como el día de carne) y otros con una sobrecarga de los mismos, contribuyendo a un déficit vitamínico. Además de ser monótona, la dieta interfiere con la vida social (Soriano y Zarzo, 2021). Curiosamente, en 1947, se estudió una dieta con el mismo nombre, pero con un tratamiento diferente por Kapp (1947). Realizó un tratamiento en catorce pacientes con un promedio diario de proteínas (43 g), grasa (32 g), carbohidratos (77 g) y 811 kcal, observando una tasa promedio de pérdida de peso de alrededor de 1 kg/semana.

IV.1.5.9. Dieta de Stillman

En 1968, cinco años antes de que apareciera la dieta Atkins (ver la sección IV.1.6.1.), el médico estadounidense Irwin Maxwell Stillman publicó una dieta alta en proteínas y sustancialmente baja en carbohidratos basada en dos fases: la primera fase limita la dieta a una serie de alimentos y bebidas recomendados (carnes magras, huevos y quesos bajos en grasa) hasta alcanzar el peso deseado; la segunda fase comienza al agregar verduras, frutas y pan. Se acepta el consumo de té, café y refrescos sin calorías (Stillman, 1968). La dieta se divide en seis comidas pequeñas al día. Se ha sugerido que la cantante estadounidense Karen Carpenter, del famoso dúo musical The Carpenters, comenzó esta dieta en 1967, pasando de 65,7 a 41,3 kg, y falleció en 1983 a causa de complicaciones relacionadas con la anorexia nerviosa (Schmidt y Warwick, 2010). En 1974, se realizó un estudio (Rickman et al., 1974) con 12 voluntarios, quienes lograron perder un promedio de 3,1 kg

entre 3 y 17 días. Sin embargo, el efecto secundario fue un aumento del colesterol en la sangre (de 215 a 248 mg/100 ml).

IV.1.5.10. Slimming World

En 1969, una empresa en el Reino Unido, liderada por consultores, implementó un plan de alimentación que incorporaba principios de saciedad y densidad energética de los alimentos. Se alentaba a los participantes a consumir alimentos con baja densidad energética en cantidades ilimitadas, manteniendo porciones controladas de alimentos con mayor densidad energética (Kaya Kaçar et al., 2020). Coe et al. (2019) señalaron que se ayudaba a las personas a realizar cambios positivos en el comportamiento para respaldar la pérdida de peso y mantener a largo plazo la pérdida de peso.

IV.1.5.11. Falsa dieta de la Clínica Mayo

Durante la década de 1960, una dieta comúnmente conocida como la "dieta Mayo", "dieta del huevo de la Clínica Mayo" o "dieta reductora Mayo" ganó popularidad. Sin embargo, es importante destacar que, a pesar de su nombre, la dieta no tenía afiliación con la renombrada Clínica Rochester y se le atribuyó falsamente a ella. La clínica no participó en el desarrollo ni respaldó la dieta. La dieta se basa en un consumo diario entre 600 y 800 kcal, y se permite eliminar por completo el consumo de productos lácteos, pero se pueden consumir huevos (4-6 al día), carne, platos de acompañamiento de verduras, así como té o café. Promete una pérdida de peso de hasta 3,5 kg/semana (Jáuregui-Lobera, 2017; Singh et al., 2020). Hoffman (1965), como presidente del Comité de Dietética de la Clínica Mayo, indicó que ninguna de ellas se originó

o se usó en este centro médico académico estadounidense. En los años siguientes, la dieta sufrió modificaciones y se conoció como la "dieta de la sopa de col" o la "dieta del hospital del Sagrado Corazón". Esta versión de la dieta se caracteriza como un tratamiento de moda con alimentos bajos en calorías, altos en fibra y bajos en grasas, que promete una reducción de peso de hasta 4,5 kg/semana (Navaro et al., 2017). Sumalla Cano et al. (2009) analizaron esta dieta observando un desequilibrio en el porcentaje de macronutrientes (47,65, 32,06 y 20,37% de grasa, proteínas y carbohidratos, respectivamente) y deficiencias en vitaminas, incluyendo B1, B2, B3, B6, D y E.

IV.1.6. Dietas de la década de 1970

IV.1.6.1. Dieta de Atkins

Esta década es conocida por la dieta Atkins, que, a pesar de ser la más famosa de las dietas, está lejos de ser original, ya que su precursora, la dieta Banting, se publicó en 1863. En la década de 1960, el cardiólogo estadounidense Robert Coleman Atkins encontró un artículo científico que recomendaba la restricción de alimentos ricos en carbohidratos para producir pérdida de peso y decidió probar la teoría, observando también este efecto. En 1972, publicó un libro titulado *Dr. Atkins's Dietary Revolution* (Atkins, 1972), pero no conocía el mecanismo biológico por el cual esta dieta funciona. Aconsejaba a las personas que evitaran el consumo de leche, frutas, casi todas las verduras, pan, pasta, cereales, azúcares, dulces, etc., y que consumieran carne, pescado, huevos, salchichas, algunos quesos, grasas y aceites, vísceras y mariscos sin límite. Prometía una pérdida de peso de 1,5 kg/semana. La comunidad científica se opuso fuertemente, indicando, entre otras

cosas, que Atkins no era especialista en nutrición y dietética, además de que esta dieta podría causar enfermedades cardiovasculares. Ese mismo año, la Asociación Médica Americana informó que esta dieta era bioquímicamente incorrecta y peligrosa. Sin embargo, durante casi 30 años, la dieta Atkins no fue desacreditada, sino que, por el contrario, se fortaleció con dos estudios, uno realizado por el Dr. Eric Westman de la Universidad de Duke (Westman et al., 2002), y otro realizado por el Dr. Gary Foster de la Universidad de Pensilvania (Foster et al., 2003), ambos en EE.UU. Básicamente, se compararon dos grupos de pacientes, uno con una dieta hipocalórica y otro con la dieta Atkins, y se encontró que este último había perdido el doble de peso que el primero. Sin embargo, hubo mucha presión, ya que, si se eliminaban los alimentos ricos en fibra de la dieta, podría llevar a cáncer de colon a largo plazo. Ante esto, el libro fue reeditado en la década de 1990, bajo el título *The New Dietary Revolution of Dr. Atkins* (Atkins, 1999), aconsejando a las personas consumir mayores cantidades de alimentos vegetales, aumentar el consumo de fibra y aumentar las cantidades de carbohidratos ligeramente. A principios del siglo XXI, se realizaron una serie de experimentos donde se observó que los pacientes que seguían la dieta Atkins consumían menos calorías, y se pensó que, dado que hay pocos carbohidratos en la dieta, es la grasa la que controla el apetito y tiene un efecto saciante. En 2003, el Dr. Arne Vernon Astrup, investigador del Departamento de Nutrición Humana en la *Royal Veterinary and Agricultural University*, en Dinamarca, también propuso la hipótesis de que son las grasas las que tienen un efecto saciante, sin conocer el mecanismo biológico real de la dieta del Dr. Atkins. El Dr. Astrup llevó a cabo un estudio extremadamente original (Astrup et al., 2004), estableciendo un supermercado en su universidad donde las

personas podían obtener alimentos de forma gratuita. Después de tomar tiempo para seleccionar candidatos, estableció dos grupos, uno con una dieta rica en carbohidratos y otro con una dieta alta en proteínas y baja en grasas. Los resultados finales del estudio demostraron que el grupo que seguía la segunda dieta, que consistía en consumir menos calorías, logró una pérdida de peso promedio de hasta 5 kg más que el otro grupo. Este hallazgo destacó el efecto saciante de las proteínas, observado por primera vez. Cabe destacar que la pérdida de peso inicial en dietas cetogénicas se atribuye principalmente a la utilización de glucógeno y agua corporal. Sin embargo, estas dietas se han asociado con niveles elevados de colesterol plasmático y ácido úrico, lo que podría llevar a padecer gota. Además, las personas que abandonan la dieta cetogénica a menudo experimentan una rápida recuperación de peso a medida que se reponen el glucógeno y el agua. Por otro lado, Churuangsuk et al. (2018) llevaron a cabo una revisión sistemática sobre dietas bajas en carbohidratos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, incluyendo estudios de la dieta del Dr. Atkins, reflejando que dos manuscritos tenían conflictos de interés, ya que el salario de uno de los autores estaba financiado por la Fundación Robert C. Atkins (Nordmann et al., 2006) y *Atkins Nutritionals* para el estudio ex vivo (Sackner-Bernstein et al., 2015). Por otro lado, se informaron casos de dos pacientes que utilizaron la dieta Atkins y sufrieron un paro cardíaco (y murieron), así como isquemia coronaria en una adolescente sana de 16 años y en una mujer activa de 50 años que también desarrolló la misma patología (Acocella, 2010).

IV.1.6.2. NutriSystem

NutriSystem comenzó en 1972 como una empresa que producía una dieta líquida rica en proteínas, pero eventualmente se trasladó a una cadena de centros de pérdida de peso, que abandonó en la década de 1990, debido a la quiebra. Resurgió en 1999 como un servicio de entrega de comidas en línea, y los clientes ahora pueden ordenar surtidos de alimentos por teléfono y en línea (*delivery*). *NutriSystem* también ofrece servicios gratuitos de asesoramiento para la pérdida de peso, que utilizan menos del 20% de los clientes (*NutriSystem*, 2024). Este tratamiento promete una reducción de peso de hasta 0,5-1 kg/semana (*Carlson*, 2024) o 2 kg/semana (*Cook et al.*, 2016). De hecho, esta dieta podría definirse como un plan bajo en grasas, reducido en calorías, que enfatiza el control de las porciones y se basa en el índice glucémico (*Orr*, 2019). Esto significa que la dieta se centra en alimentos ricos en carbohidratos saludables y fibra. *Habowski et al.* (2017) sugirieron que el programa *Nutrisystem* mostró superioridad frente a otras dietas en términos de pérdida de peso y reducciones en las circunferencias de la cintura, cadera, pecho y del cuerpo total en un período de 4 semanas. Sin embargo, es importante señalar que este estudio fue patrocinado por *Nutrisystem Inc.*, lo que podría introducir posibles sesgos. Por otro lado, varios estudios realizados fueron promovidos por *NutriSystem*, como el de *Jenkins et al.* (2022), observando que, al ingerir el batido de chocolate *Nutrisystem*, los niveles de saciedad persistieron durante más de 3,5 horas; o el estudio de *Hudnall* (1987), que incluía la controvertida teoría de la "privación de sabor", que indica que las personas con sobrepeso comen en exceso porque se sienten "privadas" de sabor y anhelan más sabor, olor y textura en sus alimentos. Como resultado, *NutriSystem* ha introducido cinco nuevos platos principales

"intensificados en sabor", "potenciadores de sabor" y "sprays de sabor" en su línea de productos. Sin embargo, algunos expertos han disputado esta teoría, afirmando que actualmente no hay evidencia científica que respalde la efectividad de esta dieta, y como tal, sigue siendo un tema de debate. Además, los críticos argumentan que el enfoque de *NutriSystem* fomenta una dependencia total de su programa, en lugar de alentar a las personas a tomar decisiones informadas sobre los alimentos (Hudnall, 1987).

IV.1.6.3. Dieta de Simmons

Richard Simmons experimentó una transformación al educarse sobre nutrición, alimentación saludable y ejercicio, lo que llevó a perder peso. Más tarde, se mudó a Los Ángeles, California, y abrió su propio centro de pérdida de peso y fitness llamado *Slimmon* en *Beverly Hills*. El plan de dieta de Richard Simmons consta de tres componentes principales: una dieta equilibrada y saludable, ejercicio regular y motivación. El plan se centra en lograr una pérdida de peso moderada y enfatiza el consumo de frutas y verduras, con una recomendación mínima de siete porciones al día. La ingesta calórica diaria en el plan de dieta es de un mínimo de 1200 kcal, con aproximadamente el 60% de las calorías provenientes de carbohidratos, el 20% de grasas y el 20% de proteínas. También incluye dos porciones diarias de productos lácteos bajos en grasa o sin grasa. Richard Simmons proporciona varias herramientas, como son *Deal-A-Meal* y *FoodMover*, para ayudar a seguir el plan de dieta. La primera de ellas consiste en disponer de varias tarjetas, para ser usadas en las billeteras, donde en cada una de ellas se representa una porción de un grupo alimenticio. El *FoodMover* es una versión actualizada de *Deal-A-*

Meal diseñada para llevar en el bolsillo. El plan utiliza apartados que se registran para cada porción de proteínas, carbohidratos y otros grupos de alimentos consumidos durante el día, junto con ventanas para agua y ejercicio y mensajes motivacionales. También se ofrecen libros de cocina y un diario de alimentos para ayudar a los que siguen la dieta a registrar los alimentos específicos que consumen y el número de porciones consumidas. El componente de ejercicio implica realizar una de las rutinas de ejercicios de Simmons, diseñadas para ser seguras y efectivas para personas de todas las edades y niveles de condición física, incluyendo personas mayores y personas con sobrepeso. Las rutinas incorporan música animada con ejercicios moderadamente exigentes para que sean agradables y motivadores (Simmons, 1994; Garelick, 1995).

IV.1.6.4. Dieta de Howard o Cambridge

Desde 1973 hasta 1980, el bioquímico Alan Howard trabajó en el Hospital Addenbrookes junto con el equipo de Baird del Hospital West Middlesex para desarrollar una fórmula de dieta baja en calorías, inicialmente conocida como la "dieta de Howard", diseñada para pacientes con obesidad mórbida bajo supervisión médica, debido a condiciones médicas preexistentes y se extendió a pacientes de manera no prescriptiva (Marks y Howard, 1986), siendo esta última criticada por varios expertos (Wadden et al., 1983; 1990). Paralelamente, Howard trabajó con un nutricionista y especialista en Química de Alimentos, llamado Dennis Jones, para convertir este concepto en una formulación comercialmente viable, dando lugar, en 1979, en EE.UU., a la "Dieta de Cambridge"; ya que fue el lugar donde se desarrolló (Johnson, 2005). En 1985, Howard publicó su libro con detalles sobre el descubrimiento, la eficacia y las aplicaciones de la dieta (Howard, 1985). Esta dieta

inicial de Cambridge contenía solo 331 kcal/día con 34, 42 y 3 g de proteínas, carbohidratos y grasas, respectivamente, y las cantidades diarias recomendadas de vitaminas y minerales, asociadas con productos comerciales como barritas sustitutivas de comidas, sopas y batidos. De hecho, esta dieta se había estudiado en tres series de casos no controladas (Howard y Baird, 1977; Howard et al., 1978; Kreitzman y Harvard, 1993), pero no en ensayos internos controlados ni en evaluaciones externas controladas (Hamilton y Greenway, 2004). Además, durante el período de estos estudios, Howard, que era tanto el editor del *International Journal of Obesity* como el líder de la dieta de Cambridge, tenía un claro conflicto de intereses, ya que se beneficiaba personalmente de la dieta. Su amigo Bray le aconsejó que renunciara como editor, pero inicialmente se negó, hasta que la presión de varios profesionales finalmente llevó a su renuncia de la revista en 1982 (Bray, 2020). La British Dietetic Association enumeró posibles efectos secundarios adversos, como halitosis, boca seca, cansancio, mareos, insomnio, náuseas y estreñimiento. Además, cualquier persona que consuma menos de 600 kcal diarias debe estar bajo supervisión médica, ya que algunos autores han vinculado esta dieta con la muerte súbita (Connolly, 1989).

IV.1.6.5. Dieta del Astronauta

Esta es una dieta sustancialmente baja en calorías (entre 400 y 500 kcal/día) que dura 3 días. Promete una pérdida de peso de hasta 3 kg en 3 días. Algunos foros y páginas web indican que esta dieta ayuda a los astronautas a perder peso (Diet Weight-lose.com, 2023; Nutridieta.com, 2024; Lane et al., 2013). Sin embargo, no hay evidencia de esta afirmación en la literatura científica. La nutrición de los astronautas desde los primeros días del

Programa Mercury hasta las misiones actuales a la Estación Espacial Internacional y de los valores calóricos más bajos de los alimentos consumidos por los mismos mostró un consumo de alrededor de 2890 kcal/día. Nadie en ninguno de los programas había seguido una dieta de 400-500 kcal/día (siete veces por debajo del promedio de calorías consumidas en los programas). En 1974, esta dieta se indicó para pacientes que iban a someterse a cirugía (Linder et al., 1974). Las dietas sustancialmente bajas en calorías (entre 450 y 800 kcal/día) se utilizan ampliamente en el período preoperatorio de la cirugía bariátrica, ya que reducen la tasa de complicaciones perioperatorias, el tiempo quirúrgico de la intervención y la estancia hospitalaria, aunque deben ser prescritas y seguidas bajo estricto control médico (Vilchez López et al., 2013).

IV.1.6.6. OPTIFAST

Es una dieta muy baja en calorías bajo supervisión médica, diseñada para una pérdida de peso significativa en poco tiempo. Está destinada únicamente a personas extremadamente obesas y debe ser supervisada por un médico capacitado. *Novartis Medical Nutrition Corporation* produce la línea de productos *OPTIFAST* y el plan de dieta asociado. La dieta *OPTIFAST* consta de cuatro fases: evaluación, pérdida de peso activa, transición y mantenimiento, con capacitación proporcionada a los profesionales de la salud que supervisarán y apoyarán a los pacientes en la dieta (*OPTIFAST*®, 1999). La dieta comenzó con bebidas prefabricadas, pero se ha expandido para incluir mezclas de sopa y barritas sustitutivas, con opciones para pacientes adolescentes y aquellos que se someten a cirugía de *bypass gástrico*. Novartis proporciona pautas generales para administrar la dieta, pero cada médico puede ofrecer su propio programa específico, lo que hace que la experiencia de cada paciente sea diferente entre ellos. Ard et al.

(2019) compararon, en un ensayo clínico multicéntrico, el programa OPTIFAST, que combina una intervención completa para la pérdida de peso con el uso de sustitutos de comidas OPTIFAST, y se ha demostrado que resulta en una pérdida de peso clínicamente significativa y mayor a las 26 y 52 semanas en comparación con una intervención conductual bien establecida basada en alimentos. Laudenslager et al. (2021) revisaron varios programas comerciales para la pérdida de peso e indicaron que los estudios sobre OPTIFAST han demostrado su eficacia y seguridad para lograr la pérdida de peso durante un período de 12 meses.

IV.1.6.7. Dieta de Lutz

En un libro titulado *Life Without Bread: How a Low-Carbohydrate Diet Can Save Your Life*, el médico austriaco Dr. Lutz propuso una dieta alta en proteínas y grasas y baja en carbohidratos (Lutz, 1975). Promete una pérdida de peso de 1.5 kg/semana. Es similar a la dieta Atkins, aunque no tan drástica con la limitación de carbohidratos.

IV.1.6.8. Dieta de la Bella Durmiente

Es una dieta basada en la premisa de que una mala noche de sueño conduce a ganancia de peso y aumenta los riesgos cardiovasculares (Leighton, 2017). No habría un problema importante con esta dieta si no fuera por el hecho de que propone dormir más horas de lo normal y para lograr esto, se usan sedantes (Hall, 2014), lo que puede llevar a la adicción.

IV.1.6.9. Dieta Paleolítica

En 1975, Walter L. Voegtlin publicó *The Stone Age Diet*, donde indicó que sostiene que los seres humanos son animales carnívoros, ya que la mandíbula está diseñada para triturar y desgarrar en movimientos verticales, y que en esta etapa de la evolución (la Edad de Piedra), se seguía una dieta predominante en grasas y proteínas, con pequeñas cantidades de carbohidratos (Voegtlin, 1975). Así propuso consumir los alimentos disponibles en el período paleolítico (que duró aproximadamente 2,5 millones de años y culminó con el desarrollo de la agricultura hace unos 12.000 años), basada principalmente en el consumo de carne, pescado, frutas, verduras, nueces y raíces. Esta dieta excluía granos, legumbres, productos lácteos, sal, azúcares refinados y aceites procesados. Unos años más tarde, un grupo de investigadores de la Universidad de Emory, dirigido por S. Boyd Eaton y Melvin Konner, llevó esta dieta a la atención de la comunidad médica a nivel científico (Eaton y Konner, 1985) e informativo (Eaton et al., 1988). Al revisar los avances científicos, se observó que la dieta paleolítica reveló varios beneficios. Los ensayos clínicos aleatorizados han comenzado a confirmar el valor de las dietas de cazadores-recolectores, especialmente en ciertos grupos de alto riesgo. Estudios diversos han mostrado resultados favorables de la dieta paleolítica en comparación con las dietas rutinariamente recomendadas. Sin embargo, los datos no son concluyentes y probablemente es una de las dietas que no ha generado una posición clara, incluso entre los profesionales de la nutrición. Esta divergencia también se observa en la literatura científica. Así, por ejemplo, en 2016, una comparación realizada por investigadores suecos (Otten et al., 2016) de la dieta paleolítica *ad libitum* (administración que depende de la voluntad del paciente) con

una dieta convencional baja en grasas durante una intervención de dos años mostró que, en la dieta paleolítica, hubo un efecto significativo y persistente de disminución de la grasa a nivel hepático, pero no se asoció con alteraciones en la sensibilidad a la insulina. Al año siguiente, en un estudio realizado por el mismo grupo (Otten et al., 2017), se observó que la dieta paleolítica no solo mejoró la masa grasa y el equilibrio metabólico, sino que también mostró efectos positivos en la sensibilidad a la insulina, el control glucémico y los niveles de leptina en personas con diabetes tipo 2. Curiosamente, el estudio también encontró que el ejercicio físico supervisado no mejoró significativamente estos resultados. Sin embargo, el ejercicio sí desempeñó un papel en preservar la masa magra y mejorar la capacidad cardiovascular, especialmente en hombres. En una revisión sistemática y metaanálisis realizada por Ghaedi et al. (2019), se examinaron los efectos de una dieta paleolítica en los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Los resultados sugirieron que la dieta paleolítica tiene efectos favorables en los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, la evidencia no se consideró concluyente, destacando la necesidad de más ensayos bien diseñados para investigar aún más el impacto de esta dieta.

IV.1.6.10. Dieta de las galletas

En 1975, el médico Sanford Siegal, del sur de Florida, desarrolló una galleta basada en una mezcla de varios aminoácidos para controlar el hambre de sus pacientes y lograr una pérdida de peso de 5-7,8 kg al mes. Esta dieta propone un consumo de 800 kcal/día distribuidas en seis galletas (alrededor de 500 calorías) junto con una cena de aproximadamente 300 calorías. Este planteamiento abarca varios tratamientos para bajar

de peso, como *Smart for Life Cookie Diet*, *R&D Diet Cookie*, *Dr. Siegal's Cookie Diet* y *Hollywood Cookie Diet*, que requieren de 4 a 6 galletas al día y, a veces, además de otros alimentos (Siegal, 1975). Siegal abrió, desde 2002 a mediados de 2006, centros de pérdida de peso con franquicia en EE.UU. y Canadá, pero los cerró en agosto de 2006 debido a la bancarrota (Kubala y Raman, 2024). En 2009, un sitio web afirmó falsamente que Kim Kardashian indicó que había visto resultados positivos con esta dieta. Ella tuiteó que Siegal mintió afirmando que seguía la dieta de las galletas. Este incidente llevó al caso 'Siegal contra Kardashian', ya que se había presentado una demanda en un tribunal estatal de Florida, alegando que las declaraciones fueron falsas y difamatorias. La *socialité* estadounidense Kardashian envió una orden de cese y desistimiento a Siegal, exigiendo que se eliminara el enlace (Langwith, 2011). Por otro lado, este autor publicó otros libros, incluidos *Dr. Siegal's Natural Fibre Permanent Weight Loss Diet* (Siegal, 1984a) y *Hunger Control Without Drugs: The Doctor's Appetatic Diet* (Siegal, 1984b).

IV.1.6.11. Dieta de Okinawa

En 1976, se inició el Estudio Centenario de Okinawa dirigido por Makoto Suzuki junto con Craig y Bradley Willcox, para revelar los secretos del envejecimiento exitoso de los ancianos debido a que en las Islas Ryukyu, en la prefectura japonesa de Okinawa, tienen la mayor concentración de centenarios en todo el mundo, algunos de ellos con 110 años o más (Miyagi et al., 2003), lo que resultó en su designación en el controvertido concepto de las llamadas "zonas azules" (Hall, 2024; Pes et al., 2022) y que incluyen a Cerdeña (Italia), Nicoya (Costa Rica), Icaria (Grecia) y Loma Linda (California, EE.UU.), donde se observa una alta longevidad de sus

habitantes. Esta dieta se basa en la cocina tradicional de Okinawa, que es baja en calorías e incluye un alto consumo de verduras y legumbres (principalmente soja), consumo moderado de mariscos y bajo consumo de productos lácteos, carne y derivados, además de un consumo moderado de alcohol y baja ingesta calórica (Willcox et al., 2005). Se hace referencia a comer una mayor proporción de ácidos grasos monoinsaturados en comparación con los saturados y consumir carbohidratos con un índice glucémico bajo y alimentos con fitonutrientes (en forma de antioxidantes y flavonoides) (Willcox et al., 2009, 2014). Teschke y Xuan (2018) discutieron la inclusión de la flor de jengibre en esta dieta por su rico contenido fitoquímico. La longevidad en Okinawa es confusa debido a problemas para verificar (muchos registros no sobrevivieron a la Segunda Guerra Mundial) si las personas son realmente mayores (Poulain, 2011). Hokama y Binns (2008) demostraron que la longevidad masculina ocupa el puesto 26 entre las 47 prefecturas de Japón, lo que no respalda la evidencia de la zona azul.

IV.1.6.12. Dieta del sirope de arce y limonada

Un naturópata llamado Stanley Burroughs creó esta dieta, que forma parte de las que se conocen, sin ningún fundamento, como dietas desintoxicantes. En 1976, publicó el libro *The Master Cleanser*. La dieta implica ayunar durante diez días o más e ingerir una bebida a base de jugo de limón con sirope de arce y pimienta de cayena, acompañada de té de hierbas, laxantes y agua con sal marina. Después de una duración de diez días, se pueden incorporar gradualmente algunos alimentos, como caldos de verduras y sopas de verduras y frutas. La dieta promete una pérdida de peso de 5 kg/semana (Burroughs, 1976). Sin embargo, provoca

deficiencias de proteínas, vitaminas y minerales, además de halitosis (mal aliento), fatiga, insomnio, mareos e hipotensión, entre otros (Soriano y Zarzo, 2021). En 1984, Burroughs fue condenado por la Corte Suprema de California (People v. Burroughs, 1984) por vender ilegalmente tratamientos contra el cáncer, practicar la medicina sin licencia y homicidio en segundo grado de Lee Swatsenbarg, un paciente de cáncer que siguió este tratamiento.

IV.1.6.13. Dieta de proteínas líquidas

En 1977, un osteópata conocido como Robert Linn publicó un libro titulado *The Last Chance Diet: When Everything Else Has Failed: Dr. Linn's Protein-Sparing Fast Program* (Linn, 1977), donde explicaba un controvertido planteamiento llamado la Dieta de Proteínas Líquidas, basado en una ingesta masiva de proteínas a partir de un hidrolizado líquido de colágeno, obtenido específicamente de la piel de vaca. Esta dieta prometía una pérdida de peso de alrededor de 27 kg en tres meses. En 1976, la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. prohibió este tipo de tratamiento debido al hecho de que conlleva a una falta de aminoácidos esenciales. Esta dieta ha causado varias muertes (Staff, 1978), y ha estado vinculada al origen de arritmias cardíacas en varios pacientes (Lantigua et al., 1980) y paros cardíacos. En este último caso fallecieron 32 de las 44 personas afectadas (Frank et al., 1981).

IV.1.6.14. Cableado mandibular

Rodgers et al. (1977) aplicaron por primera vez el cableado de mandíbula para tratar la obesidad, reflejando una pérdida promedio de peso de 25 kg en 6 meses. Sin embargo, más del 70%

de los pacientes estudiados recuperaron peso después de interrumpir el cableado de la mandíbula, y se obtuvieron resultados similares por Castelnuevo-Tedesco et al. (1980) y Ramsey-Stewart y Martin (1985). El método se basa en dos soportes conectados a los dientes superiores e inferiores (sin anestesia ni cirugía) y unidos por un alambre delgado para mantener la mandíbula adecuadamente. Los soportes y el cable se colocan de manera que mantengan la mandíbula inferior semicerrada y en una posición de reposo, permitiendo un movimiento moderado que ayuda al paciente a hablar claramente, pero evita que mastique alimentos sólidos, obligándole a seguir una dieta líquida, lo que le permite perder peso, pero también lleva a la pérdida de macro y micronutrientes. Curiosamente, Rodgers et al. (1977) implementaron una intervención psicológica para el tratamiento del aumento de peso que implicaba el uso de un cordón de nailon que se envolvía alrededor de la cintura del participante con el cableado de la mandíbula, presionando la cintura al comer y pudiendo causar la aspiración de vómitos debido a que el paciente no puede abrir adecuadamente la boca, lo que puede plantear graves riesgos para la salud como asfixia, neumonía o incluso la muerte (Al-Dhubhani y Al-Tarawneh, 2015).

IV.1.6.15. Dieta Scarsdale

El cardiólogo estadounidense Herman Tarnower, junto con el escritor de libros de autoayuda Samm Sinclair Baker publicaron esta dieta (Tarnower y Baker, 1978), la cual es similar a la dieta Atkins, pero con más énfasis en el consumo de frutas y verduras. Promete una pérdida de peso de hasta 2 kg/semana. El libro no tuvo éxito inicialmente, pero las ventas se dispararon cuando Tarnower fue asesinado por su amante y directora de una escuela

privada, Jean S. Harris (Friedman, 2018, p. 58). En 1983, un estudio (Quiroz-Kendall et al., 1983) presentó el caso clínico de un paciente que desarrolló una enfermedad llamada porfiria variegata (enfermedad hepática autosómica dominante secundaria a una deficiencia de la actividad de protoporfirinógeno oxidasa que puede presentar manifestaciones neurológicas agudas y/o fotosensibilidad cutánea) debido a la restricción de carbohidratos (Frank et al., 1998) durante las tres semanas en la dieta Scarsdale.

IV.1.6.16. Dieta Pritikin

Un libro titulado *Pritikin's Program for Diet and Exercise* escrito por el inventor Nathan Pritikin, junto con el escritor Patrick McGrady, enfocaba el tratamiento con dieta y ejercicio aeróbico moderado (o cardio) (Pritikin y McGrady, 1977). Nathan Pritikin asoció esta dieta con la creación del *Pritikin Longevity Center* (hoy llamado *Pritikin Longevity Center & Spa*), donde tienen lugar actividades de alimentación, ejercicio y spa. La dieta se basa en reducir la grasa y aumentar los carbohidratos complejos y la fibra, seleccionando alimentos como frutas, verduras, granos enteros, legumbres e incluso leche descremada, y reduciendo la ingesta de carne magra o pescado a pequeñas cantidades. La dieta implica evitar guisos o alimentos fritos y recomienda alimentos crudos, al vapor, asados o hervidos. En esta dieta se permite agregar especias, gotas de limón o hierbas aromáticas a los platos. La dieta Pritikin promete una pérdida de peso de hasta 1,8 kg/semana. En 1985, se publicó una extensa revisión sobre los efectos de algunas dietas y el ejercicio físico en enfermedades crónicas, y en esta revisión hay varios artículos sobre la Dieta Pritikin que indican que esta puede ayudar a prevenir enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión y obesidad (Fisher y Lachance, 1985). Entre las

desventajas se encuentran la flatulencia y la monotonía. En esta revisión, se descartaron cinco artículos, lo que podría reflejar un conflicto de intereses. En América, esta dieta se ha vuelto sustancialmente exitosa hasta el punto de que algunos restaurantes ofrecen menús especiales 'Pritikin' para aquellos que desean mantenerse fieles a su dieta cuando están fuera de casa.

IV.1.6.17. Dieta del picoteo

En 1978, un periodista, escritor y editor itinerante del *Reader's Digest*, llamado Stanley Lawrence Englebardt publicó esta dieta (Englebardt, 1978), caracterizada por consumir múltiples comidas pequeñas y frecuentes (también conocido como picotear) a lo largo del día. El problema de esta dieta es la gran variedad y cantidad de comidas pequeñas al día observadas en la literatura, incluyendo 3-5, 9, 12, 13, 17 comidas al día en los estudios de Verboeket-Van De Venne y Westerterp (1993), Rashidi et al. (2003), Jenkins et al. (1992), Murphy et al. (1996) y Jenkins et al. (1989), respectivamente. Además, la composición de cada una de las comidas no se definió en algunos trabajos anteriores. De hecho, es importante estandarizar la composición alimentaria para tener una mejor comprensión de los efectos de las múltiples comidas en la pérdida de peso y los biomarcadores, incluidos los niveles de colesterol, insulina y glucosa.

IV.1.6.18. Dieta del metabolismo de Hilton Head

Esta dieta fue desarrollada por Peter M. Miller, PhD, en 1979. Propuso que consumir cinco comidas pequeñas al día y participar en el tipo y cantidad apropiados de ejercicio puede aumentar el metabolismo, lo que lleva a la pérdida de peso. Peter M. Miller es

profesor en la *Medical University of South Carolina* y es el fundador del *Hilton Head Health Institute* ubicado en *Hilton Head Island*, Carolina del Sur, EE.UU. Esta dieta incorporó valiosas ideas obtenidas al trabajar con pacientes en el Instituto, que es un retiro para conseguir pérdida de peso y modificación de estilo de vida asociado a nuevas habilidades de salud y bienestar. El plan de dieta involucra una fase de pérdida de peso de seis semanas seguida de una fase de mantenimiento de peso de dos semanas, siendo típicamente baja en grasas e incluyendo una variedad de frutas y verduras, carbohidratos y carnes magras. También recomienda ejercicios de entrenamiento de fuerza, caminar y tomar multivitaminas y suplementos de calcio. El paciente tiene un límite de aproximadamente 1000 kcal/día durante la fase de pérdida de peso, con un aumento en el consumo calórico permitido los fines de semana. La ayuda psicológica y emocional de Miller también es un aspecto vital de la dieta, ya que busca ayudar a los pacientes a superar sentimientos de vergüenza e incomodidad sobre su peso o apariencia (Miller, 2008). Lynn (2005) realizó una revisión exhaustiva de la literatura sobre esta dieta, centrándose específicamente en las ventajas de comprender la tasa metabólica en reposo (TMR) de un individuo. La revisión exploró factores que influyen en la tasa metabólica y realizó un análisis de datos comparando la TMR medida con la TMR estimada y otros factores relacionados con la salud. El objetivo era obtener información sobre el impacto de la TMR en el manejo del peso y la salud general.

IV.1.6.19. Dieta del Ejército de Israel

Esta dieta, que no está oficialmente relacionada con el Ejército de Israel, y que se empezó a extender a finales de la

década de 1970, implicaba sobrevivir al comer un solo tipo de alimento durante dos días consecutivos: dos días solo de queso, dos días de ensaladas, dos días de aves de corral, etc. (Truswell, 1982). Es una dieta monótona que puede comprometer la salud y no recomendable para un grupo que realiza una actividad física tan extrema como ocurre en el ejército.

IV.1.7. Dieta de la década de 1980

IV.1.7.1. Herbalife

En 1980, Mark R. Hughes, vendedor de productos dietéticos, fundó *Herbalife Nutrition*®, una empresa que desarrolla productos nutricionales para el control de peso, entre otros. Este tratamiento ha generado controversia, principalmente debido a preocupaciones sobre ingredientes potencialmente dañinos encontrados en ciertos productos, afirmaciones de marketing consideradas engañosas y métodos de distribución poco convencionales (Burbano Cerón y Góngora Lemos, 2022). Algunos de los productos iniciales ofrecidos por *Herbalife* incluían Ma huang (*Ephedra sinica*), una planta que contiene efedrina. La efedrina se utilizaba comúnmente como supresor del apetito, así como para tratar patologías como el asma, la fiebre del heno, la congestión y la presión arterial baja (Stickel et al., 2011). *Herbalife* enfrentó varias polémicas y problemas legales a lo largo de los años. Después de que los consumidores informaran sobre reacciones adversas y las primas de seguros de la empresa aumentaran, *Herbalife* decidió eliminar la efedrina de sus productos. La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA CAERS ASCII 2004-2013) prohibió finalmente la venta de suplementos que contuvieran efedra en 2004 debido a cuestiones de seguridad.

En la década de 1980, *Herbalife* recibió quejas de consumidores que experimentaban síntomas como estreñimiento, diarrea, dolores de cabeza y náuseas. Inicialmente, los funcionarios de *Herbalife* instruyeron a los distribuidores que atribuyeran estos síntomas a la eliminación de toxinas del cuerpo causada por el uso de sus productos. Sin embargo, la FDA tomó medidas contra *Herbalife* en 1982 por hacer afirmaciones no fundamentadas sobre la efectividad de sus productos en el tratamiento de diversas patologías. La FDA exigió a *Herbalife* que eliminara la mandrágora (*Mandragora autumnalis*) de sus productos (Berg, 1999). Además, el Departamento de Justicia de Canadá presentó cargos penales contra *Herbalife* por afirmaciones médicas falsas y prácticas publicitarias engañosas en 1984. El Departamento de Salud de California, el fiscal general de California y la FDA también presentaron una demanda civil contra la empresa en 1985, acusando a *Herbalife* de engañar a los consumidores, realizar afirmaciones indebidas sobre productos y operar un esquema ilegal de "cadena sin fin". *Herbalife* resolvió la demanda pagando \$850.000 en costos, tarifas y penalizaciones jurídicas. En 2000, el fundador de *Herbalife*, Mark Hughes, falleció por una sobredosis de alcohol y doxepina, un medicamento psicoactivo con propiedades antidepresivas y ansiolíticas (Healy, 1987).

IV.1.7.2. Medifast

En 1980, el Dr. William Vitale fundó *Jason Pharmaceuticals*, principalmente como un programa de pérdida de peso supervisado médicamente. El plan de dieta *Medifast*, comercializado por esta empresa, es un programa bajo en grasas, carbohidratos y calorías que se basa en productos de reemplazo de comidas densos en nutrientes. Aunque *Medifast* todavía ofrece

esta opción, solo alrededor del 10% de sus clientes la utilizan bajo supervisión médica obligatoria, ya que no se requiere, pero se recomienda la supervisión médica. La dieta *Medifast* ofrece una variedad de más de 50 comidas para elegir. El plan es un programa bajo en calorías que generalmente implica una ingesta diaria que oscila entre 800 y 1000 kcal/día. Durante la fase de pérdida de peso, los usuarios siguen un plan de comidas 5 y 1, que consta de cinco comidas *Medifast* equilibradas nutricionalmente y controladas por porciones, y una comida *Lean & Green*. Esta última comida incluye una fuente magra de proteínas y una porción de verduras. La porción de proteínas magras puede ser 145 g de carne magra cocida, cerdo o cordero, o 200 g de pollo, pavo, pescado o mariscos cocidos. La porción verde consiste en dos tazas de hojas verdes con 1/2 taza de verduras crudas, junto con 1-2 cucharadas de aderezo para ensaladas bajo en carbohidratos. Alternativamente, se pueden sustituir una taza y media de verduras cocidas bajas en carbohidratos por las hojas verdes (excluyendo zanahorias, maíz, guisantes, patatas y coles de Bruselas durante la fase de pérdida de peso). Esta combinación de comidas *Medifast* controlada por porciones y una proteína magra con verduras en la comida *Lean & Green* ayuda a proporcionar un enfoque equilibrado y reducido en calorías para la pérdida de peso (Mechanick y Kushnet, 2016).

En un ensayo controlado aleatorio realizado por Shikany et al. (2013), se observó que el grupo que seguía la dieta *Medifast* logró reducciones significativamente mayores tanto en el peso corporal como en la grasa en comparación con el grupo que seguía una dieta basada en alimentos. Esto indica la efectividad del programa *Medifast* en la promoción de la pérdida de peso. Otra variación del programa *Medifast*, conocida como el Plan

Medifast 4 & 2 & 1, fue evaluada por Coleman et al. (2015). Este estudio se centró en el programa implementado en uno de los 21 Centros de Control de Peso *Medifast*. Los resultados mostraron que el Plan *Medifast 4 & 2 & 1* fue efectivo para la pérdida de peso, la preservación de masa magra y la mejora de los factores de riesgo cardiometabólico. Esto destaca los resultados positivos del programa *Medifast* tanto en el manejo del peso como en la mejora general de la salud.

IV.1.7.3. Dieta Slim-Fast Optima

En 1980, la dieta *Slim-Fast* se estableció como un programa de gestión de peso y una marca registrada de productos dietéticos. El plan de dieta *Slim-Fast* se clasifica como una dieta de reemplazo de comidas líquidas y se basa en el concepto de consumir una dieta baja en calorías para perder peso. *Slim-Fast Foods*, el fabricante de los productos fue adquirido por *Unilever N.V.* en 2000, y la línea *Slim-Fast* fue modificada a principios de la década de 2000 con la introducción de los batidos *Slim-Fast Optima Hunger Control*, que sustituyeron el azúcar por un edulcorante artificial y añadieron un gramo extra de grasa para ayudar a que los que siguen la dieta se sientan llenos por más tiempo. El plan de dieta *Slim-Fast Optima* implica sustituir productos *Slim-Fast* en dos comidas al día, tener una comida sensata y realizar 30 minutos de ejercicio físico diario. El programa cuenta con varios productos dietéticos especializados que atienden a necesidades dietéticas específicas, como opciones sin lactosa y bajas en carbohidratos. La empresa detrás de *Slim-Fast* financió un estudio realizado de manera independiente, que demostró la eficacia del producto en la promoción de la pérdida de peso (Ditschuneit et al., 1999).

El estudio mencionado involucró a investigadores académicos independientes y se llevó a cabo durante 27 meses. La fase inicial del estudio comparó a un grupo de control que seguía una restricción calórica con alimentos normales con un grupo de intervención que consumía dos comidas parciales y reemplazos de snacks con *Slim-Fast* cada día. Después de esta fase, ambos grupos fueron asignados a una comida parcial y un reemplazo de snack por día. Al final del estudio, se encontró que el grupo de intervención había logrado y mantenido una pérdida de peso del 11,3% de su peso inicial, mientras que el grupo de control solo logró una pérdida de peso del 5,9%. Además, un seguimiento adicional durante 2 años adicionales (un total de 4 años) reveló que el grupo asignado a reemplazos de comidas durante la fase inicial de 3 meses tuvo una mayor pérdida de peso del 3,3% en comparación con el grupo de alimentos normales, que tuvo una pérdida de peso del 0,8%. Además, los participantes que pudieron mantener una pérdida de peso del 7% experimentaron mejoras significativas en glucosa, insulina, triglicéridos y presión arterial sistólica. Estos hallazgos sugieren que los reemplazos de comidas, como los proporcionados por *Slim-Fast*, pueden ser efectivos para promover la pérdida de peso y mejorar diversos marcadores metabólicos asociados con la salud cardiovascular (Ditschuneit y Flechtner-Mors, 2001).

IV.1.7.4. Dieta de Beverly Hills

Judy Mazel, sin formación profesional en salud, y aspirante a actriz estadounidense con problemas de peso, escribió un libro en 1981, llamado *The Beverly Hills Diet*, que se convirtió en un *best-seller*, llevándola a abrir una clínica de adelgazamiento (Mazel, 1981). Afirmaba que las personas que seguían su programa podían lograr

una pérdida de peso de hasta 1,16 kg por semana. La dieta consistía en un régimen alimenticio estructurado de 42 días, comenzando con 10 días en los que solo se podía consumir frutas en forma cruda o en jugo. A partir del día 11, los participantes podían incorporar pan y maíz, y el consumo de proteínas comenzaba en el día 19. La dieta prohibía mezclar carbohidratos y proteínas en la misma comida, y su duración total era de seis semanas. La pérdida de peso se debía principalmente a la ingesta sustancialmente baja de calorías (alrededor de 800 kcal/día). En una parte del libro, Mazel presentaba una teoría no científica que afirmaba que solo los alimentos no digeridos se acumulan como grasa en el cuerpo.

La Asociación Médica Estadounidense (Mirkin y Shore, 1981) criticó la dieta de Mazel, declarándola como "la última y quizás la peor dieta incorporada a la fiebre de las dietas". Los principios del tratamiento contradecían el conocimiento médico establecido sobre nutrición.

En 1996, Mazel modificó ligeramente su enfoque y publicó *The New Beverly Hills Diet* (Mazel y Wyatt, 1996), introduciendo 21 comidas de elección libre en el régimen de 35 días. Afirmaba que estrellas de Hollywood como Jack Nicholson, Jodie Foster, Liza Minnelli, Sally Kellerman, Engelbert Humperdinck, Linda Gray y otros seguían su dieta.

Curiosamente, en 1982, un médico llamado Fox publicó un libro titulado *The Beverly Hills Medical Diet* (Fox, 1982), recomendando un régimen bajo en grasas, alto en carbohidratos complejos y ejercicio suave, ofreciendo un contraste con el enfoque de Mazel.

IV.1.7.5. Dieta F-plan

En 1982, apareció en Inglaterra un libro titulado *The F-plan* escrito por Audrey Eyton, fundadora de la revista *Slimming Magazine*. Este libro (Eyton, 1982) recomendaba una alta ingesta de fibra (de ahí F-plan) a partir de cereales y frutas, además de proponer una ración de leche desnatada y la selección de un conjunto de recetas bajas en grasa y ricas en legumbres, basándose en restringir la ingesta a 1000 kcal/día. Para variar, los alimentos tienen un toque británico, incluyendo ciruelas, moras, judías verdes y productos comercializados por la empresa *Hovis Ltd.* (harina y pan). Las desventajas incluyen flatulencias y exceso de gases en las primeras semanas y el consumo de alimentos que requieren más tiempo para masticar y tragar. Si no se asocia con un aumento en la ingesta de agua, la dieta puede causar problemas intestinales (Richardson, 1992). Fairweather-Tail y Wright (1985) concluyeron que esta dieta no tiene un efecto adverso en el metabolismo del hierro, cinc o calcio en ratas, aunque sus autores recomendaron que, para evaluar el efecto a largo plazo del hierro sanguíneo, se necesitaba una investigación más detallada. En 2006, se publicó una versión mejorada de esta dieta llamada *The F-2 diet* (Eyton, 2006), que pretende ser más rápida y efectiva. La autora ideó originalmente esta dieta después de descubrir las propiedades de la fibra (Burkitt y Trowell, 1977).

IV.1.7.6. Dieta de Jenny Craig

En 1983, Jenny Craig y su esposo, Sidney Craig, fundaron *Jenny Craig, Inc.* en Australia y desarrollaron un programa que combina asesoramiento individual de gestión de peso con un menú de comidas congeladas y otros alimentos que se distribuyen a través de sus centros o se envían directamente a los clientes. Ayuda

a los participantes a perder entre 0,45 y 0,91 kg por semana mediante una dieta reducida en calorías de 1200-2000 kcal/día (Witherspoon y Rosenzweig, 2004). Gudzone et al. (2015) llevaron a cabo una revisión de adultos con sobrepeso y obesos inscritos en el programa Jenny Craig durante 12 meses. El estudio encontró que los participantes en el programa Jenny Craig lograron una pérdida de peso un 4,9% mayor en comparación con aquellos en un grupo de control/educación o grupo de asesoramiento conductual. Además, Finkelstein y Verghese (2019) informaron que las personas que seguían el programa Jenny Craig gastaban un promedio de \$22 por día en alimentos (alrededor de \$8.030 al año).

IV.1.7.7. Dieta de 3 días de la Clínica Cleveland

Los orígenes de la dieta de la Clínica Cleveland permanecen envueltos en misterio, ya que no hay publicaciones oficiales. Por lo tanto, fechar esta dieta y rastrear su origen es una tarea ardua. Aunque algunos informes sugieren que la dieta de la Clínica Cleveland comenzó a ganar popularidad alrededor de 1985, la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón ha emitido un descargo de responsabilidad indicando que un precursor de esta dieta, conocido como la dieta de la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregón, ha estado circulando en el noroeste del Pacífico desde 1923 (Brill, 1923). Se atribuye el desarrollo de la dieta de la Clínica Cleveland a diversos departamentos de cardiología de hospitales y centros médicos. Según informes, los pacientes con exceso de peso programados para cirugía cardíaca usaban esta dieta para adelgazar antes de su operación. La dieta restringe la ingesta calórica a entre 600 y 1100 kcal/día (Roberts, 2001). La dieta de la Clínica Cleveland no cuenta con el respaldo de médicos y dietistas convencionales. La Asociación Americana del Corazón

(AHA) y varios hospitales han emitido declaraciones oficiales indicando que no respaldan esta dieta (Hubbard, 2007). En 2003, la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón declaró que la versión *hot dog* de la dieta de la Clínica Cleveland es nutricionalmente insuficiente y desaconsejó su uso (Katz, 2003).

IV.1.7.8. Fit for Life

En 1985, Harvey (especialista en tallado de madera, con un certificado en nutrición del *American College of Health Sciences* en Austin, una escuela de correspondencia y no acreditada en el sistema educativo universitario) y Marilyn Diamond (mismo certificado en nutrición, pero con una licenciatura en lingüística de la Universidad de Nueva York) idearon un método para perder peso que, según ellos, no se basa en una dieta (de ahí el nombre antidieta) sino en modificar la forma de comer, sin contar calorías (Davidson, 2007). Recomendaron el consumo de frutas (tres horas antes o después de las comidas), verduras y harinas integrales; moderar las grasas y limitar los productos lácteos y no beber agua durante las comidas porque diluye los jugos gástricos del estómago, dificultando la digestión adecuada. Según ellos, los carbohidratos y las proteínas nunca deben consumirse en la misma comida porque su digestión dificulta la asimilación de sus nutrientes. Esta dieta promete una pérdida de peso de hasta 2 kg/semana. Herbert (1988) resaltó el carácter pseudocientífico del libro. Por otro lado, MacLean et al. (2022) desarrollaron una intervención de estilo de vida saludable llamada *Fit for LIFE* en colaboración con el personal penitenciario para su implementación en hombres encarcelados. El estudio se centró en la viabilidad de la entrega de la intervención a través de los departamentos de educación física de las cárceles.

Sin embargo, es importante destacar que esta intervención no está directamente relacionada con el tema discutido en esta sección.

IV.1.7.9. Six Day Body Makeover

En 1985, Michael Thurmond desarrolló un programa de pérdida de peso denominado *Six Day Body Makeover* y que prometía ayudar a las personas a perder una talla de vestido o pantalón en solo seis días a través de una estricta dieta y un plan de ejercicio diseñado para aumentar el metabolismo. Thurmond creció en Los Ángeles y luchó contra la obesidad, pero eventualmente se convirtió en un culturista competitivo y desarrolló el programa *Six Week Body Makeover* en San Francisco en 1985, que posteriormente llevó al desarrollo del *Six Day Body Makeover* que implicaba identificar el tipo de cuerpo del paciente a través de un cuestionario y proporcionar un plan de comidas específico que es bajo en calorías y alto en proteínas y carbohidratos complejos. Se requiere que los pacientes coman con frecuencia y beban doce vasos de agua al día, evitando los productos lácteos. Las pautas de ejercicio recomiendan ejercicio de baja intensidad durante al menos cinco días, e incluyen ejercicios de respiración abdominal para ayudar en la pérdida de peso, aumentar los niveles de energía y mejorar la forma física en general (Levan, 2014). Hasta la fecha, no hay disponible ningún estudio de investigación sobre esta dieta.

IV.1.7.10. Dieta rotativa

En 1986, el Dr. Martin Katahn, profesor de psicología en la Universidad Vanderbilt en Nashville (EE. UU.), desarrolló una dieta que implicaba tres días de consumo de 600 kcal/día, seguidos de

cuatro días de consumo de 900 kcal/día y una semana de consumo de 1200 kcal/día (Katahn, 1986). Obviamente, durante los primeros días, no es una dieta equilibrada. El libro *The Rotation Diet* se basa en tres pilares fundamentales: dieta, ejercicio y modificación del comportamiento.

El mismo autor encontró desafiante mantener la disciplina y el compromiso necesarios para adherirse al programa de manera consistente (Katahn, 1928). Posteriormente, desarrolló otras dietas como *The T-Factor Diet* (Katahn, 1989) y *The Tri-Color Diet: A Miracle Breakthrough in Diet and Nutrition for a Longer, Healthier Life* (Katahn, 1996).

IV.1.7.11. Dieta de Victoria Principal

Entre 1978 y 1991, una serie de televisión llamada *Dallas* se convirtió en un éxito y catapultó a muchos de sus protagonistas, entre ellos a la actriz Victoria Principal, quien era cuñada de Larry Hagman (el famoso personaje de J.R. que aparecería con su sombrero tejano y su sonrisa ambivalente). En 1987, se lanzó el libro titulado *The Diet Principal* donde prometía una pérdida de peso de hasta 5 kg por semana basada en ensaladas y limitando frutas y productos lácteos, siendo una dieta desequilibrada (Principal, 1987).

El Dr. Varela Moreiras declaró sobre esta dieta que "su autora, una conocida actriz de cine cuyos conocimientos en nutrición son desconocidos para nosotros, desaconseja seguir la dieta durante la menstruación" (Varela Moreiras, 2010).

IV.1.7.12. Dieta Montignac

Un ejecutivo francés conocido como Michel Montignac, después de luchar durante años contra el sobrepeso, comenzó a investigar un método para perder peso de manera eficiente y duradera, reducir los riesgos de insuficiencia cardíaca y prevenir la diabetes. En 1987, publicó *Je mange donc je maigris ou: Les secrets de la nutrition* basado en el nuevo concepto de índice glucémico (IG) y lo aplicó para perder peso como una dieta baja en IG ($IG < 50$) y baja en grasas y alta en proteínas (Montignac, 1987). Clasificó los alimentos en siete grupos: proteínas (carne, pescado y huevos), alimentos ricos en carbohidratos (arroz, patatas y pasta), legumbres, verduras, frutas, frutos secos y grasas. Según él, la fruta al final de las comidas es un “verdadero veneno”. Por lo tanto, las frutas deben comerse solas y entre comidas (porque esto evita la fermentación de la fruta en el intestino, pérdida de vitaminas y alteración en el metabolismo de las proteínas, una afirmación que hoy se considera falsa a nivel científico), mientras que, en la misma comida, las proteínas no pueden combinarse con carbohidratos. Se deben evitar nueces y grasas hasta el día 14 del tratamiento dietético. La dieta promete una pérdida de peso de hasta 1,25 kg por semana. Dumesnil et al. (2001) reflexionaron que esta dieta indujo una disminución espontánea del 25 y 35% en la ingesta energética diaria y los niveles de TG plasmáticos, respectivamente, junto con un aumento significativo en el diámetro de las partículas de LDL-colesterol y disminuciones marcadas en los niveles de insulina plasmática. Bush y Lane (2018) detectaron que el uso del método de Montignac afecta la ingesta de vitamina D, estando significativamente por debajo de las recomendaciones de ingesta nutricional de referencia del Reino Unido aplicadas en mujeres adultas. Además, Van der Pant et al. (1998) prefirieron una dieta

convencional, basada en la restricción calórica con menor consumo de ácidos grasos saturados, incluida la actividad física, en comparación con la dieta de Montignac.

IV.1.7.13. Dieta de la Luna

En 1988, Rolando Ricci, un ortopedista argentino, creó esta dieta, también conocida como la dieta del hombre lobo. Sin embargo, la autoría está en disputa, con él contra Bruce Ackenberg, Gabriele Daddo Carcano y Oscar Eduardo Blotta. Independientemente de los autores, la dieta se basa en realizar un ayuno coincidiendo con el inicio de una nueva fase lunar, prohibiendo los alimentos sólidos durante el ayuno. Solo se permiten líquidos como caldos de verduras, té de hierbas, caldos caseros sin grasa y un mínimo de 2 litros de agua. Durante el ayuno, no se permiten azúcar, sal, refrescos, café, lácteos, bebidas de soja, chicles, jarabes ni jugos de frutas envasados. Además, el ayuno se realiza durante dos días al mes, siendo el primero durante el cambio de fase a la luna llena y el segundo al comienzo de la luna nueva (Marques-Lopes et al., 2002). No hay literatura científica que verifique esta dieta.

IV.1.7.14. Dieta Fat Flush

En 1988, una especialista certificada en nutrición llamada Ann Louise Gittleman desarrolló la *Fat Flush Diet* como un programa de pérdida de peso y desintoxicación que tiene como objetivo aumentar el metabolismo, reducir la retención de agua y promover la pérdida de grasa (Gittleman, 1988). El programa se basa en la idea de que consumir la combinación adecuada de alimentos y comer con más frecuencia puede aumentar el metabolismo del

organismo y llevar a una quema eficiente de grasas. La ingesta calórica en esta dieta oscilaba entre 1100 y 1600 kcal/día (Klein y Kiat, 2015). A diferencia de las dietas extremadamente bajas en grasas, la Dieta *Fat Flush* hacía hincapié en ingerir las grasas, carbohidratos y proteínas correctas para maximizar la quema de grasas. Sin embargo, antes de que el cuerpo pueda quemar eficazmente la grasa almacenada, primero se deben desintoxicar el hígado y el sistema linfático. Gittleman indicó que hay cinco "factores ocultos" que dificultan la pérdida de peso, disminuyen los niveles de energía y afectan la salud en general, incluido un hígado sobrecargado de toxinas, sensibilidades e intolerancias alimentarias, miedo a consumir grasas, exceso de insulina causado por alimentos ricos en carbohidratos y niveles de cortisol que pueden regularse mediante la sincronización de las comidas. El plan de dieta de Gittleman ganó popularidad tras el lanzamiento de su exitoso libro *The Fat Flush Plan*, y se publicitó aún más en la película, de 2006, titulada *Last Holiday*, protagonizada por Queen Latifah (Negra, 2010), pero ella nunca lo usó en la vida real (Hirji, 2007). La dieta Fat Flush se compone de tres fases distintas: la fase inicial dura dos semanas y es una dieta de limpieza altamente restrictiva destinada a iniciar la pérdida de peso; la segunda fase es menos restrictiva y continúa hasta que se alcance el tamaño o peso corporal deseado; la fase final, fase 3, es una dieta baja en carbohidratos que se puede seguir a largo plazo para el mantenimiento del peso (Gittleman, 2002). No hay literatura científica que verifique esta dieta.

IV.1.7.15. Dieta D'Adamo y la dieta del grupo sanguíneo

En 1989, el naturópata Peter J. D'Adamo lanzó un libro titulado *The D'Adamo Diet*, donde prometía una pérdida de peso

de hasta 1,25 kg por semana a partir de una dieta baja en grasas y vegetariana a todos sus pacientes, pero sugiriendo que una dieta basada en el grupo sanguíneo del usuario podría tener beneficios para la salud del mismo (D'Adamo, 1989). Su hijo, también naturópata, en 1996 publicó *Eat Right for Your Type* (D'Adamo, 1996), donde cada persona debe comer un tipo de alimento u otro según su grupo sanguíneo (A, B, O, AB). Para el grupo A, se recomiendan cereales, legumbres y verduras, y en cuanto a los alimentos de origen animal, recomendaba comer pescado y evitar la carne. Para el grupo B, se indican las carnes. Para el grupo O, recomendaba, por ejemplo, mariscos y espinacas, y para el último grupo sanguíneo, se recomendaba la leche. Una revisión sistemática realizada por Cusack et al. (2013) examinó la dieta por tipo de sangre y concluyó que actualmente no hay evidencia que respalde los supuestos beneficios para la salud de este tratamiento. Además, en 2014, un estudio realizado por expertos investigadores del Departamento de Ciencias Nutricionales de la Universidad de Toronto (Canadá), que involucró a 1455 sujetos, no encontró ninguna asociación entre el tipo de sangre y la efectividad de diferentes dietas (Wang et al., 2014).

IV.1.7.16. Programa de Pérdida de Peso de Los Ángeles

En 1989, Vahan Karian fundó *LA Weight Loss Centers, Inc.*, que utiliza un programa de pérdida de peso que brinda asesoramiento personalizado (con reuniones uno a uno en persona o en línea), planes de comidas y pautas de ejercicio a sus pacientes, quienes consumen alimentos regulares disponibles en el supermercado para obtener comidas saludables. Los pacientes que siguen el programa en línea pueden enviar sus recetas favoritas al "Chef de Los Ángeles" y obtener instrucciones sobre cómo crear

una versión más saludable de sus alimentos favoritos. Independientemente de su plan regular de pérdida de peso, los *LA Weight Loss Centers* ofrecen *The Man Plan*; dirigido a hombres con un apetito más grande. Los *LA Weight Loss Centers* han enfrentado disputas legales, incluida una resolución con el fiscal general del Estado de Nueva York en 2002 por acusaciones de afirmaciones falsas sobre el costo de su programa de pérdida de peso, reembolsos lentos y la falta de publicación del bono requerido para los proveedores de servicios de clubes de salud. De manera similar, en 2005, la compañía alcanzó un acuerdo comparable con el fiscal general del Estado de Washington (Wu, 2006).

IV.1.7.17. Dieta Moderna Occidental

La dieta occidental clásica es una evolución entre dos revoluciones (incluyendo las revoluciones neolítica e industrial) que ayudaron a la introducción de alimentos básicos (carnes, azúcar, sal, cereales y productos lácteos) (Galloway, 2000). Después de las revoluciones industriales, apareció la Dieta Moderna Occidental con los nuevos métodos de procesamiento de alimentos que agregaron alimentos refinados (azúcares y aceites vegetales) a la dieta occidental clásica. Desde 1980, la prevalencia de la obesidad ha aumentado significativamente en numerosos países de todo el mundo. Este aumento en las tasas de obesidad es una tendencia global preocupante observada tanto en naciones desarrolladas como en desarrollo. De hecho, en más de 70 países, la prevalencia de la obesidad se ha duplicado durante este período (Cordain et al., 2005; Kopp, 2019). Esta dieta está relacionada con diversas enfermedades crónicas, incluyendo cáncer (Grosso et al., 2017), diabetes (Clarke et al., 2016) y enfermedades cardiovasculares (Ricco et al., 2007), entre otras.

IV.1.8. Dietas de la década de 1990

IV.1.8.1. Método BFMNU

En la década de 1990, el Dr. Pietro Marco Boselli (biólogo, fisiólogo, bioquímico y biomatemático, exprofesor de Biología y Fisiología en la Universidad Católica de Brescia y de Biología y Modelado de la Nutrición en la Universidad de Milán) observó que el contenido energético de las dietas no explicaba el estado de la masa corporal alcanzado. La misma ingesta podía corresponder a muchos estados de masa diferentes, al igual que los mismos estados de masa podían corresponder a diferentes ingestas de energía alimentaria. En 1995, desarrolló el método *Biología e Fisiologia Modellistica della Nutrizione Umana* (BFMNU) a través de un modelo biomatemático útil para entender las tendencias temporales de los procesos metabólicos, calcular sus velocidades y, sobre esa base, determinar la dieta óptima (Boselli, 2011; 2020). El método, enseñado en cursos de actualización universitaria (1999-2008) y maestrías (2009-2014), es aplicable a todos sin limitaciones de sexo, edad, estado fisiológico y patológico. El índice de éxito a corto, medio y largo plazo ronda el 75%, aplicado en varias situaciones fisiológicas y patológicas, incluido el tratamiento de la obesidad (Soriano et al., 2022).

IV.1.8.2 Cronodieta

La Cronodieta (Todisco, 1991) fue concebida y publicada por el médico italiano Mauro Todisco en 1991 y se basa en los principios de la cronobiología, donde todas las funciones humanas tienen un patrón rítmico, mejor conocido como biorritmo o reloj biológico. El problema radica en la base de la dieta, que

argumenta que el momento de la ingesta de alimentos es crucial para el éxito, independientemente de la cantidad consumida. Esta dieta indica, pero no justifica científicamente, el “reloj alimenticio”, según el cual se prohíbe al paciente comer frutas y azúcares después de las cinco de la tarde, en detrimento del consumo de proteínas (Fundación Española de la Nutrición (FEN) y Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM), 2008). La dieta dura un mes y promete una pérdida de peso de hasta 1 kg/semana. Según su autor, está especialmente indicada para adolescentes. Esta dieta no debe confundirse con la llamada crononutrición, que se discute en el apartado IV.1.9.29.

IV.1.8.3. Dieta de Hawái

Se llevó a cabo una publicación científica, en 1991, por el Dr. Terry Shintani, dentro del estudio del Programa de Dieta Waianae, en el Condado de Honolulu, Hawái, EE.UU., que reflejó que cuando esta población seguía una dieta tradicional durante 21 días, es decir, una dieta baja en grasas (7%), alta en carbohidratos complejos (78%) y moderada en contenido de proteínas (15%), con la advertencia de que podían comer hasta sentirse saciados, causaba una reducción promedio de la ingesta calórica de 2594 a 1569 kcal/día, una pérdida de peso de 2,6 kg/semana y una reducción en la presión arterial y el colesterol sérico (de 5.76 a 4.95 mmol/L) (Shintani et al., 1991). Este estudio se llevó a cabo sin financiación externa (por lo tanto, estuvo libre de conflictos de interés) y ganó, un año después, el Premio Nacional de EE.UU. del Ministerio de Salud. En 1999, el Dr. Shintani lanzó un libro en el que modificó los porcentajes de los macronutrientes a 77% de carbohidratos, 12% de grasas y 11% de proteínas del valor calórico total (Shintani, 1999). En 2001, un estudio confirmó los

efectos beneficiosos, incluida la reducción de peso, entre otros, de esta dieta (Shintani et al., 2001). Sin embargo, es una dieta sustancialmente desequilibrada en términos del porcentaje de macronutrientes y puede causar problemas de salud a largo plazo.

IV.1.8.4. Adicto a los carbohidratos

Esta dieta desarrollada por los científicos de investigación Rachel Heller y Richard Heller (Heller y Heller, 1991) hacía hincapié en alimentos bajos en carbohidratos (alrededor del 23%) (Painter y Kotake, 2001) con alrededor de 1476 kcal/día (Freedman et al., 2001), y se basa en la teoría de que ciertas personas pueden experimentar intensos antojos de alimentos ricos en carbohidratos debido a una sobreproducción de insulina por parte del páncreas, lo que puede contribuir al aumento de peso. Este enfoque consta de dos pasos principales: reducir el consumo de alimentos ricos en carbohidratos y regular los niveles de insulina mediante el uso de suplementos dietéticos. Según los Heller, quienes desarrollaron esta dieta, la adicción a los carbohidratos se caracteriza por un hambre intensa, ansia o deseo de alimentos ricos en carbohidratos, así como una necesidad recurrente y creciente de alimentos ricos en almidón, bocadillos, alimentos chatarra y dulces (Heller y Heller, 1994). El plan de dieta permite dos comidas complementarias, una comida de recompensa y un tentempié. La comida complementaria consta de una porción de carne junto con dos tazas de verduras bajas en carbohidratos o dos tazas de ensalada. Por otro lado, la comida de recompensa debe constar de porciones iguales de proteínas, verduras bajas en carbohidratos y alimentos ricos en carbohidratos complejos, incluido un postre. La inclusión de una comida de recompensa tiene como objetivo proporcionar cierta flexibilidad y satisfacción sin dejar de cumplir

con los principios de la dieta. Para ayudar a las personas a determinar si tienen una adicción a los carbohidratos, los Heller han desarrollado un cuestionario autoadministrado que puede evaluar la probabilidad de ser un adicto a los carbohidratos.

IV.1.8.5 Dieta de Raffaella Carrà

En 1993, la conocida cantante, compositora, bailarina, actriz y presentadora de televisión italiana popularizó la dieta que lleva su nombre, con la teoría de no mezclar carbohidratos con proteínas. Acompañó la dieta con un libro de recetas (Carrà, 1993). La Fundación Española de la Nutrición (FEN) y el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM) (2009) señalan la irracionalidad de algunas propuestas, tales como "si comes antes de las ocho de la mañana (límite inamovible) no engordarás" (por lo tanto, puedes tener un desayuno succulento, con pasteles, azúcar, pan, mantequilla, mermelada, frutas, café, huevos, jamón, yogur, chocolate, etc., en resumen, todo lo "prohibido" pero es esencial terminar el desayuno antes de las ocho de la mañana) o "la fruta se consume dos horas antes o después de las comidas principales para que no engorde".

IV.1.8.6. Dieta Ornish

El Dr. Dean Michael Ornish, un médico estadounidense, profesor clínico de medicina en la Universidad de California y fundador y presidente del Instituto de Investigación de Medicina Preventiva, se había centrado en la prevención de la enfermedad de las arterias coronarias y otras enfermedades crónicas. Su enfoque se centra en varias técnicas, que incluyen dejar de fumar, ejercicio moderado, manejo del estrés (como yoga y meditación),

apoyo psicosocial y dieta. Su respuesta a esta última herramienta se refleja en el libro *Eat More, Weigh Less*, publicado en 1993, basado en una dieta de frutas y verduras, legumbres y granos enteros, restringiendo el consumo de aceites, azúcar, nueces, frutas secas, alimentos altos en grasas y productos industrializados y prohibiendo proteínas de origen animal (Ornish, 1993). La comida se limita a un solo plato principal, sin entrante ni postre. Esta dieta se acompaña y respalda con grupos de apoyo para perder peso. De hecho, él y sus colegas reflejaron (Ornish et al., 1990) que su dieta, la pérdida de peso, el ejercicio regular y la meditación se asociaron con la regresión de la enfermedad aterosclerótica coronaria.

Anderson et al. (2000) encontraron que la transición de una dieta estadounidense de referencia a la dieta Ornish resultó en un aumento de los valores séricos de triglicéridos en 74 mg/dL. Además, Dansinger et al. (2005) compararon cuatro dietas populares, siendo la dieta Ornish una de ellas, observando que todas las dietas estudiadas ayudaron en una pérdida de peso modesta y reducciones en los factores de riesgo cardíaco, y Gardner et al. (2007) encontraron que las mujeres con sobrepeso y obesas premenopáusicas que siguieron la dieta Atkins, que tenía la menor ingesta de carbohidratos, experimentaron efectos metabólicos comparables o más favorables en comparación con la dieta Ornish.

Por otro lado, Anton et al. (2017) revisaron los ensayos clínicos disponibles que este tratamiento, en sujetos obesos, produjo una pérdida de peso promedio del 3.5% y 3.2% después de seis meses y 12 meses, respectivamente.

IV.1.8.7. Dieta South Beach

A mediados de la década de 1990, un cardiólogo llamado Arthur Agatston, al observar que sus pacientes que seguían la dieta Atkins perdían peso, decidió replantear el tratamiento, porque, en principio, se negaba a permitirles consumir grasas saturadas o limitar su ingesta de carbohidratos y fibra, e ideó la llamada Dieta modificada de carbohidratos. Durante este tiempo, dio charlas a los pacientes sobre cómo seguir la dieta y, al notar que tenía un gran número de seguidores en *Miami Beach*, cambió el nombre de la dieta a *Dieta South Beach*, que acompañó con la publicación del libro (Agatston, 2003). La dieta consta de tres fases, donde la proporción de carbohidratos aumenta a medida que disminuyen las proporciones de grasa y proteína. Hay alimentos recomendados, que incluyen carnes magras, verduras y grasas monoinsaturadas, pero no hay restricción en la ingesta de calorías. Además, recomendó cinco comidas al día e incluyó un programa de ejercicios. La primera fase tiene como objetivo una pérdida de peso rápida (2,9 kg/semana) al limitar los alimentos que contienen fibra. La Asociación Dietética Británica señaló esta fase al resaltar la seriedad de la dieta (British Dietetic Association, 2013), que puede causar halitosis, sequedad en la boca, cansancio, mareos, insomnio, náuseas y estreñimiento (Anónimo, 2003). En 2008 se publicó un caso clínico de un paciente de 30 años que fue hospitalizado debido a cetoacidosis resultante de esta dieta, donde perdió peso durante tres semanas, a un promedio de 2.4 kg/semana (Chalasani y Fischer, 2008).

IV.1.8.8. Dieta de la Zona

En 1995, el bioquímico Barry Sears lanzó el libro donde describía un estado fisiológico del cuerpo que él define como “La

Zona", donde las hormonas controlan la llamada "inflamación silenciosa" (Sears, 1995). Según el autor este concepto es un desequilibrio crónico de nutrientes esenciales en la célula que puede causar diversas enfermedades. Para evitar estas enfermedades, recomienda comidas donde los carbohidratos, las proteínas y las grasas proporcionen el 40, 30 y 30%, respectivamente, del valor calórico total, siendo esencial la contribución de ácidos grasos omega 3 para esta dieta. En 2014, Sears publicó el libro *The Mediterranean Zone: For a Longer, Leaner, Healthier Life* (Sears, 2014), donde se centra en el consumo de polifenoles en la respuesta antiinflamatoria. Esta dieta se ha aplicado en deportes, donde es común que muchos profesionales, sin formación en nutrición, sigan recomendándola a sus atletas. En deportes, "La Zona" se define como ese estado de euforia y aparente ausencia de esfuerzo en el que la mente y el cuerpo trabajan en armonía y donde el atleta puede desarrollar un rendimiento óptimo debido a un aumento hipotético en la producción de prostaglandinas E2 (prostaciclina) contra tromboxanos y leucotrienos, ya que las primeras son antiinflamatorias y vasodilatadoras, mientras que los últimos reducen la transferencia de oxígeno a las células, producen hipoglucemia y aumentan los depósitos de lípidos. Esta dieta, que es baja en carbohidratos, al igual que el concepto de "la zona", ha sido ampliamente cuestionada. En 2003, un estudio indicó que algunos de los estudios realizados están mal controlados y que algunos casos de éxito son meras anécdotas y retórica no científica (Cheuvront, 2003). Esto contrasta con varios estudios realizados hoy en día. Este último (Stulnig, 2015) indica que mejora el control glucémico y reduce la circunferencia de la cintura y la inflamación silenciosa en pacientes con sobrepeso u obesidad afectados por la

diabetes tipo 2. El último estudio (Stulnig, 2015) sugiere que mejora el control glucémico, reduce la circunferencia de la cintura y disminuye la inflamación silenciosa en pacientes con sobrepeso u obesidad con diabetes tipo 2. En 2018, Kuchkuntla et al. (2018) indicaron que esta dieta es efectiva para promover la pérdida de peso y reducir los parámetros metabólicos asociados con un mayor riesgo de enfermedad cardíaca. Sin embargo, no se ha demostrado de manera concluyente su superioridad sobre otras dietas.

IV.1.8.9. Dieta del poder proteico

En 1996, los doctores Michael y Mary Dan Eades publicaron el libro titulado *Protein Power: The High-Protein/Low Carbohydrate Way to Lose Weight, Feel Fit, and Boost Your Health-in Just Weeks!* (Eades y Eades, 1996) centrado en el hecho de que la cantidad de insulina se reduce si se disminuye el consumo de carbohidratos. Según los autores, esta hormona controla el almacenamiento de grasa después de ingerir este nutriente. La dieta enfatiza evitar el consumo de carbohidratos y fomenta el consumo de carne, huevos, queso, pescado, aves, mantequilla, aceite, verduras bajas en carbohidratos, aderezos para ensaladas y alcohol con moderación. No hay estudios validados publicados al respecto, y St. Jeor et al. (2001) indicaron que la pérdida de peso se debe a la restricción calórica. Hoeger y Hoeger (2007) indicaron que favorece las náuseas, el mal aliento, la fatiga, el estreñimiento y, al carecer de fibra, vitaminas y minerales, puede aumentar el riesgo de osteoporosis, enfermedad coronaria y cáncer. En la década de 2000, los doctores Eades publicaron otro libro titulado *The 30-Day Low-Carb Diet Solution* (Eades y Eades, 2002) basado en su exitoso libro anterior.

IV.1.8.10. Dieta Hollywood de 48 horas

En 1997, un autoproclamado “asesor dietético de las estrellas”, llamado Jamie Kabler, creó los productos *Hollywood diet* después de visitar un balneario de salud europeo para controlar su propio peso. Quería crear un producto asequible que ayudara a otros a perder peso y desintoxicar sus cuerpos. Esta dieta, también llamada *Hollywood 48-Hour Miracle diet*, es una bebida completa de reemplazo de alimentos, y la línea de productos se ha ampliado para incluir otros suplementos dietéticos y bebidas como el *Hollywood Daily Miracle Diet Drink Mix Meal Replacement*. La bebida es de color naranja (obtenida a partir de concentrados de jugos de frutas, sin proteínas, 100 kcal y 25 g, 20 mg y 22 g de carbohidratos, sodio y azúcar, respectivamente en cada porción) y está destinada a ser un reemplazo completo de alimentos durante 48 horas. Resulta ser muy baja en calorías (400 kcal/día) y requiere supervisión médica. Al completar la dieta inicial, se aconseja a los dietistas que sustituyan una comida/día con el *Hollywood Daily Miracle Diet Drink Mix Meal Replacement*, preferiblemente la cena para obtener resultados óptimos (Chang et al., 2024). Los profesionales de la salud advierten que esta dieta causa nada más que pérdida temporal de líquidos (Rushing, 2005).

IV.1.8.11. Plan de salud óptima

El Dr. Andrew Weil se graduó de la Universidad de Harvard con una licenciatura en biología en 1964 y más tarde obtuvo su título de médico en la Facultad de Medicina de Harvard en 1968. Diseñó *The Optimum Health Plan* (Weil, 1997), que es un programa que integra principios tanto de la medicina convencional como de la alternativa para promover el bienestar físico y emocional. Mientras que la medicina alternativa utiliza remedios naturales, la

medicina integrativa selecciona técnicas científicamente probadas de la medicina alternativa y la medicina convencional. El objetivo es proporcionar un enfoque holístico para la atención médica que aborde tanto las necesidades físicas como las emocionales del paciente. Una versión revisada y actualizada de la dieta de Weil se lanzó nueve años más tarde (Weil, 2006).

IV.1.8.12. Dieta de calorías negativas

El concepto de alimentos con calorías negativas, que sugiere que ciertos alimentos requieren más calorías para digerir de las que proporcionan, es la base de esta dieta. Sin embargo, los orígenes de esta idea no están bien establecidos ni claros. Hace unos años, apareció en el sitio web www.negativecaloriediet.com. Según el sitio web, la dieta ha estado disponible desde 1997, pero en 2007, esta dieta estaba disponible como un libro electrónico descargable de 80 páginas. Ni el sitio web ni el libro existen ahora. Esta dieta proponía que consumir alimentos con bajo contenido calórico pero difíciles de descomponer por el organismo resultaría en que este gaste más energía para procesar los alimentos de la que realmente obtiene de él en calorías. Esta dieta se puede clasificar como una dieta muy baja en grasas con alto contenido de carbohidratos y fibra con 15% de proteínas, 75% de carbohidratos y 10% de grasas (Rezaeipour y Nychyporuk, 2014). El grupo de investigación de Rezaeipour comparó este tratamiento con una dieta baja en calorías observando que ambos mostraban un patrón similar de pérdida de peso y perfil lipídico (Rezaeipour y Nychyporuk, 2014; Rezaeipour et al., 2014). Un chef de celebridades estadounidense llamado Rocco Dispirito actualizó esta idea en un libro titulado *The Negative Calorie Diet: Lose Up to 10 Pounds in 10 Days with 10 All You Can Eat Foods* (Dispirito, 2016) con la promesa

de perder alrededor de 5 kg en 10 días. Sin embargo, Kamiński et al. (2020) evidenciaron la disminución más fuerte de interés para la dieta de alimentos con calorías negativas en *Google Trends* basado en la medición del interés público en dietas específicas a nivel mundial.

IV.1.8.13. Dieta de Grashinsky

En 1998, el Dr. Carlos Grashinsky publicó su dieta, también conocida como la *Dieta de las ansiosas*, *Dieta Latinoamericana* o *Antiobesidad* (Grashinsky, 1998). Esta dieta se basa en la actividad física de caminar al menos 1 hora al día. Las calorías no cuentan (pero gastar las calorías sí que contabilizan) y está planificada de lunes a viernes, dejando las comidas del fin de semana a la libre elección. Promete una pérdida de peso de 1 kg/semana. En su libro, dice que hay que dejar de comer cuando se siente sed, ya que, según el autor, esto indica que ya se ha comido lo suficiente, una afirmación que actualmente no tiene base científica. No hay literatura científica que verifique esta dieta.

IV.1.8.14. Dieta Subway

Jared Fogle, un estudiante universitario que pesaba 193 kg, creó la dieta de Subway en marzo de 1998, que le ayudó a perder 110 kg en 11 meses. Logró esto comiendo dos bocadillos bajos en grasa de la cadena de comida rápida Subway cada día. Una vez que perdió 45,4 kg, agregó una caminata de 2,4 km/día a su rutina. El aumento de peso de Fogle le había causado problemas de salud como edema e hipertensión. Aunque Subway no respaldó la dieta, la historia de éxito de Fogle lo llevó a convertirse en un orador motivacional y un defensor destacado en la lucha contra la

obesidad infantil, e incluso apareció en anuncios comerciales de Subway (Biddle, 2001). Sin embargo, la reputación de Fogle se vio empañada en 2015 cuando fue arrestado por cargos relacionados con relaciones sexuales con un menor y pornografía infantil, afectando a la clientela de esta empresa (Avery et al., 2020).

IV.1.8.15. Dieta de alimentos congelados

Esta dieta fue presentada oficialmente por primera vez en la revista *Good Housekeeping* en septiembre de 1998 y desde entonces ha evolucionado para incluir comidas listas para calentar en el microondas y opciones de entrega a domicilio. Es un programa de pérdida de peso y control de peso basado en el consumo de 1400 kcal/día que depende de porciones estandarizadas de alimentos congelados envasados para mayor conveniencia y ahorro de tiempo. Además, requiere 45 minutos de ejercicio cuatro o cinco días a la semana (Mermelstein y Wapner, 1998). Sin embargo, una dieta con el mismo nombre, pero diferente en este tratamiento, fue estudiada hace años y era utilizada por los esquimales, quienes tradicionalmente emplean métodos como el secado de sus alimentos ricos en proteínas con el fin de conservarlos para su consumo posterior. Además de cocinar sus alimentos, también los consumen en forma congelada (Rabine, 1935). Por otro lado, Taylor et al. (1991) llevaron a cabo un estudio de intervención de cinco a ocho semanas en el que los participantes consumieron una dieta de alimentos congelados de 1200kcal. Posteriormente, recibieron terapia asistida por computadora centrada en el monitoreo de la ingesta de calorías y grasas, así como en el ejercicio. El estudio encontró que esta intervención condujo a un aumento significativo en la pérdida de peso entre los participantes que utilizaron computadoras para el monitoreo, establecimiento de

metas y recibir retroalimentación relacionada con su peso y hábitos alimentarios.

IV.1.8.16. Dieta 20/30

En 1999, el Dr. Gabe Mirkin, que era profesor asistente en la Universidad de Maryland y profesor asociado clínico de pediatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown, junto con el autor Barry Fox, publicó una dieta basada en el consumo de no más de 20 g de grasa y 30 g de fibra y asociada con ejercicio físico moderado. La dieta es baja en grasas y rica en alimentos con alto contenido de fibra, como verduras, frutas y cereales, de los cuales se pueden consumir tantos como se desee, hasta un contenido máximo de 30 g de fibra (Fox y Mirkin, 1999). Curiosamente, el mismo autor había publicado, mencionado anteriormente (Mirkin y Shore, 1981), un artículo justificando que *The Beverly Hills Diet* carecía de base científica y era potencialmente peligrosa.

IV.1.8.17. DietWatch

DietWatch es un programa de pérdida de peso basado en internet que ayuda a los pacientes a lograr una pérdida de peso sostenible y beneficiosa a través de hábitos alimentarios saludables, ejercicio regular y apoyo motivacional. El programa se lanzó en 1999 y ha sido reconocido con varios premios por su excepcional contenido en internet. Es operado por *DietWatch.com, Inc.*, dirigido por Jennifer May, una dietista registrada, y el Dr. Roger Gould, quien creó un programa llamado “*Mastering Food*” que ayuda a los pacientes que siguen la dieta a superar hábitos alimentarios negativos. *DietWatch* ofrece cuatro opciones de plan de comidas, que incluyen un plan sin restricciones, un plan reducido en

carbohidratos, un plan mediterráneo saludable para el corazón y un plan vegetariano. Los usuarios pueden personalizar sus planes de comidas y acceder a listas de compras adaptadas a su plan dietético específico. El programa también proporciona planes de ejercicio y fitness, consejos motivacionales, foros de discusión y herramientas útiles como un diario de alimentos, un rastreador diario de equilibrio calórico e información nutricional sobre diferentes alimentos (Neighbors-Dembereckyi y Painter, 2002). Según Butryn et al. (2012), hay una creciente preferencia entre ciertos pacientes por utilizar DietWatch en lugar de programas tradicionales cara a cara. Esto puede deberse a varios factores, incluido el menor costo de los programas basados en Internet, la capacidad para acceder a recursos de intervención en cualquier momento, eliminando la necesidad de un horario establecido. Además, no se requieren transporte ni organizarse para el cuidado de niños. Además, los participantes pueden disfrutar de un cierto grado de anonimato, lo cual puede ser útil para aquellos que se sienten cohibidos acerca de sus esfuerzos de control de peso. En la actualidad, el dominio *DietWatch.com* está a la venta debido a que ha caducado el 24 de enero de 2023.

IV. 1.8.18. Dieta Volumétrica

En 2000, Barbara Jean Rolls; una bióloga, fisióloga y jefa de la Cátedra Guthrie en Nutrición de la Universidad Estatal de Pensilvania, en colaboración con el periodista Robert A. Barnett, publicó *The Volumetrics Weight-Control Plan: Feel Full on Fewer Calories* (Rolls y Barnett, 2000), que sería el primero de los tres libros que conformarían la serie *Volumetrics*, bajo el lema: "perder peso y mantenerlo, controlando tu hambre". Introducen el concepto de "densidad de energía" como "concentración de calorías en cada

porción de alimentos, relacionándolo con la saciedad producida por dicho alimento". Discuten el concepto de "calorías por bocado" y brindan recomendaciones para evitar alimentos densos en energía, así como explican cómo los nutrientes como la grasa, la fibra, la proteína y el agua afectan a la densidad de energía y la saciedad. El programa incluye tablas para ayudar a los usuarios a diferenciar entre alimentos con mayor densidad calórica y menor saciedad y aquellos con menor densidad calórica y mayor saciedad. Este enfoque ayuda a desenmascarar alimentos aparentemente inofensivos que en realidad son altos en calorías. El manual adjunto contiene 60 recetas sencillas, un programa de ejercicio y estrategias conductuales para apoyar hábitos alimentarios saludables. Este libro es seguido por *The Volumetrics Eating Plan: Techniques and Recipes for Feeling Full on Fewer Calories* (Rolls, 2005) que repite la metodología del primero, pero incluye testimonios de pacientes, así como 125 nuevas recetas. Rolls y Barnett (2011) indicaron que la adición de puré de verduras a alimentos dulces y salados disminuyó su densidad energética, siendo una estrategia válida para reducir la ingesta calórica y fomentar el consumo de verduras, incluso en casos en los que no son del agrado del usuario, al estar camufladas. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar su efecto contra la obesidad. Un año más tarde, la Dra. Rolls publicó su otro libro más vendido (Rolls y Hermann, 2012), junto con la analista consultora y especialista en comunicaciones; Mindy Hermann. La novedad con respecto a los anteriores es el "Programa de 12 semanas de la Dra. Rolls", que ofrece "pautas para que el usuario establezca nuevos hábitos que le permitan perder peso y mantenerlo, sintiéndose satisfecho con menos calorías"; además de 105 recetas nuevas. Rolls y Hermann (2012) recomendaron esta dieta a consumidores y

profesionales de la nutrición, por su enfoque basado en la investigación, sensato y fácil de leer para lograr y mantener un estilo de vida saludable. Mattes (2002) observó que esta dieta podría mantener la pérdida de peso y controlar el hambre, pero la adherencia es limitada. Muñiz Pedrogo et al. (2018) llevaron a cabo un estudio con esta dieta y análisis de la microbiota intestinal, definiendo previamente al grupo de éxito como participantes que perdieron al menos un 5% del peso inicial dentro de un período de tres meses, observando que la pérdida de peso promedio fue de 7,89 kg en el grupo de éxito y 1,51 kg en el grupo de pérdida de peso menor al 5%. Sus resultados asociaron el éxito con un aumento en la abundancia de *Phascolarctobacterium* versus, un aumento en la abundancia de *Dialister* y de genes que codifican enzimas microbianas intestinales activas en carbohidratos en el otro grupo, lo que sugiere que una mayor capacidad para el metabolismo de carbohidratos se asocia con una disminución en la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso y obesos que participan en un programa de intervención en el estilo de vida. El lema "sentirse lleno y satisfecho" puede ser un término confuso que puede confundir al usuario, quien puede terminar consumiendo más calorías de las necesarias para lograr la pérdida de peso deseada. Sería un método adecuado siempre y cuando un profesional de la nutrición asesore adecuadamente al paciente.

IV.1.8.19. Dieta Dukan

En el año 2000, el Dr. Pierre Dukan publicó un libro en Francia titulado *Je ne sais pas maigrir*, donde propuso una dieta dividida en cuatro fases: ataque (entre 3 y 10 días, donde solo se consumen proteínas); la introducción de verduras cocidas (llamada fase de "crucero"); la fase de consolidación (se introducen los

carbohidratos); y la estabilización (una dieta equilibrada y un día/semana de proteínas) (Dukan, 2000). El 24 de enero de 2014, Dukan fue expulsado permanentemente del Colegio de Médicos, según la *Agence de Presse Médicale*, siendo la decisión tomada tras procedimientos disciplinarios en su contra por la Cámara Nacional del Colegio de Médicos, aunque esta sentencia tuvo poco efecto porque Dukan ya se había retirado de este organismo en abril de 2012, poco después de su jubilación, en desacuerdo con sus miembros (Le Monde, 2014). La Asociación Dietética Británica indicó que su dieta es nutricionalmente desequilibrada y la pérdida de peso rápida es perjudicial (The British Dietetic Association, 2014). El Grupo de Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (SG-SADN) consideró este método como fraudulento, peligroso e ilegal, no útil para perder peso y que representa un riesgo para la salud pública (Basulto et al., 2011). Un grupo de investigadores de la Universidad de Granada publicó (Aparicio et al., 2013) un estudio donde probaron esta dieta hiperproteica (según la primera fase de la dieta Dukan) en ratas de laboratorio que desarrollaron graves problemas renales, incluida la formación de cálculos renales, una disminución de hasta el 88% en los niveles de citrato urinario y tuvieron un pH urinario notablemente más ácido. En su estudio, Wyka et al. (2015) sugirieron que seguir esta dieta a largo plazo podría representar amenazas para la salud. Mencionaron específicamente los posibles riesgos de adquirir enfermedades renales y hepáticas, osteoporosis y enfermedad cardiovascular. Freeman et al. (2014) informaron sobre un caso en una mujer iraní de 42 años que presentó náuseas y vómitos incontrolables después de comenzar esta dieta. En Italia, la dieta Dukan fue la primera dieta comúnmente buscada y las consultas

relacionadas con dietas en Google antes y durante la pandemia de COVID-19 (Nucci et al., 2021).

IV.1.8.20. Dieta LEARN

Brownell desarrolló la LEARN (*Lifestyle, Exercise, Attitudes, Relationships, Nutrition*), que es un programa de cambio de estilo de vida para el control del peso basado en la psicoterapia cognitivo-conductual (Brownell, 2000). Esta dieta recomienda una restricción energética de 1200 kcal/día para perder entre 0,45 y 0,90 kg/semana. El programa se lleva a cabo durante 18 semanas con sesiones semanales en grupos de entre 10 y 20 participantes, cada una con una duración de 90 minutos. Durante otras 20 semanas, se utiliza un programa de mantenimiento del peso. Gardner et al. (2010) estudiaron LEARN y otros tres programas de pérdida de peso observando que esta dieta tenía una distribución de carbohidratos, proteínas y grasas del 49, 20 y 30%, respectivamente, pero a las ocho semanas, una proporción significativamente mayor de individuos mostró un cambio hacia ingestas que podrían estar en riesgo de deficiencia para ciertos nutrientes como la tiamina, la vitamina E, el magnesio y el calcio.

IV.1.9. Dietas de la década de 2000

IV.1.9.1. Plan de pérdida de peso de Suzanne Somers

Suzanne Somers, una actriz de televisión sin formación formal en nutrición, publicó su *Plan de Pérdida de Peso* en 2001. El programa de dieta enfatiza la combinación de alimentos sobre la restricción calórica y se basa en la experiencia de Somers de aprender a comer mientras estaba en Francia. El plan de

tratamiento destaca la reducción del consumo de azúcar y carbohidratos y el consumo de alimentos frescos y no procesados. El programa tiene tres etapas: Nivel 1, Casi Nivel 1 y Nivel 2, cada una permitiendo diferentes combinaciones de alimentos. La dieta se divide en cuatro categorías de alimentos: proteínas/grasas, verduras, carbohidratos y frutas, cada una con reglas específicas sobre cuándo comerlas, qué grupos deben consumirse juntos y cuáles no. La dieta permite todo tipo de grasas y productos cárnicos, excluyendo alcohol, aguacates, nueces, aceitunas, soja y otros alimentos específicos durante la etapa inicial.

El programa no requiere contar calorías ni controlar las porciones, sino que se centra en consumir los alimentos correctos en las combinaciones correctas para lograr los objetivos de pérdida de peso (Somers, 2001a). Offit (2013) criticó a Suzanne Somers por sus libros (Somers, 2005; 2011b; 2013), incluidos su "régimen contra el envejecimiento", el uso de hormonas bio idénticas y otros cuarenta y siete remedios que ella usó, y la aplicación de glutatión en la piel en la zona hepática para estimular su hígado.

IV.1.9.2. Dieta del Dr. Shapiro

En 2001, el Dr. Howard M. Shapiro ideó una dieta variada, con todos los macronutrientes, pero reduciendo las cantidades, acompañada de ejercicio físico que permite perder peso en 30 días (Shapiro, 2001). Esta dieta es original ya que involucra algo que ya se utiliza profesionalmente por dietistas-nutricionistas en clínicas de terapia dietética, las llamadas tablas de equivalencia, que acompañan al libro y donde se muestran fotografías y combinaciones de alimentos para ayudar a los lectores a identificar alimentos bajos en calorías en comparación con aquellos que

proporcionan mayor valor energético. Estas imágenes no implican una traducción necesaria en acción por parte de los pacientes.

IV.1.9.3. Dieta del Dr. Haas

En 2001, el médico estadounidense Elson M. Haas, pionero de la medicina integrativa (una filosofía de tratamiento que combina prácticas de medicina alternativa con medicina basada en evidencia), junto con el periodista Cameron L. Stauth, publicó un libro basado en limitar la ingesta de proteínas y grasas a expensas de aumentar la ingesta de carbohidratos (hasta un 80%) (Haas y Stauth, 2001). Promete una pérdida de peso de hasta 3 kg/semana. Obviamente, es una dieta desequilibrada que carece de beneficios.

IV.1.9.4. Dieta de la crema de cacahuete

La dieta de la manteca de cacahuete, creada por Holly McCord, es un programa de pérdida de peso que incorpora la manteca de cacahuete en las comidas diarias. Este plan de dieta ofrece una variedad de nutrientes que contribuyen a niveles más bajos de colesterol, menor riesgo de enfermedad cardíaca y prevención de la diabetes. Involucra dos ingestas calóricas diferentes, una para hombres (2200 kcal/día) y otra para mujeres (1500 kcal/día).

Los estudios indican que las dietas controladas en calorías, que incluyen cantidades moderadas de grasa como la manteca de cacahuete, pueden ser efectivas para la pérdida de peso. La dieta enfatiza en el control de las porciones, permitiendo a los hombres tener tres porciones de manteca de cacahuete al día y a las mujeres tener dos porciones al día. Cada porción consiste en

dos cucharadas niveladas de manteca de cacahuete. Al incorporar la manteca de cacahuete en la dieta en porciones controladas, las personas pueden beneficiarse de su perfil nutricional mientras controlan su ingesta calórica. El libro *The Peanut Butter Diet* recomienda usar una pelota de ping-pong como una señal visual para ayudar con el control de las porciones (McCord, 2001). Haslam (2016) sugirió que la dieta de la crema de cacahuete sí conduce a una pérdida de peso gradual, aunque la pérdida de peso puede ser más rápida si se excluye la manteca de cacahuete.

IV.1.9.5. Dieta de Perricone

La dieta de Perricone, creada por el dermatólogo Nicholas Perricone, es una dieta antiinflamatoria y antienvjecimiento que prioriza el consumo de salmón y los suplementos nutricionales. Su objetivo es promover la pérdida de peso, frenar el proceso de envejecimiento y mantener un peso saludable. La base de la dieta es el pescado, especialmente el salmón, que es rico en antioxidantes y bajo en carbohidratos. El primer libro de Perricone titulado *The Wrinkle Cure* (Perricone, 2000), introdujo la dieta y afirmó que una nutrición adecuada es la clave para prevenir y eliminar las arrugas, y posteriormente se amplió el tratamiento para la pérdida de peso en varios libros posteriores (Perricone, 2004; 2005; 2007).

La dieta también se describe en sus libros posteriores, cada uno enfocándose en un aspecto diferente como el cuidado de la piel, el tratamiento del acné y la pérdida de peso. Independientemente de su propósito, la dieta de Perricone se centra en consumir alimentos ricos en proteínas, ácidos grasos omega-3 y antioxidantes.

IV.1.9.6. Dieta del Guerrero

La Dieta del Guerrero, desarrollada por Ori Hofmekler en 2002, es un enfoque dietético que implica un patrón alimentario específico. Hofmekler, exmiembro de las Fuerzas de Defensa de Israel y artista, creó esta dieta. La Dieta del Guerrero consiste en un período diario de ayuno de 10 a 18 horas, durante el cual solo se consumen frutas, verduras crudas o alimentos proteicos ligeros como el yogur. Se fomenta la actividad física durante este período de ayuno, y la comida principal se consume por la noche, generalmente en una porción grande. Este patrón alimentario tiene como objetivo imitar los hábitos alimenticios de los antiguos guerreros y promover un equilibrio entre el ayuno y el festín.

Además, la dieta incluye un programa integral de ejercicio y fitness. Hofmekler cree que comer menos obliga al cuerpo a reconstruir y fortalecer los músculos, quemar grasa y mejorar los mecanismos de supervivencia del cuerpo. Argumenta que los humanos tienen un instinto para controlar sus cuerpos y manipular su supervivencia a través de su naturaleza en lugar del control (Hofmekler y Holtzberg, 2002). Según Stauffer et al. (2016), esta dieta se promociona en el público en general a través de canales de medios populares, a pesar de la falta de evidencia basada en investigaciones sobre su impacto en el gasto energético en reposo.

IV.1.9.7. Dieta 3-D

En 2002, el diseñador alemán Karl Lagerfeld respaldó la dieta del Dr. Jean-Claude Houdret, un médico general especializado en nutrición, estética, medicina herbal y homeopatía. Además, también es profesor de medicina en la Universidad de París, y prestó su cuerpo a una dieta con ejercicio físico y baja en calorías, carbohidratos y grasas, y alta en proteínas

mixtas, en la que se elimina la carne roja y se fomenta el consumo de pescado, crustáceos y mariscos.

En su libro (Lagerfeld y Houdret, 2002) *The 3-D Diet* también llamada "La dieta de Karl Lagerfeld" o *Spoonlight Program*, Lagerfeld reconoce la pérdida de 42 kg en un año (Fortini, 2005). El diseñador indicó que "si aparece el hambre, puedo consumir algún producto homeopático" (Coates, 2024).

IV.1.9.8. Slim4Life

Slim4Life es un programa de pérdida de peso establecido en 2002, que ofrece sesiones personales uno a uno con asesores dietéticos en sus centros. El programa está diseñado para brindar orientación a personas con condiciones de salud específicas, como diabetes, presión arterial alta y restricciones dietéticas, y también atiende a vegetarianos (Slim4Life, 2002). Los centros *Slim4Life* recomiendan alimentos frescos con poco azúcar y grasas, y ofrecen sugerencias para alimentarse de manera saludable cuando se come fuera del hogar. El programa restringe a las dietas a menos de 1500 kcal/día, y el número específico de calorías se determina según varios factores. Aunque *Slim4Life* no proporciona recomendaciones específicas de ejercicio, fomenta que los usuarios sean activos. El programa no requiere que los consumidores compren comidas preenvasadas, pero puede fomentar el uso de suplementos nutricionales como barras, mezclas y suplementos dietéticos. *Slim4Life* es un programa de pérdida de peso que busca lograr una pérdida de peso sustancial y apoyar a las personas en la realización de cambios a largo plazo en sus hábitos alimentarios y comportamientos. El programa afirma que sus usuarios pierden peso a una tasa de 1,3-2,3 kg/semana, aunque el costo del

programa puede superar los \$600, lo que puede ser una barrera para algunas personas. Aunque la asesoría individual puede ayudar a abordar las necesidades y preferencias individuales de los pacientes, se recomienda que las personas que consideran una nueva dieta consulten a un médico. En 2015, un resumen de resultados de verificación de auditoría aleatoria reflejó una pérdida de peso de 1,7 kg/semana (McBride, 2015), pero no hay literatura científica que verifique esta dieta.

IV.1.9.9. Fit Forever de Denise Austin

Es un programa en línea que ofrece planes personalizados para una alimentación saludable y un estilo de vida activo. El programa proporciona rutinas de ejercicio personalizadas basadas en el tipo de cuerpo de cada individuo, planes de comidas diarios y recetas, y asistencia motivacional en forma de grupos de apoyo, testimonios e información sobre cómo crear un estilo de vida más saludable. El programa tiene dos componentes principales: dieta y ejercicio. El plan de dieta ofrece opciones de dietas que proporcionan 1400, 1600 o 1800 kcal/día según los objetivos de pérdida de peso y el nivel de actividad de cada individuo. El programa de ejercicio sugiere ejercicios para niveles de fitness principiante, intermedio o avanzado, dirigidos a diferentes áreas del cuerpo. El programa también destaca la importancia de hacer ejercicio de otras maneras, como caminar regularmente (Austin, 2003). No hay literatura científica que verifique esta dieta.

IV.1.9.10. Dieta del Dr. Phil

En 2003, el Dr. Phil McGraw, Ph.D., el psicólogo y estratega de vida, desarrolló un plan de pérdida de peso llamado la “*Solución*

Definitiva para la Pérdida de Peso". Es una combinación de dieta saludable, ejercicio, modificación del comportamiento y pensar de manera diferente sobre la comida. La dieta del Dr. Phil involucraba un libro que describía el plan de dieta y una línea de productos alimenticios dietéticos y píldoras de suplementos. Los productos alimenticios incluían batidos con sabor, barras y bocadillos fortificados con 24 vitaminas y minerales. Los suplementos de los productos estaban diseñados para ayudar a las personas con formas de cuerpo de manzana o pera. Los productos estuvieron en el mercado por aproximadamente un año. La introducción al libro del Dr. Phil sigue su estilo de entrega "directo y claro". Les dice a los lectores que siete piezas críticas o claves ayudan a lograr la pérdida de peso a largo plazo. Las siete claves incluyen pensamiento correcto, sanar sentimientos, un entorno infalible, dominio sobre la comida, alimentos de alta respuesta y alto rendimiento, y ejercicio (McGraw, 2003). El hijo del Dr. Phil, Jay McGraw, escribió un libro, el mismo año, con un plan similar escrito específicamente para adolescentes (McGraw, 2003).

IV.1.9.11. Eating for Life

En 2003, Bill Phillips introdujo el plan *Eating for Life* a través de su libro en torno al concepto de consumir seis comidas pequeñas y bajas en grasa al día, espaciadas dos o tres horas entre sí. La dieta es rica en proteínas y carbohidratos, con cantidades limitadas de grasa. Phillips, exfisicoculturista y CEO de *EAS (Experimental and Applied Sciences) Performance Nutrition*; una empresa de suplementos desarrolló el programa. El plan *Eating for Life* se utiliza con frecuencia para ayudar en la pérdida de peso y complementar el entrenamiento físico o de resistencia. El programa permite porciones moderadas de todos los alimentos, pero insta a

los usuarios a tomar decisiones inteligentes planificando las comidas con anticipación y llevando un registro de la ingesta de proteínas y carbohidratos. Phillips recomienda beber 10 vasos de agua al día, participar en entrenamiento con pesas o de resistencia tres veces por semana y hacer ejercicio cardiovascular tres veces por semana. El plan *Eating for Life* puede ser ideal para personas dedicadas al entrenamiento con pesas para la salud y el bienestar general (Phillips, 2003). Arciero et al. (2006;2008) demostraron que esta dieta es eficaz para disminuir la grasa corporal, la grasa abdominal, el colesterol total y LDL, la glucosa, la insulina y la presión arterial sistólica en comparación con una dieta baja en grasas y restringida en calorías.

IV.1.9.12. Dieta según el tipo de personalidad

Esta dieta fue desarrollada por el Dr. Robert Kushner y se basa en la premisa de que cada persona tiene una personalidad única y hábitos de alimentación, ejercicio y afrontamiento que influyen en su peso y salud general.

La dieta ayuda a las personas a identificar su tipo de personalidad y proporciona estrategias personalizadas para cambios incrementales que pueden llevar a la pérdida de peso y una mejor salud.

Este planteamiento dietético consta de tres componentes principales: i) la dieta, que se centra en proporcionar recomendaciones de nutrición personalizadas basadas en el tipo de personalidad de cada individuo (por ejemplo, a una persona que come por estrés se le puede aconsejar que coma comidas pequeñas y frecuentes a lo largo del día para ayudar a frenar los antojos, mientras que a una persona que tiende a comer en exceso por aburrimiento se le animaría a encontrar actividades saludables

y placenteras para ocupar su tiempo, además de estrategias de ejercicio), ii) el componente de ejercicio también es personalizado según el tipo de personalidad del individuo (por ejemplo, a una persona que es una "planificadora" se le puede aconsejar que programe sus entrenamientos con anticipación y siga una rutina regular de ejercicio, mientras que a una persona más espontánea se le puede animar a probar formas nuevas y emocionantes de ejercicio para mantener el interés) y iii) el componente de estrategias de afrontamiento ayuda a las personas a identificar y abordar los desencadenantes emocionales de la ingesta excesiva o hábitos no saludables (por ejemplo, a una persona que tiende a comer en exceso cuando está estresada se le puede aconsejar que practique técnicas de relajación como la meditación o la respiración profunda para gestionar su estrés) (Kushner y Kushner, 2003).

IV.1.9.13. Dieta de los Hamptons

En 1994, el internista Fred Pescatore comenzó a trabajar como director médico del Centro Dr. Atkins, dejándolo en 1999 y abriendo un nuevo centro en 2003 (Pescatore, 2005), donde comenzó a tejer una nueva dieta que se refleja en el libro publicado al año siguiente (Pescatore, 2004). Es una dieta similar a la dieta mediterránea, pero implica comer más pescado graso, carnes magras y frutas, pero menos carbohidratos (restringiendo los azúcares refinados) y cantidades moderadas de legumbres y frutos secos.

La dieta toma su nombre de uno de los lugares más exclusivos de la costa este de Estados Unidos: los *Hamptons* (por lo tanto, algunos también la llaman la dieta de los millonarios).

IV.1.9.14. Nueva dieta nórdica

Esta dieta surgió como pautas para chefs nórdicos en 2004 y recomendaciones para el público en general en 2012, con el objetivo de utilizar alimentos cultivados localmente y basarse en principios de salud, potencial gastronómico, sostenibilidad e identidad nórdica. En esta dieta se aumenta el consumo de verduras, legumbres, frutas y bayas, pescado y mariscos, y frutos secos y semillas, intercambiando cereales refinados, mantequilla, grasas a base de mantequilla y lácteos altos en grasa por cereales integrales, aceites vegetales, grasas a base de aceite vegetal y lácteos bajos en grasa, respectivamente. También limita el consumo de carne procesada, carne roja, bebidas y alimentos con azúcares añadidos, sal y alcohol (Välimäki et al., 2014).

El seguimiento de esta dieta se relaciona con una inflamación de bajo grado, menos grasa corporal y un desarrollo de peso más saludable, resultados favorables en el embarazo y menor riesgo de cáncer colorrectal, entre otros. La OMS indicó que este tratamiento es similar a la dieta mediterránea en cuanto a propiedades beneficiosas para la salud (Bügel et al., 2016).

IV.1.9.15. Método Garaulet

En 2004, Marta Garaulet Aza, doctora en Farmacia y con un máster en salud pública por la Universidad de Harvard, y actualmente profesora de Fisiología y Bases Fisiológicas de la Nutrición en la Universidad de Murcia, desarrolló su método basado en los principios de la dieta mediterránea, pero con una salvedad: lo adapta a nuestro país, de manera personalizada para cada paciente y con terapia grupal. Cuatro pilares fundamentales se establecen dentro de estos grupos: i) dieta, ii) ejercicio físico (actividad aeróbica como caminar, correr, andar en bicicleta o

nadar durante 15-30 minutos al día y una frecuencia de 2-3 veces a la semana), iii) educación alimentaria (con clases de 20 minutos) y iv) técnicas de comportamiento (reforzamiento positivo, autocontrol y control de estímulos) (Garaulet, 2004).

IV.1.9.16. The Biggest loser

The Biggest Loser es uno de los *reality shows* estadounidenses más populares que comenzó en 2004 y donde los participantes pueden ganar \$250.000 al perder la mayor cantidad de peso posible a través de un riguroso régimen de ejercicio (hasta seis horas al día de ejercicio extenuante) y una dieta restrictiva (Domoff et al., 2012). Hall sugirió que este tratamiento no era sostenible y propuso que un estilo de vida permanente relativamente modesto que incluye una restricción calórica del 20% y 20 minutos de ejercicio vigoroso al día puede ayudar a las personas a mantener una pérdida de peso significativa (Hall, 2022). El uso de los medios de comunicación podría reforzar los estereotipos de obesidad y contribuir al estigma del peso, como se demuestra en Domoff et al. (2012) y Mayer y Mayer (2019).

IV.1.9.17. Dieta Rosedale

En 2004, el Dr. Ron Rosedale creó la Dieta Rosedale, una dieta baja en carbohidratos y en proteínas que tiene como objetivo estabilizar los niveles de la hormona leptina en el organismo. El Dr. Rosedale practica la medicina metabólica, que enfatiza el papel de la dieta, la reducción del estrés y otros métodos para alterar la actividad metabólica sin el uso de medicamentos. Cree que muchas personas con problemas de peso se han vuelto resistentes a la leptina, lo que ha llevado al desarrollo de su plan de dieta.

La Dieta Rosedale implica un período de restricción severa de tres semanas, durante en el cual solo se permiten alimentos específicos de la "Lista A" del Dr. Rosedale, y prácticamente no se consumen carbohidratos, mientras se limita el consumo de proteínas. Se sugiere una restricción de grasas saturadas, mientras que se fomenta el consumo de grasas insaturadas. Después de la fase inicial, se reintroducen alimentos de la "Lista B", y se pretende que la segunda fase de la dieta se siga de por vida para ayudar a mantener los niveles de leptina en el organismo. El plan de tratamiento aconseja hacer ejercicio durante 15 minutos al día, y proporciona muchas recomendaciones de suplementos. La Dieta Rosedale puede ayudar a las personas a reducir la masa grasa sin comprometer la masa muscular y lograr una mejor salud y bienestar en general (Rosedale, 2004).

IV.1.9.18. Weight Loss 4 Idiots

En 2004, se introdujo un programa de dieta de 11 días llamado *Fat Loss 4 Idiots* o *Weight Loss 4 Idiots* por una empresa llamada *Internet Made Simple*. La premisa de este tratamiento consiste en aumentar la pérdida de grasa engañando al metabolismo del cuerpo para quemar grasa mediante la alternancia del tipo de calorías consumidas cada día. El programa se personaliza según las preferencias alimenticias del usuario, y el plan de comidas se puede descargar. La dieta consta de cuatro comidas al día, con al menos dos horas y media entre comidas. El programa no requiere contar gramos de proteínas o carbohidratos ni calorías, y se anima al consumidor a comer hasta sentirse lleno. La dieta afirma resultar en una pérdida de peso de hasta 4 kg/11 días y permite tres días de "trampa" antes de reiniciar la dieta. Sin embargo, las afirmaciones de la dieta no cuentan con respaldo

científico y no es una solución sostenible para la pérdida de peso (Wu, 2006).

IV.1.9.19. Dieta de las 3 horas

En 2005, el entrenador personal mexicano Jorge Cruise desarrolló su dieta basada en el equilibrio adecuado de macronutrientes durante 28 días, con la posibilidad de repetir ciclos para personas que no logran el peso adecuado (Cruise, 2005). Esta dieta recomienda una ingesta calórica diaria de 1450 kcal, con las tres comidas principales que comprenden 400 kcal cada una, dos refrigerios de 100 kcal cada uno y un refrigerio después de la cena de 50 kcal. Promete una pérdida de peso de hasta 0,9 kg por semana. Justifica que la tasa metabólica basal puede aumentarse si se consume comida cada tres horas, el desayuno se consume una hora después de despertar y se deja de comer tres horas antes de ir a dormir. Se recomienda el consumo de ocho vasos de agua al día. Según Cruise, la comida rápida, algunos alimentos procesados y la cafeína están bien de vez en cuando. Sin embargo, se deben consumir dos vasos de agua por cada taza de café, indicando que de esta manera se evita el efecto deshidratante de la cafeína. Además, esta dieta incluye alimentos como golosinas y paquetes de galletas como parte del régimen de refrigerios, en lugar de enfatizar las porciones de frutas, verduras o lácteos.

IV.1.9.20. CSIRO total wellbeing diet

La Dieta Integral para el Bienestar Total (o Total Wellbeing Diet, TWD) es una dieta para la pérdida de peso y su mantenimiento, desarrollada por la Organización de Investigación Científica e Industrial de la Commonwealth (CSIRO) en 2005. El

equipo de CSIRO, dirigido por el Dr. Manny Noakes, desarrolló el TWD para mujeres con sobrepeso y obesas, y el Dr. Grant Brinkworth fue el fisiólogo del ejercicio/nutrición en el equipo (Noakes y Clifton, 2005; 2006). Esta dieta enfatiza el alto contenido de proteínas, bajo en grasas y moderado en carbohidratos, y está controlada en calorías, equilibrada nutricionalmente e incluye ejercicio. El TWD se desarrolló basándose en ocho años de investigación sobre la composición de la dieta, la pérdida de peso y el riesgo de desarrollar diabetes y enfermedades cardíacas, realizada en la Clínica de Nutrición Humana de CSIRO. La dieta fue diseñada inicialmente para mujeres con sobrepeso u obesidad y luego se amplió para incluir a participantes masculinos. Aunque ha sido criticada por no compararse con dietas vegetarianas altas en proteínas o carbohidratos, y por el alto consumo de carne, ha sido popular en Australia, donde las dietas ricas en proteínas son comunes.

A pesar de las contrariedades, la dieta ha sido bien recibida y reconocida, con el equipo científico detrás de la investigación recibiendo la Medalla de Logro en Investigación CSIRO 2005, siendo los autores científicos reconocidos internacionalmente. Hendrie et al. (2021) demostraron que el programa fue efectivo para la pérdida de peso, especialmente entre los participantes que completaron el programa y utilizaron activamente la plataforma y las herramientas proporcionadas. Russell y Ferrie (2008) evaluaron las implicaciones para la salud y el medio ambiente reflejando que, según los propios estudios de CSIRO, se encontró que una dieta rica en carne no conduce a una mayor pérdida de peso en comparación con una dieta con consumo moderado de carne. Por lo tanto, no se puede recomendar una dieta que promueva un consumo liberal de carne, sin considerar su origen o su impacto

ambiental, como una opción medioambientalmente responsable. Según Robertson (Robertson, 2006), el estudio observado no encontró una diferencia significativa en la pérdida de peso entre una dieta rica en proteínas a base de carne y una dieta de control con contenido de proteínas más bajo, excepto para un pequeño subgrupo de mujeres con niveles altos de triglicéridos. En ese subgrupo, la dieta alta en proteínas resultó en una mayor pérdida de peso en un período de 12 semanas. Sugirió que esta dieta "contribuye a reducir la obesidad en Australia". Sin embargo, Stanton y Crowe (2006) justificaron que esta afirmación es sensacionalismo, no ciencia, indicando que esta dieta no es una opción más viable que las recomendaciones dietéticas actuales.

IV.1.9.21. Dieta del Creador

La Dieta del Creador es un plan de dieta que incorpora leyes dietéticas bíblicas para promover el bienestar físico, mental, espiritual y emocional. Fue creado por Jordan Rubin, quien desarrolló la enfermedad de Crohn cuando era estudiante universitario y encontró alivio después de cambiar su dieta para alinearse con los principios bíblicos. La Dieta del Creador consta de tres fases que abarcan 40 días, con una fase de mantenimiento adicional para seguir las pautas el resto de la vida del paciente. La Fase 1 es una fase de desintoxicación destinada a corregir los desequilibrios en el cuerpo, que dura los primeros 14 días. Durante este tiempo, los usuarios restringen su ingesta de azúcar, edulcorantes artificiales, cafeína y conservantes. Algunos pueden experimentar molestias leves como dolores de cabeza y síntomas similares a los de la gripe, pero Rubin sugiere que esto es una señal de que el cuerpo está volviendo a un estado de equilibrio y eliminando toxinas. La Fase 2 abarca los días 15-28 y tiene como

objetivo devolver al paciente a un estado de salud óptimo. En esta fase, se reintroducen gradualmente alimentos restringidos de la fase 1. La Fase 3 dura del día 29 al día 40, y su objetivo es ayudar al paciente a mantener un estado de salud óptimo. Durante esta fase, se reintroducen más alimentos previamente restringidos (Rubin, 2005). A pesar de las afirmaciones de Rubin sobre la capacidad de la dieta para desintoxicar al organismo, no hay evidencia científica que respalde esta noción. Además, se han planteado preocupaciones sobre los suplementos requeridos o recomendados en el programa de la Dieta del Creador, que son producidos por la empresa de Rubin, *Garden of Life, Inc.* En 2004, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. ordenó a la empresa que dejara de hacer afirmaciones no fundamentadas sobre ocho de sus productos y suplementos. Estas afirmaciones se encontraron en folletos, etiquetas y el libro de Rubin; *Patient Heal Thyself* (Rubin, 2005).

IV.1.9.22. Dieta ABS

La ABS (Almonds and other nuts, Beans and legumes, and Spinach and other green vegetables) *Diet* es un plan dietético que se centra en seis comidas al día, un programa de ejercicios enfocado en la fuerza y 12 grupos de alimentos que incluyen nueces, legumbres, espinacas y otras verduras, productos lácteos descremados, cereales, huevos, carne magra, mantequilla de cacahuete, aceite de oliva, alimentos integrales, batidos de proteínas y frutas. Los autores del libro son David Zinczenko, editor de la revista *Men's Fitness*, y Ted Spiker, profesor de periodismo en la Universidad de Florida (Zinczenko y Spiker, 2005). Aunque el nombre podría sugerir una relación con la reducción de la obesidad, el enfoque se centra en la ingesta de proteínas, fibra, calcio y grasas

mono y poliinsaturadas, mientras se limita la ingesta de carbohidratos refinados y grasas saturadas y trans.

El comentario sexista señalado por Gough (2007) en los periódicos contemporáneos, donde se sugiere que hacer dieta es algo femenino y que la ABS Diet es "la dieta más masculina del mundo", no fue condenado por los autores. En lugar de ello, publicaron una versión de la dieta para mujeres (Zinczenko y Spiker, 2007).

IV.1.9.23. Dieta Shangri-la

En 1980, el profesor de psicología Seth Roberts de la Universidad Tsinghua en Pekín y profesor emérito de psicología de la Universidad de California comenzó a llevar a cabo autosexperimentos para poner fin a su insomnio, basándose en docenas de variantes diferentes de esta dieta, como comer sushi y alimentos con bajo índice glucémico y beber vinagre (Roberts, 2012). En 2006, fruto de estos experimentos diseñó la dieta Shangri-la (Roberts, 2006) debido a su creencia de que la dieta pone a las personas en paz con la comida. Este tratamiento se basa en un principio llamado "punto de ajuste", en el cual cada persona se esfuerza por mantener su peso. Esto sugiere que cuando el peso real está por debajo del punto de ajuste, aumenta el apetito, mientras que cuando el peso real está por encima del punto de ajuste, disminuye el apetito. La dieta logra esto estableciendo una conexión entre el control de peso y el aprendizaje asociativo. Los alimentos ricos en calorías elevan el punto de ajuste, mientras que los alimentos insípidos que se digieren lentamente lo reducen y, por lo tanto, el peso. Hasta la fecha, no hay estudios científicos que respalden esta dieta. El autor falleció el 26 de abril de 2014, después

de sufrir un ataque al corazón mientras hacía senderismo cerca de su hogar en Berkeley, California, EE.UU. (Reagle, 2019).

IV.1.9.24. Dieta para Aplastar las Grasas.

Desarrollada por el Dr. Ian Smith en 2006, la *Fat Smash Diet* es un programa de pérdida de peso de cuatro fases diseñado para crear cambios duraderos en el estilo de vida en cuanto a alimentación y actividad física. Inicialmente diseñada para celebridades en el programa de VH1 *Celebrity Fit Club*, el objetivo del programa es reprogramar la relación del cuerpo con la comida y la actividad física, eliminando hábitos poco saludables y promoviendo una alimentación saludable sin excesos.

La dieta se centra en alimentos saludables como granos enteros, productos frescos, carnes magras, pescado, aves y grasas saludables. Las cuatro fases del programa incluyen la etapa de desintoxicación, la etapa de fundamentación, la etapa de construcción y la etapa del templo de por vida. Los participantes pueden cometer errores y regresar a la primera etapa durante una semana antes de avanzar a la siguiente fase. El libro del Dr. Smith contiene más de 50 recetas simples y rápidas, y el programa incorpora un componente significativo de ejercicio y técnicas de manejo del estrés. Se aconseja a los usuarios que registren su peso e IMC y tomen fotografías de sí mismos antes de comenzar el programa (Smith, 2006).

IV.1.9.25. Dieta Sonoma

Esta dieta forma parte de un programa de pérdida de peso que prioriza alimentos saludables y sabrosos, tomando inspiración de las tradiciones culinarias de la costa mediterránea y la región de

Sonoma en California. Fue desarrollada por Connie Guttersen, una dietista registrada con experiencia en nutrición y ciencia de los alimentos. La dieta está estructurada en tres fases, cada una con pautas específicas y recetas para la preparación de comidas. El programa enfatiza el consumo de 10 "alimentos potentes" que son ricos en nutrientes y bajos en calorías, lo que puede ayudar a prevenir enfermedades y promover la salud en general. Estos alimentos incluyen almendras, pimientos, arándanos, brócoli, uvas, aceite de oliva, espinacas, fresas, tomates y cereales integrales. El control de las porciones se realiza mediante el "concepto de plato y tazón", que recomienda el uso de platos de 18 cm y tazones de 250ml para las comidas. Además, la dieta Sonoma fomenta el consumo moderado de vino y proporciona una guía de vinos para ayudar a los usuarios a seleccionar el vino adecuado para cada comida. En general, la dieta Sonoma busca promover hábitos de estilo de vida saludables mediante la adopción de prácticas de alimentación saludable y pérdida de peso (Guttersen, 2005).

IV.1.9.26. Crononutrición

Alain Delabos es el director general del Instituto Europeo de Investigación en Nutrición y Salud, profesor en la Facultad de Farmacia de Dijon (Francia) y el padre de la crononutrición (sus estudios sobre este tema comenzaron 20 años antes de la publicación del libro (Delabos y Rapin, 2005)), que se basa en los llamados ritmos circadianos, donde nuestro cuerpo funciona según un reloj biológico ubicado en la base del cerebro y que controla nuestro ciclo sueño-vigilia (Johnston et al., 2016). El autor también incorpora el concepto de morfotipo (categoría en la que se clasifica a un individuo según su forma corporal), donde las dietas se preparan según la morfología de los pacientes (morfonutrición).

La dieta no es la misma para una persona con sobrepeso debido a la alimentación excesiva y para alguien que sufre acumulación localizada de grasa. En 2016, Laermans y Depoortere (2016) propusieron el concepto de crononutrición especializada en la obesidad, llamada cronobesidad, que compromete la salud al favorecer la formación de tumores y los trastornos cardiovasculares. Además, el Proyecto de Prevención de la Ópera (Muscogiuri et al., 2020) sugirió la eficacia de esta dieta en el manejo de la obesidad. Por otro lado, Muscogiuri et al. (2021) revisaron esta dieta en la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. Barrea et al. (2021) propusieron una guía nutricional práctica para ayudar en la pérdida de peso a través de la crononutrición.

IV.1.9.27. Dieta Kimkins

A principios de 2007, una dieta *online* llamada Kimkins ganó popularidad tras ser destacada en las columnas de las revistas *People* y *Woman's World*. La dieta fue promocionada por una autora que usaba el seudónimo *Kim Drake* o *kimmer*. Basada en la dieta Atkins, Kimkins era una dieta baja en calorías (<800 kcal/día) y baja en carbohidratos que prometía una pérdida de peso significativa de alrededor de dos kilogramos por semana. En tan solo un mes, la dieta generó \$1,2 millones en tarifas de membresía (Wood, 2008).

Sin embargo, en un giro sorprendente, los miembros del personal del sitio web de Kimkins comenzaron a cuestionar públicamente la seguridad de la dieta. En respuesta a este hecho, se contrató a un investigador privado de AllianceAgent.com para investigar el asunto y descubrió que Kimmer era en realidad una

mujer llamada Heidi Kimberly Díaz que pesaba alrededor de 135 kg. Díaz había utilizado fotos de pacientes falsas robadas de sitios web de novias rusas para promocionar su dieta, y también había alentado a pacientes con trastornos alimentarios a seguir su plan.

Como resultado, Kimkins fue nombrada el "Peor Producto para 2008" por el sitio web healthyweight.net (Healthy Weight Network, 2024).

IV.1.9.28. Dieta de la Banana Matutina

En 2008, Sumiko Watanabe, una farmacéutica japonesa, creó una dieta para su esposo (Hamachi), quien perdió 17 kg. Ganó popularidad cuando lo compartió en *Mixi*, uno de los mayores servicios de redes sociales de Japón. Esta dieta también se llama 'Dieta Asa-banana' (Hamachi, 2008) y se basa en el consumo de un plátano (o tantos como se desee) y agua a temperatura ambiente para el desayuno, mientras que para el almuerzo y la cena (a las 8 de la tarde) se puede comer libremente. Además, se recomienda un tentempié después de las tres de la tarde, pero no hay postres después de las comidas, y el usuario debe irse a dormir antes de la medianoche. Después de que un programa de televisión presentara a un cantante que había perdido con éxito 6,8 kg en seis semanas siguiendo la dieta, hubo un aumento notable (del 70-80%) en las ventas semanales en comparación con el mismo período del año anterior (Toyama, 2008).

IV.1.9.29. Dieta del Sagrado Corazón

Esta dieta, también conocida por otros nombres como la dieta del corazón de Spokane, la dieta de la Clínica Cleveland, la dieta del Instituto del Corazón de Miami y la dieta del Hospital

Memorial del Sagrado Corazón, es un plan de dieta de siete días y baja en calorías que implica comer alimentos específicos cada día, incluida una cantidad ilimitada de una sopa especial (Redondo, 2022). Aunque existen variaciones de la dieta, todas son similares, con diferencias principalmente en los ingredientes de la sopa. Los orígenes de la dieta no están claros, ya que varios hospitales han negado cualquier conexión con ella. El primer día de la dieta permite solo frutas y sopa, mientras que el segundo día permite todas las verduras excepto judías secas, guisantes y maíz. El tercer día permite tanto frutas como verduras, excepto una patata al horno. El cuarto día permite plátanos y leche descremada, además de la sopa. El quinto día permite carne de res y tomates, junto con la sopa, mientras que el sexto día permite carne de res y verduras ilimitadas. El séptimo día permite arroz integral, jugos de frutas sin azúcar y verduras, junto con la sopa. La dieta recomienda beber de seis a ocho vasos de agua al día, mientras que se permiten té, café y jugos de frutas sin azúcar, y generalmente se prohíbe el alcohol. Sin embargo, no hay evidencia científica que respalde la afirmación de que la dieta ayuda con la pérdida rápida de peso.

IV.1.9.30. Dieta de los potitos

En sus inicios no había un libro sobre esta dieta, pero se popularizó en 2010 por la prensa amarilla, sugiriendo que Jennifer Aniston, quien al parecer perdió 3,1 kg/semana, usó esta dieta y fue rescatada como un libro por Packer (2014), que se basa en consumir 14 potitos al día y tener una cena de carne y verduras, recomendando que los potitos deben estar, sobre todo, basados en avena y verduras (Hall, 2014). Si el valor calórico de cada potito es alrededor de 70 kcal, la energía diaria total es de aproximadamente 1400 kcal/día (Singh et al., 2020). A largo plazo,

esta dieta puede causar deficiencias de vitaminas o minerales, que, junto con la baja cantidad de energía que proporciona, pueden provocar estados de fatiga.

IV.1.9.31. Dieta DiOGenes

En 2010, se llevó a cabo un estudio paneuropeo, aleatorio y controlado en múltiples centros, llamado estudio DiOGenes (Dieta, Obesidad y Genes), que exploró el uso de estrategias dietéticas para prevenir la recuperación de peso en entornos de la vida real después de la pérdida de peso (Moore et al., 2010; Larsen et al., 2010). La efectividad de esta dieta sugería un ligero aumento en el contenido de proteínas en la dieta y una reducción en la selección de carbohidratos, prefiriendo alimentos con bajo contenido en HC en lugar de altos en carbohidratos. Diversos estudios encontraron que una combinación de una dieta alta en proteínas y baja en carbohidratos tuvo éxito en prevenir la recuperación de peso y reducir las tasas de abandono entre adultos que habían perdido 11 kg de peso. Incluso después de un año, se mantuvo el peso con la dieta alta en proteínas. Además, se identificaron genes que ayudan a que esta dieta sea particularmente efectiva en el 67% de la población (Astrup et al., 2015).

IV.1.10. Dietas desde el 2011 hasta la fecha

IV.1.10.1. Dieta de la sonda enteral

Esta dieta fue desarrollada en 2011 por Oliver R. Di Pietro en su centro en Miami, Florida, EE.UU. Es conocida por el acrónimo KE (Enteral Cetogénica), también llamada la dieta de la mochila, la dieta de la sonda, la dieta nasogástrica o la dieta de alimentación nasal. Consiste en un tratamiento de dos fases con un costo de

\$1.500. Comienza con una estancia de 10 días en el hospital, donde se inserta una sonda nasogástrica a través de la nariz del paciente, y a través de ella se aportan 800 kcal/día (Di Pietro et al., 2014). Después de este período, durante dos semanas, el paciente debe seguir una dieta personalizada. El autor y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio, con conflicto de interés, donde al décimo día, los pacientes con esta dieta tuvieron una reducción de -4,97 kg y -1,95 kg/m². En 2012, la prestigiosa GREP-AEDN-N publicó su posición (Basulto et al., 2012b) al respecto, indicando que es un método sin respaldo científico, ineficaz, fraudulento y posiblemente ilegal, y que podría suponer un riesgo para la salud pública, causando aumento de peso a largo plazo, pérdida de autoestima, debilidad, síndrome metabólico, fracturas óseas, trastornos gastrointestinales, daño renal, depresión, cambios en el comportamiento, formación de cálculos biliares, recuperación rápida del peso perdido, aumento del número de episodios de atracones alimentarios y trastornos alimentarios y psicológicos, infecciones y la posibilidad de aspiración pulmonar, además de un mayor riesgo de neumonía.

IV.1.10.2. Dieta OMG

Las iniciales de OMG corresponden a *Oh My God!* El autor firma su libro con el seudónimo *Venice A. Fulton*, pero su verdadera identidad es Paul Khanna (Fulton, 2012), un entrenador personal británico que participó como actor de reparto en las películas de Harry Potter (Dunbar y Johnson, 2024). Esta dieta promete una pérdida de peso de 9kg en 6 semanas, y está basada en no desayunar, hacer ejercicio en ayunas y, al final, tomar café negro, por supuesto sin azúcar; ducharse o bañarse con agua fría (unos 15 °C), comer como máximo una pieza de fruta al día (evitándolas por completo, si es posible), evitar verduras como el brócoli, ya que los

carbohidratos contenidos en una porción de dicho alimento pueden ser tan perjudiciales como los contenidos en una bebida de cola; inflar globos y tonificar el cuerpo con pesas, comer proteínas con una cantidad de carbohidratos similar al espacio que ocupan cuatro iPhones; beber té verde; y dormir profundamente (Crayton, 2013). Hasta la fecha, no hay estudios científicos estandarizados realizados para evaluar esta dieta y solo existe el caso de una persona que la llevó a cabo. Ella fue Emily Jupp, una periodista independiente, que no perdió peso con esta dieta (Jupp, 2012). Además, la dietista y nutricionista deportiva Linia Patel, el Dr. Christian Jessen, conductor de la serie *Embarrassing Bodies* y el entrenador Jay Darrell Ingleton desaconsejaron este tratamiento para la pérdida de peso (Crayton, 2013).

IV.1.10.3. Dieta de la malla lingual

Esta dieta también es conocida como la dieta de la malla supralingual, la dieta de la malla local, parche milagroso, parche Chugay o la dieta de la malla lingual para adelgazar. Fue desarrollada por el Dr. Nickolas Chugay, cirujano plástico y especialista en remodelación facial y corporal. Implica colocar una malla de material quirúrgico más o menos rígido en la superficie de la lengua del paciente mediante grapas o suturas, lo que hace imposible comer alimentos sólidos. Por lo tanto, el paciente debe seguir una dieta líquida o semilíquida durante un período que varía entre uno y dos meses (Chugay y Chugay, 2014). Promete pérdidas de hasta 12 kg al mes. Según sus defensores, es un método inofensivo y tremendamente ventajoso, aunque dejan la responsabilidad de su efectividad en manos de los propios pacientes (efectos psicológicos, consecuencia de no seguir las instrucciones del especialista o hacer trampas). Es llamativo que se

indique incluso en niños de 12 años; sin embargo, creen que su uso en niños de estas edades podría llevar a trastornos alimentarios. Revenga (Revenga, 2012) señaló que podría ser similar al "cableado de mandíbula", un método utilizado para evitar que los pacientes obesos abran la boca.

IV.1.10.4. Dieta de Noakes

En 2013, el científico sudafricano de la División de Ciencia del Ejercicio y Medicina Deportiva de la Universidad de Ciudad del Cabo, Timothy David Noakes, más conocido como Tim Noakes, publicó una dieta baja en carbohidratos y alta en grasas que permite varios grupos de alimentos y bebidas: i) huevos de gallinas de corral, ii) pescado, iii) carne orgánica, iv) productos lácteos orgánicos, v) verduras, especialmente de hojas verdes, vi) frutos secos, principalmente los pertenecientes al género *Macadamia*, nueces y almendras, vii) frutas con un menor contenido de carbohidratos y viii) agua, té y café sin azúcar (Noakes, 2013). Schamroth (2014) reflejó un informe de caso en el que un paciente, diagnosticado con dislipidemia durante varios años y que recibía 5 mg/día de rosuvastatina, tuvo un perfil lipídico elevado tras dos meses siguiendo la dieta de Noakes, con colesterol total y colesterol de lipoproteínas de baja densidad aumentados en 12,9 y 9,6 mmol/l, respectivamente. Este autor destacó la importancia de monitorear de cerca los perfiles lipídicos para controlar los posibles riesgos. Además, Naude et al. (2014) cuestionaron el argumento de que la dieta Noakes versus una dieta equilibrada es mejor para el control del peso, sabiendo también que la dieta de esta sección no ha sido sometida a validación científica.

IV.1.10.5. Dieta de las bolas de algodón

Consumir bolas de algodón empapadas en zumo para controlar el hambre y reducir la ingesta de alimentos ha ganado popularidad a través de plataformas como *YouTube*, especialmente entre adolescentes y niñas adolescentes (Bijlefeld, 2015). Sin embargo, es crucial entender que esta dieta está asociada con riesgos graves y potencialmente mortales para la salud, como resalta la investigación de Schaefer (2017). Estos riesgos incluyen asfixia, desnutrición, obstrucciones y bloqueos intestinales y toxicidad por los productos químicos de procesamiento, incluido el blanqueador.

IV.1.10.6. Dietas de Mosley

Michael Mosley es un periodista, productor y presentador de la BBC, conocido por sus programas de televisión sobre medicina y biología. La primera dieta publicada por él, en 2013, junto con la periodista Mimi Spencer (columnista de temas de estilo de vida saludable para varios periódicos y revistas como *The Observer*, *The Guardian* y *The Times*), se conoce como la dieta 5:2 o la dieta del ayuno (Mosley y Spencer, 2013). Se basa en comer normalmente durante cinco días y luego reducir la ingesta calórica durante dos días no consecutivos (con una ingesta de aproximadamente 500 y 600 kcal para mujeres y hombres, respectivamente, en cada uno de esos dos días, donde se consumen alimentos ricos en proteínas y fibra y se evitan los carbohidratos refinados). Mosley, junto con otros autores (Brown et al., 2013), indicaron que este tipo de ayuno intermitente mejoraba la pérdida de peso y la salud cardiovascular de personas con sobrepeso y obesidad con diabetes tipo 2,

reduciendo el riesgo cardiovascular. Al Aaradji y Hansson (2016) no observaron diferencias en el hambre, la glucosa en ayunas o la pérdida de peso con la dieta 5:2 en comparación con la restricción energética uniforme. Johnstone (2015) indicó que los efectos a largo plazo de la restricción crónica de alimentos en los humanos aún no se comprenden completamente. Sin embargo, parece que la restricción prolongada de alimentos puede llevar a una pérdida de peso inicial, pero puede ser difícil de mantener debido al aumento del hambre. La sensación de hambre puede convertirse en un factor limitante para mantener la restricción alimentaria a largo plazo.

La segunda dieta se llamó *8-week blood sugar Diet* (Mosley, 2015) y se publicó con el profesor Roy Talyor, con el objetivo de prevenir y revertir la diabetes tipo 2 (y prescindir de medicamentos), junto con perder peso rápidamente y reprogramar el cuerpo. Hindmarsh y Nicholls (2019) recomendaron este libro como un recurso que puede ser beneficioso para los pacientes que desean seguir una dieta baja en carbohidratos. Morris et al. (2020) observaron con esta dieta evidencia de mejoras clínicamente a corto plazo en el control glucémico y peso en pacientes con diabetes tipo 2. Sin embargo, este artículo tiene conflictos de interés debido a que una autora, Clare Bailey, fue coautora de *The 8-week blood sugar diet recipe book* (Bailey y Schenker, 2016).

Oliver y Andrews (2021) aplicaron esta dieta desde una sola consulta médica general, observando que 339 de 774 pacientes perdieron un peso medio y promedio de 2,5 kg (rango intercuartílico 0,0-6,0 kg) y 3,3 kg, respectivamente. En 2017, sacó a la luz el libro titulado *The Clever Gut Diet* (Mosley, 2017), donde se presentan formas comprobadas de perder peso, mejorar el estado de ánimo y controlar los antojos alimentando a las bacterias

“buenas”, mientras se evitan las “malas” que contribuyen al desarrollo de varias enfermedades y aumento de peso. Sin embargo, hasta la fecha, no hay literatura científica publicada sobre esta dieta.

En 2018, otro libro surgió con el título *The Fast 800* (Mosley, 2018), y paralelamente, la coautora anterior Claire Bailey, junto con Justine Pattison, publicaron *The Fast 800 recipe book* (Bailey y Pattison, 2019). Finalmente, el último libro de Mosley, conocido como *Fast Asleep* (Mosley, 2020), está centrado en obtener de forma regular suficiente sueño para reducir el riesgo de depresión, combatir enfermedades crónicas y mejorar la memoria. Sin embargo, tampoco tiene una relación científica con este procedimiento de pérdida de peso.

IV.1.10.7. Dieta de días alternos

En 2013, Krista Varady, profesora en el Departamento de Kinesiología y Nutrición de la Universidad de Illinois, Chicago, EE.UU., publicó un libro titulado *Morning After Diet* (Varady, 2013), basado en seguir un día de dieta restrictiva con 500 kcal (llamado “día de dieta”), seguido de un día sin restricciones calóricas o nutricionales (llamado “día festivo”). El libro indicaba que la pérdida de peso era de 5kg en cuatro semanas (es decir, 1,25 kg/semana). Aunque el libro salió en 2014 y la autora había publicado anteriormente una serie de artículos científicos que respaldaban su hipótesis (Bhutani, et al., 2013) y posteriormente (Varady et al., 2016) a esa fecha, la verdad es que la mejor revisión (Horne et al., 2015) realizada hasta la fecha sobre dietas basadas en el ayuno intermitente sugiere que, aunque hay indicios sobre la capacidad de perder peso con este tratamiento, algunos de los estudios no están bien diseñados y se necesitan ensayos clínicos adecuados para verificar los resultados

beneficiosos o no de esta dieta y de otras que se centran en el ayuno intermitente.

IV.1.10.8. Dieta de Nagumo

En 2013, el cirujano médico japonés Yoshinori Nagumo publicó *One Meal a Day*, basado en un método que consta de dos fases: i) una sopa y otro plato, establecido en comer lo habitual, pero reduciendo el tamaño del mismo (de esta manera, se reducen las calorías, y ii) un día, una comida, donde es posible comer de todo, pero utilizando una cantidad ideal de alimentos que era aproximadamente el 70% de la capacidad del estómago. Además de esta comida principal, el consumo de bebidas (de todo tipo) y comer nueces, frutas, galletas sin azúcar y huevos, eliminando dulces y azúcares, es útil (Nagumo, 2013). La percepción del hambre activa el gen llamado sirtuina que es un gen regulador de la vida solo activo cuando el estómago está vacío. Se descubrió que este gen escanea y repara todas las células y genes dañados (Dhurandhar et al., 2013).

IV.1.10.9. Dieta de Barriga Cero

En 2014, el mismo autor de la dieta ABS publicó *Zero Belly Diet* (Zinczenko, 2014), que es un programa de ejercicio y dieta centrado en nueve "alimentos poderosos" para promover la pérdida de peso. Estos alimentos incluyen frutas y verduras, legumbres, carnes magras y pescado, granos enteros, grasas saludables, batidos ricos en proteínas, especias y chocolate negro. El programa también elimina opciones menos saludables como el azúcar refinado y las carnes grasas, convirtiéndolo en un programa nutritivo para seguir. Sin embargo, el libro también presenta un libro

de recetas que es, cuanto menos, sorprendente, con recetas como *Elvis Fine Oatmeal*, *Mediterranean Dinosaur Salad*, *Quirky Turkey Burger* y *Adult Goldfish*. El plan de dieta de 7 días promete ayudarte a perder grasa abdominal en aproximadamente 14 días. No hay literatura científica que verifique esta dieta.

IV.1.10.10. Dieta Sirtfood

Los nutricionistas británicos Aidan Goggins y Glen Matten propusieron una relación entre el gen mencionado anteriormente y una nueva dieta conocida como la dieta Sirtfood, que ha sido presentada por ellos (Goggins y Matten, 2017). La dieta promete una pérdida de al menos 3 kg en la primera semana y se basa en dos fases: i) durante los primeros tres días, la alimentación está compuesta por tres jugos verdes y una comida con un máximo de 1000 kcal/día; posteriormente, la ingesta de alimentos consta de dos jugos verdes y dos comidas; del cuarto al séptimo día se modifica hasta alcanzar las 1500 kcal/día. A partir de aquí, comienza la fase 2, que dura otros 14 días e incluye una comida (cena). El mecanismo se basa en alimentos reguladores de la información silenciosa (SIRT), ricos en enzimas sirtuinas, que son proteínas solubles que potencian el metabolismo, con efectos en la pérdida de calorías (Akan et al., 2022). Dabke y Das (2020) plantearon la hipótesis de que las sirtuinas pueden alterarse bajo la dieta cetogénica. El resveratrol es un compuesto bioactivo que tiene el potencial de modular las SIRT, enzimas que están implicadas en la regulación del metabolismo y el equilibrio energético. Aunque hay evidencia preclínica sólida que respalda los efectos antiobesidad del resveratrol, la calidad de los estudios que respaldan su uso como activo antiobesidad en humanos es baja y su relevancia clínica sigue siendo incierta. Los estudios han

demostrado que el resveratrol tiene un pequeño efecto en la pérdida de peso en humanos y, por lo tanto, podría considerarse como una intervención adicional cuando se usa junto con otras intervenciones para lograr la pérdida de peso. Además, no se han informado efectos secundarios significativos asociados con el uso de resveratrol. Sin embargo, se necesitan más ensayos clínicos de alta calidad para determinar la eficacia y seguridad del resveratrol como activo antiobesidad. Por lo tanto, aunque el resveratrol muestra promesas como principio activo antiobesidad, se requiere más investigación antes de que se pueda considerar un tratamiento primario recomendado para el tratamiento de la obesidad. Aunque estudios iniciales han sugerido efectos positivos del resveratrol sobre el metabolismo y la regulación del peso corporal, la evidencia actual es limitada (Watanabe et al., 2020).

IV.1.10.11. Dieta de estimulación proteica

En 2020, el Dr. Paul Arciero publicó el libro titulado *The PRISE Life: Protein Pacing for Optimal Health and Performance*, que optimiza la pérdida de grasa abdominal, aumenta la masa muscular magra, la forma física, el rendimiento, la salud cardíaca, el metabolismo y mejora el estado de ánimo con la menor cantidad de tiempo y esfuerzo (Arciero, 2020). Este tratamiento implicaba consumir comidas ricas en proteínas a través de suplementos o alimentos integrales en momentos específicos del día. Estas comidas proporcionan alrededor de entre 0,3 g de proteína/kg de peso corporal/por comida o más de 1,4 g de proteína/kg de peso corporal/día. Esta dieta podría ser beneficiosa para la pérdida y mantenimiento de peso porque podría aumentar el gasto

energético y prevenir la disminución habitual del metabolismo en reposo que ocurre con la pérdida de peso, como se demuestra en la abundancia de investigaciones basadas en evidencia relacionadas con la dieta (Arciero et al., 2013; 2014; 2015; 2016a, b; He et al., 2017; Ives et al., 2017; Mohr et al., 2022; Ruby et al., 2016; Zuo et al., 2016).

IV.1.10.12. Otros tipos de dieta intermitente

Aunque se han explicado anteriormente varios tipos de ayuno intermitente, como las dietas de Mosley, días alternos, guerrero y Nagumo, cabe la pena acabar la sección IV.1, con el ayuno intermitente debido a que muchos usuarios de Internet están buscando esta dieta, como se refleja en *Google Trends* (**Figura 8**).

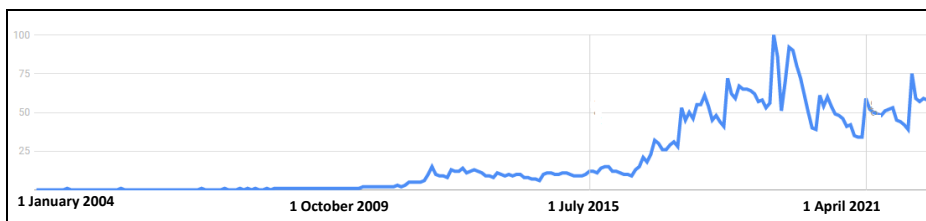


Figura 8. Interés a lo largo del tiempo medido por Google Trends sobre "ayuno intermitente" a nivel mundial.

Hoy en día, hay varias clasificaciones de estas dietas sugeridas por varios grupos de investigadores; 1) Patterson et al. (2015) indicaron i) ayuno completo en días alternos, ii) ayuno en días alternos, iii) alimentación restringida en el tiempo y iv) ayuno religioso; 2) Vasim et al. (Vasim et al., 2022) agruparon dietas según la frecuencia, incluyendo i) cada dos días, ii) dos días a la semana, iii) todos los días (como 12:12, 16:8, 18:6 y 20:4), iv) una vez a la semana y v) variable. Morales-Suarez-Varela et al. (2021) llevaron a cabo una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados de esta dieta, aplicada en la obesidad, demostrando que el ayuno

intermitente tiene efectos beneficiosos en el perfil lipídico, llevando a una reducción en los niveles de colesterol LDL y triglicéridos, mientras aumenta los niveles de colesterol HDL. Además, se ha asociado con la pérdida de peso y un cambio en la distribución de la grasa abdominal en personas con diabetes tipo 2 y obesidad. A su vez, se ha descubierto que el ayuno intermitente mejora el control de los niveles de glucosa y la sensibilidad a la insulina, lo que puede ser especialmente beneficioso para personas con diabetes tipo 2. Según la literatura científica (Anton et al., 2017; Antoni et al., 2018; Conley, 2006; Harris et al., 2018; Patterson et al., 2015; Tinsley y La Bounty, 2015), esta dieta respalda los efectos beneficiosos del ayuno intermitente en el perfil lipídico, la pérdida de peso y el control glucémico. Sin embargo, al igual que muchas de las dietas explicadas en esta revisión, es importante reconocer que se necesita más investigación para comprender de manera integral los posibles beneficios y riesgos asociados con el enfoque dietético del ayuno intermitente.

IV.2. NUEVA PROPUESTA TERMINOLÓGICA Y CLASIFICATIVA DE LAS DIETAS MILAGRO PARA ADELGAZAR

IV.2.1. Definición de dietas milagro y propuesta de nuevo concepto

Las dietas milagro para adelgazar se definen como tratamientos que prometen efectos sorprendentes en la salud, y particularmente en la pérdida de peso (Basulto et al., 2012a) o pérdida de peso rápida sin esfuerzo (Sumalla Cano et al., 2009). Este término no debe confundirse con las dietas de moda, que se definen como tratamientos dietéticos que comienzan con un entusiasmo intenso y ampliamente compartido por algo, especialmente algo de corta duración (Travers et al., 2016). Sin

embargo, no todas las dietas de moda deben incluirse como dietas milagro para adelgazar. De hecho, Brown et al. (Brown et al., 2011) indicaron que la dieta mediterránea debería considerarse una dieta de moda promovida para perder peso. El término "dieta milagro" no es apropiado en la literatura científica debido a que tiene una connotación religiosa y se aplica a eventos inusuales y notables que se asume que no habrían ocurrido en el contexto en cuestión si no fuera por la actividad intencional de un ser sobrenatural. Estas dietas son completamente incorrectas y peligrosas. Algunos autores (Polivy y Herman, 2006) (Halpem y Halpem, 2015) mencionaron este tratamiento también como "dieta mágica", registrada por primera vez por Bender (Bender et al., 1994), y se refirieron a dietas que afirmaban resultar en pérdida de peso, aumento de la longevidad y la curación de varias patologías basadas en virtudes no verificadas atribuidas a alimentos o productos "naturales". Por otro lado, se han utilizado otras terminologías, como dietas falsas o insalubres, para definir estos tratamientos (Soriano et al., 2021). Esto claramente puede dar lugar a confusiones. Por esta razón, la consistencia terminológica de "dieta milagro" radica en su riesgo particular para la salud y eso es lo simple.

En esta tesis doctoral se propone un nuevo término llamado "dieta peligrosa" bajo la premisa de que es una dieta que propone una pérdida de peso rápida (> 1 kg/semana), que se realiza sin esfuerzo, sin la supervisión de un profesional sanitario (dietista-nutricionista o en casos particulares por un médico), con restricciones energéticas excesivas y/o exclusión de alimentos o nutrientes para el organismo. La **Tabla 6** muestra las características de la propuesta de dieta peligrosa en esta revisión narrativa.

Tabla 6. Características de la dieta peligrosa.

Prometen...	Pérdida de peso rápida (más de 1 kg/semana). Realizarse sin esfuerzo. Sin la supervisión de un profesional de la nutrición. Restricciones energéticas excesivas. Exclusión de la dieta de alimentos o nutrientes necesarios para el cuerpo.
No tienen en cuenta...	La variabilidad individual y proponen un sistema único para todos. La complejidad de la nutrición humana (los principios simplistas no valen la pena). Las cantidades de alimentos claramente. El número de comidas que se deben realizar cada día. Su diseño se realiza con la intervención de profesionales de la salud no cualificados.
Hacen recomendaciones...	De alimentos "buenos" y "malos". De platos complejos sin especificar la receta. Diametralmente opuestos al conocimiento científico y que contradicen a grupos sanitarios de reconocida reputación. Establecido y/o seguido por personajes ilustres, sin formación sanitaria universitaria o por profesionales que no han estudiado nutrición, como medio de inducción al consumo. Que su no seguimiento pueda provocar daños a la salud. Obligar al interesado a comprar un producto concreto que, curiosamente, es comercializado por quien propone la dieta o sistema. Basado en un único o ningún estudio científico. Demasiado bonita para ser verdad.

IV.2.2. Clasificación actual de las dietas peligrosas para adelgazar

En la actualidad, existen dos clasificaciones de estas dietas: las denominadas mágicas (Bender, 1994; FEN e INUTCAM, 2009) y

las milagrosas (Bourgues, 2004; FESNAD, 2008), pero su uso no es práctico debido a que algunas de ellas se repiten en ambas categorías.

De acuerdo con esta sección, ambas dietas anteriores pueden clasificarse de la siguiente manera:

- *Dieta mágica*: (Bender, 1994; FEN y INUTCAM, 2009):
 - *Dieta hipocalórica no balanceada*. Es baja en energía, pero desequilibrada, por ejemplo, la "dieta Mayo" (sin relación con la Clínica Mayo) proporciona 600-800 kcal/día (Helminski, 1993).
 - *Dieta disociativa*. Se basa en una cuidadosa combinación de alimentos, caso de la "dieta del Ejército Israelí", que justifica el consumo exclusivo de manzanas durante dos días, luego solo queso (todo lo que desee) durante dos días, luego solo pollo durante dos días y, por último, ensaladas durante dos días, pero favorece dolores de cabeza y síntomas gastrointestinales (Truswell, 1982).
 - *Dieta exclusiva*. Se basa en eliminar algún nutriente de la dieta, como la "dieta Pritikin", que recomienda un consumo bajo en grasas y alto en carbohidratos complejos, pero puede aumentar, en las primeras 2 semanas de la dieta, la producción de orina y los cambios de fluidos pueden requerir ajustes en los medicamentos para la hipertensión, insuficiencia cardíaca y diabetes (Li y Heber, 2020).
 - *Dieta psicológica*. Un ejemplo de este grupo es la "dieta mental", que se basa en la premisa "imagínate delgado, sé delgado" (FESNAD, 2008).

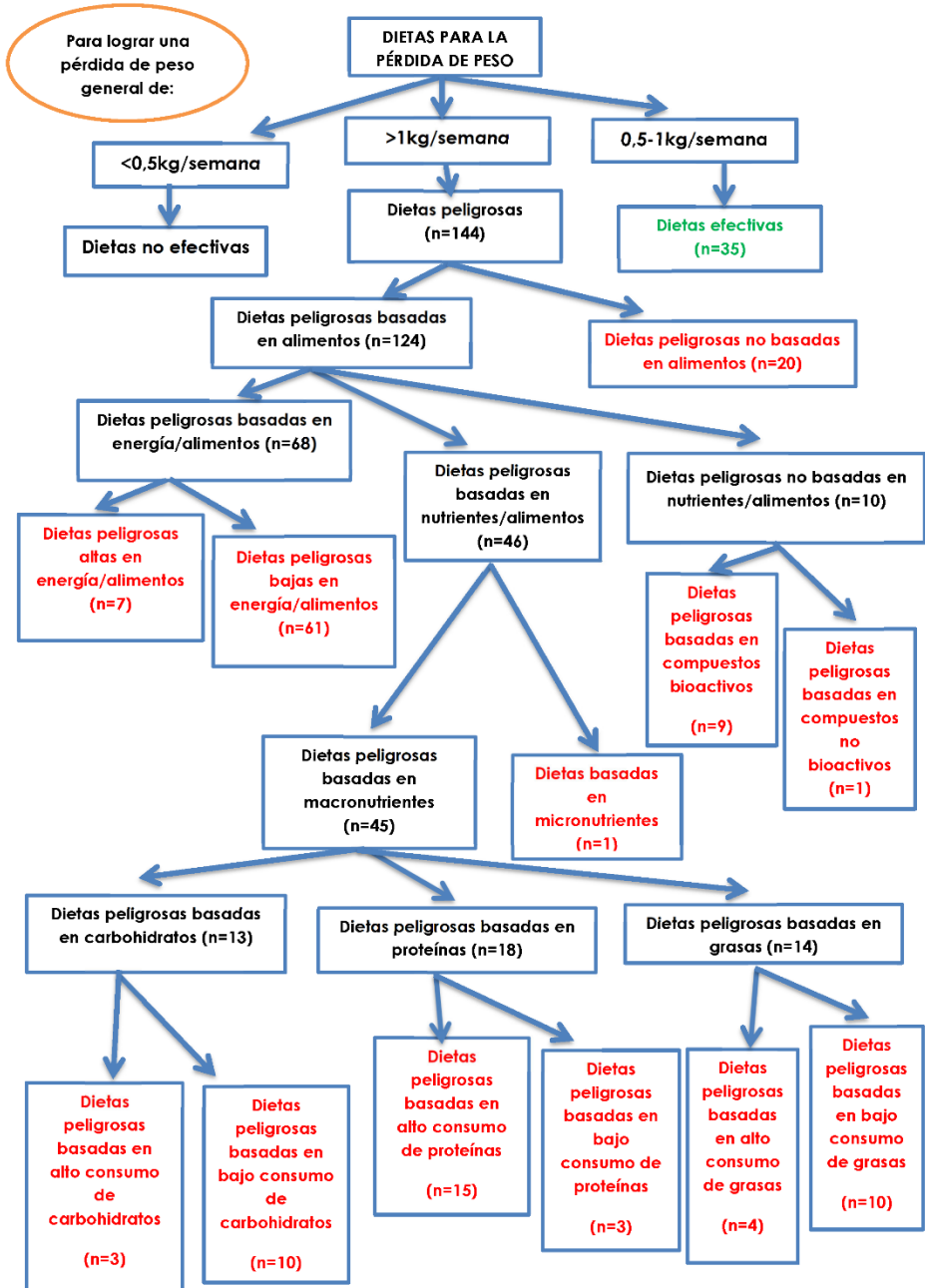
- *Otras (monodieta, líquida y sin base) dietas.* Son tratamientos diversos fuera de las dietas anteriores.
- *Dieta milagrosa* (Bourgues, 2004; FESNAD, 2008):
 - *Dietas muy bajas en energía.* Proporcionan de 400 a <800 kcal/día. Gargallo Fernández Manuel et al. (2012) y Wing et al. (1994) indicaron que los efectos adversos de estas dietas podrían incluir astenia, debilidad, mareos, estreñimiento, náuseas y otros como piel seca, pérdida de cabello e irregularidades menstruales, entre otros, mientras que la baja calidad de la proteína y la supervisión médica laxa resultaron en alrededor de 60 muertes debido a la pérdida de masa corporal magra y, en particular, atrofia del músculo cardíaco (Donnelly et al, 1991). Un ejemplo de este grupo es la dieta Cambridge, que reflejó informes de cólicos biliares (Green et al., 1998) e insulinoma (Labib et al., 1987).
 - *Dietas bajas en energía.* Indican de 800 a 1000 kcal/día. El dolor de cabeza y el estreñimiento son efectos adversos presentes en el uso de estas dietas (Yancy et al., 2004).
 - *Dietas hipocalóricas.* Sugieren de 1000 a 1200 kcal/día. El uso a largo plazo de estas dietas resultó en una ingesta inadecuada de vitaminas y minerales (Drouard, 1998).
 - *Dietas bajas en carbohidratos y altas en grasas y proteínas.* Recomendán una baja ingesta de carbohidratos y una alta ingesta de alimentos con contenido significativo de proteínas y grasas (Litchenstein et al., 2006).

- *Dietas altas en carbohidratos.* Aplican consumo bajo en proteína (0.5 g/kg/día) y grasa (10% o menos de la ingesta total de energía). La Asociación Americana del Corazón advierte contra el uso de tales dietas debido a que su alto contenido de carbohidratos puede aumentar los niveles de triglicéridos. Además, las dietas con altas ingestas de fibra, más de dos veces (40-70 g/día) de la cantidad recomendada, pueden disminuir la absorción de zinc, calcio y hierro. También se han reportado quejas de plenitud abdominal (Slavin, 2013; Spiller y Marciani, 2019).
- *Monodietas.* Se basan en el consumo de un alimento en particular (Bourgues, 2004; FESNAD, 2008).
- *Dietas pintorescas.* Utilizan algún tipo de peculiaridad para convencer a las personas de que son fáciles de seguir (Bourgues, 2004; FESNAD, 2008).

IV.2.3. Nueva propuesta de clasificación de las dietas y aplicación práctica

La **Figura 9** muestra el nuevo algoritmo, propuesto para esta tesis, y que permite clasificar las dietas en tres tipos; no efectiva, peligrosa y efectiva. Tras la aplicación de la metodología PRISMA-ScR se seleccionan 179 dietas que forman parte de las dietas peligrosas (n=144) y efectivas (n=35). Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Lecube et al., 2017), las dietas no efectivas y efectivas se clasifican cuando se logra una pérdida de peso general de <0,5 y 0,5-1 kg/semana, respectivamente.

Figura 9. Nuevo algoritmo para clasificar las dietas para perder peso



Según esta nueva propuesta de clasificación se obtienen los siguientes apartados para las dietas peligrosas:

- Dietas peligrosas no basadas en alimentos. El tratamiento peligroso no basado en alimentos sería un concepto erróneo debido a que, literalmente, el concepto de dieta en nutrición se refiere a la suma de alimentos consumidos por una persona. En esta categoría se incluyen diferentes tratamientos peligrosos para adelgazar no basados en alimentos. Un ejemplo es la "dieta de la tenia", que surgió a principios de 1900 y se basa en la ingesta de una cápsula que contiene los huevos del parásito, con la finalidad de que las tenias adultas puedan alimentarse de una parte de los alimentos parcialmente digeridos. Sin embargo, su uso puede causar dolor abdominal, molestias, calambres, cólicos, diarrea, náuseas, mareos, vómitos, vértigo, dolor de cabeza, cansancio, malabsorción, anorexia, dolor muscular, estreñimiento, deficiencia de vitaminas, anemia, obstrucción intestinal, perforación yeyunal, apendicitis y pancreatitis (Reut, 1991). La **Tabla 7** muestra las dietas de este grupo.

Tabla 7. Dietas peligrosas no basadas en alimentos

Nombre de la dieta	Decada / periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Pitágoras	570-495 a.C.	Grecia	Pitágoras	Haslam (2007)
Heródico	Siglo V a.C.	Grecia	Heródico	Georgoulis et al. (2007)
Herodoto	480-429 a.C.	Grecia	Herodoto	Demont (2018)
Repollo y orina	Siglo II a.C.	Italia	Catón el Viejo	Budzanowska-Weglenda (2018)
Diodoro Sículo	60-30 a.C.	Grecia	Diodoro Sículo	Diodorus (1721)
Celso	25	Grecia	Celso	Celsus (1935)
Sorano	98-138	Grecia	Sorano	Asimopulos y Asimopulos (2016)
Eliano	170-235	Italia	Claudius Aelianus	Bevegni y Adami (2003)
Protospatharius	854-925	Grecia	Protospatharius	Protospatharius (1992)
Cogan	1545-1607	Reino Unido	Thomas Cogan	Rogers (1925)
Cullen	1710-1790	Escocia	William Cullen	Eknoyan (2006)
Fletcher	1890	EE.UU.	Horace Fletcher	Fletcher (1903)
De la tenia Mental	Siglo XX 1930	EE.UU. Irlanda	Desconocido Emmet Fox	Scott (1992) Fox (1935)
hCG	1960	Reino Unido	Albert T. Simeons	Simeons (1963)
Bella durmiente	1970	Europa	Desconocido	Leighton (2024)
Cableado mandibular	1970	Reino Unido	S.C. Rodgers	Rodgers et al. (1977)
Sonda enteral	2010	EE.UU.	Olivier R. Di Pietro	Di Pietro et al. (2014)
Malla lingual	2010	EE.UU.	Nickolas Chugay	Chugay y Chugay (2014)
Bola de algodón	2010	Desconocido	Desconocido	Schaefer (2024)

- Dietas peligrosas basadas en alimentos:
 - Dietas peligrosas basadas en energía/alimentos:
 - ✓ Dietas peligrosas altas en energía/alimentos. Por contradictorio que parezca, algunas dietas sugieren la pérdida de peso consumiendo una cantidad elevada de energía alimentaria (**Tabla 8**), como la dieta de Humplik (1971). Esta propone un tratamiento dietético para perder peso que consiste en un período de prueba de tres días, y en la tarde del tercer día, se realizan hasta 10 comidas al día, pudiendo alcanzar hasta 6000 Kcal por día, es decir, tres veces más que las pautas diarias recomendadas por la Unión Europea, según la Regulación 1169/2011 (European Parliament and Council, 2011) sobre la información alimentaria proporcionada al consumidor) durante tres semanas. Las diez comidas se distribuyen en un promedio de una comida cada dos horas, sin límite en la cantidad de alimentos, pero dependiendo del hambre.

Tabla 8. Dietas peligrosas altas en energía/alimentos

Nombre de la dieta	Decada/ período de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Humplik	1960	Austria	Hein Humplik	Humplik (1964)
Slimming World	1960	Reino Unido	Margaret Miles-Bramwell	Coe et al. (2019)
Del picoteo	1970	EE.UU.	Stanley L. Englehardt	Englehardt (1978)
Moderna Occidental	1980	Mundial	Unknown	Galloway et al. (2000)
Rafaella Carrà	1990	Italia	Rafaella Carrà	Carrà (1993)
Graschinsky	1990	Colombia	Carlos Graschinsky	Graschinsky (1998)
Volumétrica	1990	EE.UU.	Barbara Jean Rolls, Robert A. Barnet	Rolls y Barnet (2000)

- ✓ Dietas peligrosas bajas en energía/alimentos. En la actualidad, no hay una definición estándar de dietas muy bajas en energía y bajas en energía en todo el mundo. Sin embargo, Andela et al. (2019) indicaron que ambas tienen una ingesta total de energía muy baja, menor o igual a 3360 kJ/día (≤ 800 kcal/día) y de >3360 – ≤ 4187 kJ/día (>800 – ≤ 1000 kcal/día), respectivamente. En la **Tabla 9** se muestran las dietas de este grupo.

Tabla 9. Dietas peligrosas bajas en energía/alimentos

Nombre de la dieta	Decada/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Ebers	1550 a.C.	Egipto	Desconocido	Ebers (1873)
Susruta	600 a.C.	India	Susruta	Tipton (2008)
Comida de Icco	400 a.C.	Grecia	Icco	Nicholson (2016)
Polibio	400 a.C.	Grecia	Polibio de Cos	Albala (2002)
Charak	300 a.C.	India	Charak	Mondal (2014)
Diocles	240-180 a.C.	Grecia	Diocles	Tipton (2014)
Dioscórides	40-90	Italia	Dioscórides	Papavramidu y Christopoulou-Aletra (2007)
Oribasius	325-403	Turkía	Oribasius de Pérgamo	Oribasius (1873)
Ibn Hubal Al-Baghdadi	1121-1213	Irak	Ibn Hubal Al-Baghdadi	Abdel-Halim (2005)
Doncellas milagrosas	Siglo XVII	Italia	Desconocido	Comerci (1991)
Cornaro	1464-1566	Italia	Luigi Cornaro	Shapin (2018)
Cheyne	1671-1743	Reino Unido	George Cheyne	Shapin (2003)
Wadd	1776-1829	Reino Unido	William Wadd	Wadd (1829)
Sin mucosidad	1920	Alemania	Arnold Ehret	Ehret (1922)
Dr. Shelton	1920	EE.UU.	Herbert McGolfin Shelton	Shelton (1922)
Gayelord	1920	EE.UU.	Benjamin Gayelord Hauser	Hauser (1930)
Uva	1920	Sudáfrica	Johanna Brandt	Brandt (1927)
Pomelo	1920	EE.UU.	Desconocido	Zarzo y Soriano (2022)
Cura de Waterland	1940	Finlandia	Are Waerland	Waerland (1948)

Resultados y discusión

Sustitutos de comidas	1950	EE.UU.	Jesse P. Greenstein	Greenstein et al. (1960)
Huevo y vino	1960	EE.UU.	Helen Gurley Brown	Brown (1962)
Clínica Mayo	1960	EE.UU.	Desconocido	Hoffman (1965)
Dieta de Antoine Simmons	1960	Francia	Albert Antoine	Antoine (1968)
	1970	EE.UU.	Richard Simmons	Simmons (1994)
Cambridge	1970	Reino Unido	Alan Howard	Howard (1985)
Astronauta	1970	Desconocido	Desconocido	Linder et al. (1974)
OPTIFAST®	1970	Suiza	Novartis Medical Nutrition	Optifast (1999)
Galletas	1970	EE.UU.	Sanford Siegal	Siegal (1975)
Sirope de arce y limonada	1970	EE.UU.	Stanley Burroughs	Burroughs (1976)
Metabolismo de Hilton Head	1970	EE.UU.	Peter M. Miller	Miller (2008)
Ejército israelí	1970	Desconocido	Desconocido	Truswell (1982)
Tri-color	1970	EE.UU.	Martin Katahn	Kathan (1996)
Medifast®	1980	EE.UU.	William Vitale	Shikany et al. (2013)
Beverly Hills	1980	EE.UU.	Judy Mazel	Mazel (1981)
De 3 días de la Clínica Cleveland	1980	EE.UU.	Desconocido	Brill (1923)
Six Day Body Makeover	1980	EE.UU.	Michael Thurmond	Weber (2007)
Six Week Body Makeover	1980	EE.UU.	Michael Thurmond	Levan (2014)
Rotativa	1980	EE.UU.	Martin Katahn	Katahn (1986)
The T-Factor	1980	EE.UU.	Martin Katahn	Kathan (1989)
Victoria Principal	1980	EE.UU.	Victoria Principal	Principal (1987)
De la Luna	1980	Italia	Rolando Ricci	Passos et al. (2020)

Resultados y discusión

Fat Flush	1980	EE.UU.	Ann Louise Gittleman	Gittleman (2002)
Hollywood de 48 horas	1980	EE.UU.	Jamie Kabler	Chang et al. (2024)
Subway	1990	EE.UU.	Jared Fogle	Biddle (2001)
LEARN	1990	EE.UU.	Kelly Brownell	Brownell (2000)
Warrior	2000	Israel	Ori Hofmekler	Hofmekler y Holtzberg (2002)
Slim4Life®	2000	EE.UU.	Psicólogos, Médicos	Slim4Life (2024)
The Biggest Loser	2000	EE.UU.	David McPherson Broome, Ben Silverman, Mark Koops	Domoff et al. (2012)
Fat Smash Banana matutina	2000	EE.UU.	Ian K. Smith	Smith (2006)
	2000	Japón	Sumiko Watanabe	Hamachi (2008)
Sagrado Corazón	2000	EE.UU.	Desconocido	Redondo (2022)
Potitos	2010	EE.UU.	Desconocido	Hall (2014)
OMG	2010	Reino Unido	Venice A. Fulton ²	Fulton (2012)
Fast	2010	Reino Unido	Michael Mosley	Mosley (2013)
8-week blood sugar	2010	Reino Unido	Michael Mosley	Mosley (2016)
The Clever Gut	2010	Reino Unido	Michael Mosley	Mosley (2017)
The Fast 800	2010	Reino Unido	Michael Mosley	Mosley (2018)
Fast Asleep	2010	Reino Unido	Michael Mosley	Mosley (2020)
Días alternos	2010	EE.UU.	Krista Varady	Varady (2013)
Nagumo	2010	Japón	Yoshinori Nagumo	Nagumo (2013)
Sirfood	2010	Reino Unido	Aidan Goggins y Glen Matten	Goggins y Matten (2017)

² Es el seudónimo de Paul Khanna.

- Dietas peligrosas basadas en nutrientes/alimentos:
 - ✓ Dietas peligrosas basadas en macronutrientes:
 - Dietas peligrosas basadas en carbohidratos:
 - ❖ Dietas peligrosas basadas en un alto consumo de carbohidratos. Por ejemplo, la dieta Pritikin (Pritikin y McGrady, 1979) indicó una pérdida de peso de hasta un máximo de 1,8 kg/semana, estableciendo un consumo de <10, 10-15 y 75-80% de grasas, proteínas y carbohidratos complejos, respectivamente, junto con <25 mg/día (dieta de regresión) o <100 mg/día (dieta de mantenimiento) de colesterol. El estudio de este tratamiento por Li y Heber (2020) reflejó que, en pacientes con hipertensión, insuficiencia cardíaca y diabetes, se debe ajustar primero y ante todo sus medicamentos en las dos primeras semanas de la dieta debido a un aumento en la producción de orina y cambios en los líquidos. La **Tabla 10** muestra las tres dietas de este grupo.

Tabla 10. Dietas peligrosas basadas en un alto consumo de carbohidratos

Nombre de la dieta	Decada/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Pritikin	1970	EE.UU.	Nathan Pritikin	Pritikin y McGrady (1977)
F-plan	1980	Reino Unido	Audrey Eyton	Eyton (1982)
Dr. Haas	2000	EE.UU.	Elson M. Haas	Haas y Stauth (2001)

- ❖ Dietas peligrosas basadas en un bajo consumo de carbohidratos (Tabla 11). Oh et al. (2020) indicaron que los valores de <10% (o 20-50 g/día), <26% (o 130 g/día), 26-44% y ≥45% de este macronutriente se utilizan para definir dietas muy bajas, bajas, moderadas y altas en carbohidratos, respectivamente. Soenen et al. (2012) observaron que una dieta baja en carbohidratos no tenía efecto en la disminución del peso corporal y la masa grasa. Sin embargo, este efecto puede revertirse cuando se combina con un tratamiento alto en proteínas, ayudando a establecer la pérdida y el mantenimiento del peso corporal (De Pergola et al., 2020; Soenen et al., 2012). Una dieta baja en carbohidratos tiene efectos secundarios comunes a corto plazo, como estreñimiento, fatiga, halitosis, dolor de cabeza, sed, poliuria, erupciones cutáneas y dolor en el pecho, entre otros (Freedman et al., 2001), mientras que las desventajas a largo plazo incluyen niveles altos de colesterol, aceleración de la progresión de enfermedades renales preexistentes y aumento de la excreción urinaria de calcio (Nordmann et al., 2006). Un ejemplo es la dieta Atkins, que es, al mismo tiempo, una dieta baja en carbohidratos y alta en grasas (Atkins, 2002).

Tabla 11. Dietas peligrosas basadas en un bajo consumo de carbohidratos

Nombre de la dieta	Decada/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Banting	1860	Reino Unido	William Banting	Banting (1863)
Del bebedor	1960	EE.UU.	Gardner Jameson y Elliott Williams ³	Jameson y Williams (1964)
Lutz	1970	Austria	Wolfgang J. Lutz	Lutz (1975)
Scarsdale	1970	EE.UU.	Herman Tarnower y Samm Sinclair Baker	Tarnower y Baker (1978)
Adicto a los carbohidratos	1990	EE.UU.	Rachael Heller and Richard Heller	Heller y Heller (1991)
South Beach	1990	EE.UU.	Arthur Agatston	Agatston (2003)
La Zona	1990	EE.UU.	Barry Sears	Sears (1995)
Rosedale	2000	EE.UU.	Ron Rosedale	Rosedale (2004)
Weight Loss 4 Idiots	2000	EE.UU.	Desconocido	Grace (2013)
Kimkins	2000	EE.UU.	Kim Drake ⁴	Pruett (2007)

- Dietas peligrosas basadas en proteínas:
 - ❖ Dietas peligrosas basadas en alto consumo de proteínas (Tabla 12). Un ejemplo es la Dieta Dukan. Este tratamiento se considera fraudulento y peligroso (Basulto et al., 2011). Además, fue probado por la Universidad de Granada en ratas de laboratorio (según la

³ Son los seudónimos de Robert y Todd Cameron, respectivamente.

⁴ Es el seudónimo de Heidi Kimberly Díaz.

primera fase de las cuatro que comprende la dieta Dukan), las cuales desarrollaron problemas renales graves, incluida la formación de cálculos renales, una disminución de hasta el 88% en el citrato urinario y un pH marcadamente más ácido en la orina (Aparicio et al., 2013). En 2014, un informe de caso (Freeman et al., 2014) reflejó que una mujer iraní de 42 años, tras dos días de comenzar la dieta Dukan, fue ingresada con náuseas, vómitos y cetoacidosis secundaria, y Wyka et al. (2015) observaron a 51 mujeres que siguieron esta dieta y perdieron 15 kg de peso durante el tratamiento de 8 a 10 semanas (lo que significa perder hasta 1,87 kg/semana), pero podría ser un riesgo para la salud causando osteoporosis y enfermedad renal, hepática y cardiovascular.

Tabla 12. Dietas peligrosas basadas en alto consumo de proteínas

Nombre de la dieta	Decada/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Stillman	1960	EE.UU .	Irwin Maxwell Stillman	Stillman (1968)
Paleolítica	1970	EE.UU .	Walter L. Voegtlin	Voegtlin (1975)
Proteínas líquidas	1970	EE.UU .	Roger Linn	Linn (1977)
<i>Slim-Fast Optima</i>	1970	EE.UU .	Daniel Abraham	Ditschuneit et al. (1999)
Programa de Pérdida de Peso de Los Ángeles	1980	EE.UU .	Vahan Karian	Wu (2006)
Cronodieta	1990	Italia	Mauro Todisco	Todisco (1991)
Poder proteico	1990	EE.UU .	Michael y Mary Dan Eades	Eades y Eades (1996)
Dukan	1990	Franc ia	Pierre Dukan	Dukan (2000)
Perricone	1990	EE.UU .	Nicholas Perricone	Perricone (2000)
3-D	2000	Franc ia	Jean-Claude Houdrett	Lagerfeld y Houdret (2002)
CSIRO Total Wellness	2000	Austr alia	Manny Noakes	Noakes y Clifton (2005)
Creador	2000	EE.UU .	Jordan Rubin	Rubin (2005)
ABS	2000	EE.UU .	David Zinczenko y Ted Spiker	Zinczenko y Spiker (2005)
DiOGenes	2000	Euro pa	European research group	Moore et al. (2010)
Barriga Cero	2010	EE.UU .	David Zinczenko	Zinczenko (2014)

- ❖ Dietas peligrosas basadas en bajo consumo de proteínas (Tabla 13). Las características distintivas de la dieta de Beverly Hills son la restricción de proteínas y el consumo de grandes cantidades de frutas. Esta dieta fue establecida por la actriz Judy Mazel (Mazel, 1981) y prometía reducir 1,16 kg/semana.

Además, tiene errores conceptuales en fisiología y ciencia alimentaria, como cuando indica que "la absorción de algunos alimentos solo ocurre si va acompañada de otros ricos en enzimas y ácido clorhídrico, que contienen algunas frutas tropicales". De hecho, la Asociación Médica Americana (Mirkin y Shore, 1981) la declaró como la "peor opción entre las dietas rápidas". Además de causar diarrea, es deficiente en proteínas, desgasta los músculos y tejidos vitales, y carece de minerales y vitaminas.

Tabla 13. Dietas peligrosas basadas en bajo consumo de proteínas

Nombre de la dieta	Decada/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Macrobiótica	1850	Alemania	Christoph Hufeland	Hufeland (1854)
Alcalina	1920	EE.UU.	William Howard Hay	Hay (1929)
Fit for Life	1980	EE.UU.	Harvey y Marilyn Diamond	Davidson (2007)

- Dietas peligrosas basadas en grasas:
 - ❖ Dietas peligrosas basadas en alto consumo de grasas (Tabla 14). Contiene un 55-65% de grasa y asocia menos de 100 g de carbohidratos, siendo similar a una dieta peligrosa baja en carbohidratos, como se explicó en la sección anterior.

Tabla 14. Dietas peligrosas basadas en alto consumo de grasas

Nombre de la dieta	Decada/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Calorías no cuentan	1950	EE.UU.	Herman Taller	Taller (1960)
Atkins	1970	EE.UU.	Robert C. Atkins	Atkins (1972)
Crema de cacahuete	2000	EE.UU.	Holly McCord	McCord (2001)
Noakes	2010	Sudáfrica	Timothy D. Noakes	Noakes (2013)

- ❖ Dietas peligrosas basadas en bajo consumo de grasas (Tabla 15). Se divide en dos grupos: i) muy baja en grasas ($\leq 10\%$) y ii) baja en grasas (11-19%). En 2004, el grupo de Astrup (Astrup et al., 2004) realizó un estudio original, estableciendo un supermercado en su universidad, donde las personas podían obtener alimentos de forma gratuita, y después de una larga selección de candidatos, estableció dos grupos, donde uno consumiría alimentos ricos en carbohidratos y el otro, una dieta baja en grasas y rica en proteínas. Los resultados finales mostraron que aquellos que seguían la segunda dieta lograron perder hasta 5 kg más que el otro grupo, ya que consumían menos calorías y porque se reflejaba, por primera vez, que las proteínas tienen un efecto saciante. De hecho, estas dietas logran la pérdida de peso durante los primeros días debido al uso de glucógeno y

agua corporal. Sin embargo, se ha observado que pueden aumentar el colesterol plasmático y aumentar el ácido úrico (que causa la gota), y los pacientes que han interrumpido esta dieta han aumentado rápidamente su peso debido a la reposición de glucógeno y agua.

Tabla 15. Dietas peligrosas basadas en bajo consumo de grasas

Nombre de la dieta	Decada/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Nutrisystem	1970	EE.UU.	Nutrisystem	Gudzune et al. (2015)
Montignac	1980	Francia	Michel Montignac	Montignac (1987)
Grupos sanguíneos	1980	EE.UU.	Peter J. D'Adamo	D'Adamo (1989)
Hawái	1990	EE.UU.	Terry Shintani	Shintani (1999)
Ornish	1990	EE.UU.	Dean M. Ornish	Ornish (1993)
Calorías negativas	1990	EE.UU.	Desconocido	Rezaei pour y Nychyporuk (2014)
Dieta 20/30	1990	EE.UU.	Gabe Mirkin	Fox y Mirkin (1999)
Plan de pérdida de peso de Suzanne Somers	2000	EE.UU.	Suzanne Somers	Somers (2001a)
Eating for Life	2000	EE.UU.	Bill Phillips	Phillips (2003)
Según el tipo de personalidad	2000	EE.UU.	Robert Kushner y Nancy Kushner	Kushner y Kushner (2003)

- ✓ Dietas peligrosas basadas en micronutrientes. Aunque la posibilidad de que el arsénico, como micronutriente

por debajo de los niveles normales de exposición, sea controvertida (Willcox, 2013), se ha propuesto la única dieta peligrosa identificada en esta categoría, conocida como "Dieta del Arsénico". Se estableció a fines del siglo XIX mediante el consumo de píldoras que contenían arsénico, anunciado por su efecto de acelerar el metabolismo. Aunque su concentración era pequeña, aún era peligrosa, especialmente para aquellos que, desesperados por perder peso, tomaban más píldoras de lo normal (Foxcroft, 2012).

- ✓ Dietas peligrosas no basadas en nutrientes/alimentos:
 - Dietas peligrosas basadas en compuestos bioactivos. Siendo estos compuestos los constituyentes inherentes no nutritivos de las plantas alimenticias que tienen una promoción beneficiosa sobre la salud y/o efectos tóxicos cuando se ingieren (Gry et al., 2007).

La **Tabla 16** muestra las dietas en relación a estas dietas. Konstantinidi y Koutelidakis (2019) llevaron a cabo una revisión sobre el uso de compuestos bioactivos, como catequinas, ácido gálico, antocianinas, quercetina y oleuropeína, entre otros, en el manejo del peso y concluyeron que la evidencia es controvertida. En la actualidad, la publicidad es engañosa en relación con la aplicabilidad de compuestos bioactivos individuales o colectivos para la pérdida de peso, y es necesario obtener más estudios clínicos y epidemiológicos para evaluar este efecto en el cuerpo humano.

Tabla 16. Dietas peligrosas basadas en basadas en compuestos bioactivos

Nombre de la dieta	Década/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Shen Nong	2695 a.C.	China	Shen Nong	Chen (2002)
Asclepiades	120-40 a.C.	Grecia	Asclepiades	Santacroce et al. (2017)
Avicena	980-1037	Uzbekistan	Abu Ali Ibn Sina	Nozad et al. (2016)
4 Tantras	1653-1705	China	Desi Sangye Gyatso	Chui (2019)
Vinagre	1788-1824	Reino Unido	Lord Byron	Grosskurth (1997)
Vinagre de sidra DeForest	1950	EE.UU.	Clinton Javis	DeForest (1958)
Herbalife®	1970	EE.UU.	Mark R. Hughes	Barbano Cerón y Góngora Lemos (2022)
Dr. Phil	2000	EE.UU.	Phil McGraw	McGraw (2003)
Shangri-La	2000	China	Seth Roberts	Roberts (2006)

- o Dietas peligrosas basadas en compuestos no bioactivos. Los pacientes consumen compuestos no nutritivos que están presentes en algunos alimentos o bebidas, como el alcohol (etanol). Esta sustancia no es nutritiva, pero proporciona calorías. Un ejemplo de esta dieta es la llamada "Dieta del recuento de puntos" escrita por Erna Carise (1968a) indicando que con el consumo de alimentos altamente calóricos y mucho alcohol es posible perder peso.

En la **Tabla 17** se muestran las dietas efectivas, siendo 34 de las 179 estudiadas clasificadas en esta categoría, y correspondería

al criterio de pérdida de peso de entre 0,5 a 1 kg/semana (Zarzo et al., 2021).

Tabla 17. Dietas efectivas

Nombre de la dieta	Decada/ periodo de aparición	Lugar de aparición	Autor(es)	Referencia
Licurgo	900 a.C.	Grecia	Licurgo	Forth (2012)
Hipócrates	460-370 a.C.	Grecia	Hipócrates	Christopoulou-Aletra y Papavramidou (2004)
Aristóteles	384-322 a.C.	Grecia	Aristóteles	Bartos (2020)
Papiro Insinger	I siglo	Egipto	Desconocido	Wegner (1999)
Galeno	129-200	Grecia	Galeno	Lytton y Resuhr (1978)
Juan Crisóstomo	300	Turquía	Juan Crisóstomo	Leyerle (2009)
Alejandro de Tralles	525-605	Turquía	Alejandro de Tralles	Tralliano (1556)
Al-Razi	865-925	Irán	Al-Razi	Nikaein et al. (2012)
The Castle of Health	1490-1546	Reino Unido	Thomas Elyot	Robertson (1929)
Boorde	1490-1549	Reino Unido	Andrew Boorde	Thornton et al. (1948)
Paracelso	1493-1541	Suiza	Theophrastus Paracelsus	Greydanus y Merrick (2019)
Vaughan	1575-1641	Reino Unido	William Vaughan	Charlton (2005)
Venner	1577-1660	Reino Unido	Tobias Venner	Pearl (1932)
Sydenham	1624-1689	Reino Unido	Thomas Sydenham	Sloan (1987)
Baynard	1641-1719	Reino Unido	Edward Baynard	Jenner (2020)
Buchan	1729-1805	Escocia	William Buchan	Shaw (1995)
Dra. Lulu Peters	1910	EE.UU.	Lulu Hunt Peters	Peters (1918)
Mediterranea	1950	Grecia/ EE.UU.	Ancel Keys	Keys y Keys (1959)

Resultados y discusión

Nuevo vegetarianismo	1960	Reino Unido	Varios autores	Yeh (2013)
Weight Watchers	1960	Reino Unido	Jean Nideth	Barnett (2018)
Okinawa	1970	Japón	Makoto Suzuki, Craig Willcox y Bradley Willcox	Miyagi et al. (2003)
Jenny Craig	1980	EE.UU.	Jenny Craig y Sidney Craig	Witherspoon y Rosenzweig (2004)
BFMNU	1990	Italia	Pietro Marco Boselli	Boselli (2020)
The Optimum Health Plan	1990	EE.UU.	Andrew Weil	Weil (1997)
Alimentos congelados	1990	EE.UU.	Shari Mermelsten y Carol Wapner	Mermelsten y Wapner (1998)
DietWatch	1990	EE.UU.	Jennifer May y Roger Gould	Neighbors-Dembereckyi y Painter (2002)
DASH	1990	EE.UU.	U.S. National Institutes of Health	Soltani et al. (2016)
3 horas	1990	EE.UU.	Jorge Cruise	Cruise (2005)
Dr. Shapiro	2000	EE.UU.	Howard M. Shapiro	Shapiro (2001)
Fit Forever	2000	EE.UU.	Denise Austin	Austin (2003)
Hamptons	2000	EE.UU.	Fred Pescatore	Pescatore (2004)
Nueva dieta nórdica	2000	Dinamarca	Nordic chefs	Bügel et al. (2016)
Garaulet	2000	España	Marta Garaulet	Garaulet (2004)
Sonoma	2000	EE.UU.	Connie Guttersen	Guttersen (2005)

IV.2.4. Geolocalización de las dietas de adelgazamiento

La **Figura 10** permite visualizar la distribución mundial de las 179 dietas extraídas para la presente tesis doctoral.

La mayor concentración de tratamientos dietéticos se observa en los EE.UU. (39,1%), un país marcado paradójicamente por un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad en su población, ubicándose entre los más altos a nivel mundial.

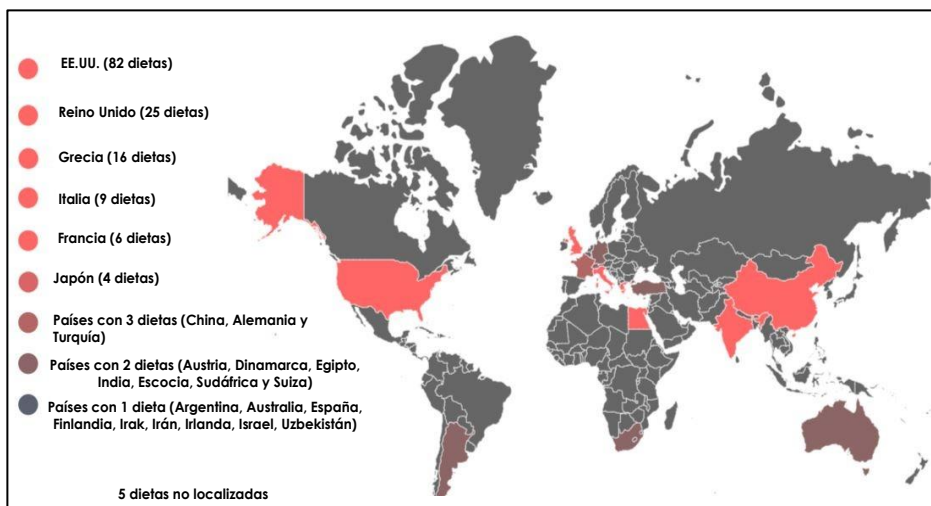


Figura 10. Geolocalización de los tratamientos para pérdida de peso

A continuación, le sigue el Reino Unido con una contribución de 25 de las 179 dietas examinadas, representando el 13,9% del conjunto total. Incluso civilizaciones tan antiguas como los griegos practicaban métodos destinados a lograr la pérdida de peso deseada. De las 179 pautas dietéticas estudiadas, 16 pertenecen a esta nación histórica, equivalente al 9,5% del recuento general. Italia, también presenta una colección de dietas y enfoques para perder peso, contabilizando diez de la suma total, lo que corresponde al 5,6%. Siguiendo de cerca, Francia introduce seis tratamientos bajo escrutinio, constituyendo el 3,3% del espectro integral de dietas e intervenciones evaluadas. Al cambiar el enfoque desde Europa central y meridional hacia Asia, varias naciones, como Alemania, Austria, Turquía, China y Japón, contribuyen con tres tratamientos para perder peso cada una, representando el 1,7% del rango completo de dietas e intervenciones evaluadas. En casos donde se distinguen dos tratamientos dentro de países individuales, que representan un modesto 1,1% del total evaluado, Egipto, India, Suiza, Escocia, Sudáfrica y Dinamarca surgen como ejemplos. Además, naciones específicas como Irán, Uzbekistán, Iraq, Irlanda, Finlandia,

Argentina, Israel, España y Australia exhiben cada una un tratamiento identificado, lo que significa una representación del 0,5% para cada una en relación con el total general. Es digno de destacar que los orígenes precisos de cinco de los 179 tratamientos evaluados siguen siendo elusivos, ya que han salido a la luz a través de anécdotas de la población, internet o redes sociales. Esta categoría, denominada "NC" (No Categorizado), representa el 2,8% del recuento integral de dietas e intervenciones evaluadas.

IV.2.5. Creadores de las dietas de adelgazamiento

Resulta interesante conocer el nivel educativo de los creadores de las dietas. Con el fin de evaluar y categorizar las calificaciones de aquellos detrás de los tratamientos para perder peso estudiados y su correlación con las respectivas dietas, se presenta un sistema de cuatro categorías:

- Creadores sin formación universitaria. Estos son autores que carecen de cualquier tipo de formación académica universitaria o conocimientos oficiales en nutrición y salud.
- Creadores con formación universitaria. Esta categoría se divide en las siguientes subcategorías:
 - *Creadores con formación universitaria, pero sin formación en salud*. Se refiere a autores de tratamientos para perder peso que poseen formación universitaria pero no tienen ninguna afiliación con el ámbito de la salud.
 - *Creadores con formación universitaria y formación en salud*. Dentro de este subgrupo, se hace una distinción entre:
 - Profesionales de la salud con formación en nutrición. Estos son autores que han recibido formación académica universitaria en el campo de la nutrición.
 - Profesionales de la salud sin formación en nutrición. Esto incluye a los autores de

tratamientos para perder peso que han obtenido educación universitaria en ciencias de la salud, pero que no abarca el ámbito de la nutrición.

- Tratamientos para perder peso no categorizados (NC). Esta categoría abarca tratamientos cuyos creadores, originadores y/o profesiones, son desconocidos. Estos tratamientos han circulado históricamente a través del 'boca a boca' entre los usuarios o han proliferado recientemente en Internet, a menudo atribuyéndose de manera incorrecta a instituciones médicas reconocidas como la Clínica Mayo, la Clínica Cleveland y la Clínica Sacred Heart. Estas instituciones se desvinculan explícitamente de estos tratamientos potencialmente peligrosos y engañosos debido a su naturaleza altamente restrictiva en términos de energía, macronutrientes y micronutrientes. Además, hay una tendencia creciente de que dichos tratamientos se propaguen a través de plataformas de redes sociales, a menudo vinculados falsamente a figuras influyentes actuales, presentándolos como la última solución milagrosa para la pérdida de peso.

De las 179 dietas examinadas, se observa la siguiente distribución de profesiones entre sus creadores:

- Creadores sin formación universitaria (18 creadores). Este grupo constituye el 9,0% del total.
- Creadores con formación en nutrición (15 creadores). Esto representa el 7,8% del total.
- Creadores con formación en salud, pero sin formación en nutrición (91 creadores). Este dato representa el 50,8% del total de profesiones evaluadas.
- Creadores con formación universitaria, pero sin formación en salud (49 creadores). Este grupo comprende el 22,3%.

- Profesiones no categorizadas (18 casos): Esto corresponde al 10,1% del total, ya que las profesiones de los creadores no pudieron categorizarse.

Cuando la formación de los creadores se correlaciona con el tipo de enfoque para perder peso que proponen, se observan los siguientes resultados:

- Creadores sin formación universitaria. Entre los 18 creadores en esta categoría:
 - 3 proponen dietas efectivas (16,7%).
 - 3 defienden dietas peligrosas centradas en un alto consumo de energía/comida (16,7%).
 - 6 proponen dietas peligrosas de bajo consumo de energía/comida (33,33%).
 - 1 sugiere una arriesgada dieta de bajo consumo de grasas saludables (5,55%).
 - 1 defiende una peligrosa dieta de bajo consumo de proteínas (5,55%).
 - 1 introduce una peligrosa dieta de bajo consumo de grasas (5,55%).
 - 1 propone una dieta basada en compuestos bioactivos (5,55%).
 - 1 promueve una peligrosa dieta de compuestos no bioactivos (5,55%).
 - 1 introduce un tratamiento no alimentario (5,55%).
- Creadores con formación universitaria, pero sin formación en salud:
 - 7 diseñan dietas efectivas (17,5%).
 - 1 sugiere una peligrosa dieta de alto consumo de energía/comida (2,5%).
 - 10 proponen peligrosas dietas de bajo consumo de energía/comida (25%).
 - 2 defienden peligrosas dietas de alto consumo de carbohidratos (5%).
 - 1 introduce una peligrosa dieta de bajo consumo de carbohidratos (2,5%).

- 5 proponen peligrosas dietas de alto consumo de proteínas (12,5%).
- 1 sugiere una peligrosa dieta de bajo consumo de proteínas (2,5%).
- 3 defienden peligrosas dietas de bajo consumo de grasas (7,5%).
- 1 propone una dieta peligrosa basada en compuestos bioactivos (2,5%).
- 9 introducen tratamientos no alimentarios (22,5%).

Entre los 91 profesionales con formación universitaria relacionada con la salud, pero sin experiencia en nutrición, sus dietas propuestas se categorizan de la siguiente manera:

- Dieta efectiva (19 autores). Esto constituye el 20,6%.
- Dieta peligrosa de alto consumo de energía/comida (3 autores). Representa el 3,2%.
- Dieta peligrosa de bajo consumo de energía/comida (32 autores). Equivale al 34,8%.
- Dieta peligrosa de alto consumo de carbohidratos (1 autor). Comprende el 1,1%.
- Dieta peligrosa de bajo consumo de carbohidratos (8 autores). Equivale al 8,7%.
- Dieta peligrosa de alto consumo de proteínas (8 autores). También representa el 8,7%.
- Dieta peligrosa de bajo consumo de proteínas (2 autores). Corresponde al 2,17%.
- Dieta peligrosa de alto consumo de grasas (3 autores). Representa el 3,2%.
- Dieta peligrosa de bajo consumo de grasas (4 autores). Compone el 4,3%.
- Dieta peligrosa de compuestos bioactivos (6 autores). Esto representa el 6,5%.
- Dieta peligrosa no basada en nutrientes/alimentos (6 autores). Igualmente, representan el 6,5%.

Para los profesionales que poseen tanto formación universitaria relacionada con la salud como formación en

nutrición, entre los 13 individuos estudiados, la categorización es la siguiente:

- Dietas efectivas (4 autores). Resulta en el 30,7%.
- Dietas peligrosas de bajo bonsumo de energía/alimentos (4 autores). También comprenden el 30,7%.
- Dietas peligrosas de bajo consumo de proteínas (2 autores). Representan el 15,4%.
- Dietas peligrosas de alto consumo de grasas (1 autor). Corresponde al 7,7%.
- Dietas peligrosas de bajo consumo de grasas (1 autor). Equivale al 7,7%.
- Dieta peligrosa no basada en nutrientes/alimentos (1 autor): Igualmente, comprende el 7,7%.

Finalmente, en la sección “formación desconocida del autor” (NC), donde se categorizan 19 tratamientos de autores anónimos, la distribución por tipo de dieta es la siguiente:

- Dieta efectiva (1 autor). Resulta en el 5,5%.
- Dieta peligrosa de alto consumo de energía/alimento (1 autor). También comprende el 5,5%.
- Dieta peligrosa de bajo consumo de energía/alimento (10 autores). Representa el 55,5%.
- Dieta peligrosa de bajo consumo de carbohidratos (2 autores). Compone el 11,1%.
- Dieta peligrosa de bajo consumo de carbohidratos (2 autores): Igualmente, representa el 5,2%.
- Dieta Peligrosa de bajo consumo de grasas (1 autor): Equivale al 5,5%.
- Dieta peligrosa no basada en nutrientes/alimentos (3 autores). Corresponde al 16,6%.
- Dieta peligrosa basada en micronutrientes (1 autor): También representa el 5,5% del total de los 179 tratamientos evaluados.

En cuanto a las profesiones de los creadores categorizados sin formación universitaria, surge una colección de opciones poco

convencionales y no relacionadas, que incluye a un luchador griego, una aspirante a actriz, el regente del Quinto Dalai Lama y fundador de la Escuela de Medicina y Astrología en Chockpori, un ideólogo de la salud, un carpintero especializado en tallado de madera, un profeta, un culturista, un cantante y una actriz.

En cuanto a los autores con formación universitaria, pero sin afiliación con las Ciencias de la Salud, una figura particularmente distintiva es el Reverendo y ministro de la Iglesia de la Ciencia Divina, Elmet Fox (originalmente formado como ingeniero eléctrico). Él concibió la "Dieta Mental de 7 días" (Fox, 1935), un concepto innovador destinado a guiar a las personas para regular los pensamientos positivos mientras descartan los negativos, con la intención de fomentar el bienestar y la pérdida de peso a través del mero pensamiento. Previsiblemente, este tratamiento no tiene un impacto real en la pérdida de peso, ya que demanda un esfuerzo que trasciende el ámbito puramente mental. Dentro de esta categoría, se pueden encontrar numerosos periodistas y editores de revistas especializados en contenido de salud y ejercicio, escritores, hombres de negocios y otros.

Pertenecientes a la categoría de creadores de tratamientos para perder peso con estudios universitarios en salud, pero sin conocimientos en nutrición, la mayoría consiste en médicos sin reconocimiento especializado o con especializaciones alejadas de la nutrición, como dermatólogos, cirujanos, especialistas en traumatología y ortopedia, entre otros.

Además, la categoría incluye a psicólogos, osteópatas, naturópatas y quiroprácticos, profesiones reconocidas en algunos países dentro del ámbito de la salud, especialmente en los Estados Unidos, donde proviene una parte significativa de los tratamientos evaluados en nuestro estudio.

IV.3. DIETA DEL POMELO

Durante las primeras décadas del siglo XXI, surgió en los Estados Unidos un tratamiento conocido como la “dieta del pomelo”, también conocida como la “dieta de 18 días”, “dieta de reducción de dieciocho días” o “dieta de Hollywood”. Desde sus inicios, han rodeado su historia cuatro misterios, incluyendo i) ¿cuándo surgió? ii) ¿quién inventó la dieta? iii) ¿cuál es su valor energético? y iv) ¿qué tan efectiva es la dieta?

IV.3.1. ¿Cuándo surgió? y ¿quién inventó la dieta?

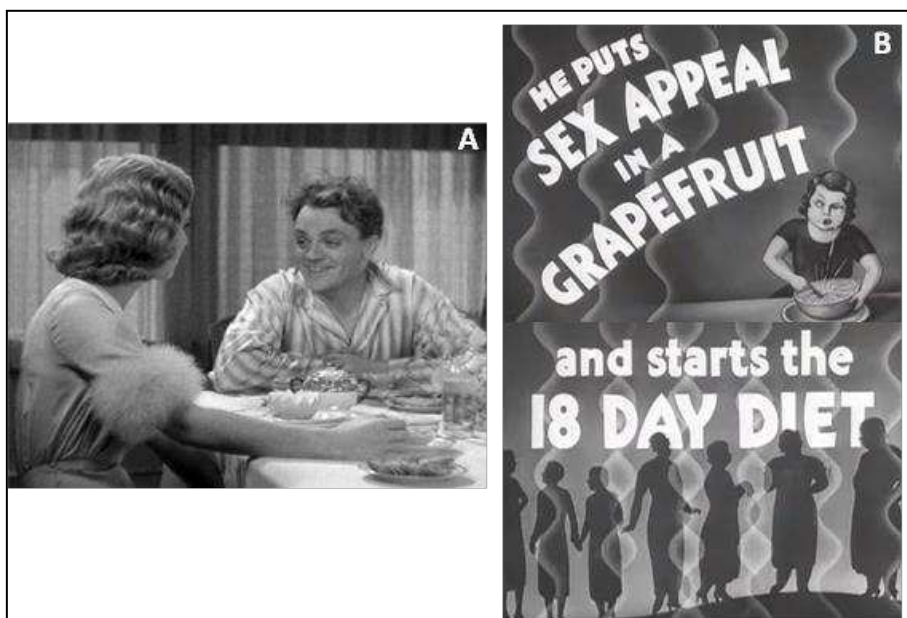
La aparición de esta dieta es confusa, ya que algunos autores la sitúan en la década de 1920 (Khawandannah y Tewfik, 2016), 1930 (David, 2024), 1950 (McCoy y Bass, 2009) o 1980 (Taylor y Anthony, 1983). La búsqueda de respuestas para estas preguntas debe abordarse utilizando la cronología inversa, que tiene la función de revelar la trama en orden inverso, es decir, desde el evento final hasta el inicial.

La década de 1980, como punto de partida, se descarta debido a que la dieta, en su versión original, fue renombrada como “dieta de 10 días, 10 libras menos”, centrándose hipotéticamente en el valor del pomelo para quemar grasa (Taylor y Anthony, 1983).

La conexión de Cagney se refiere al actor estadounidense James Francis Cagney, Jr., quien protagonizó dos películas en las que se utilizaba esta fruta (**Figura 11A**). En primer lugar, en 'The Public Enemy' (1931), lanzó un pomelo a la cara de Mae Clarke, simulando una broma práctica a expensas del equipo de filmación, solo para ver sus reacciones atónitas (Cagney, 1976). Sin embargo, el director William A. Wellman decidió finalmente mantener la toma

y usarla en la versión final de la película. Por otro lado, en la segunda película titulada *Hard to Handle* (1933), interpretó a un estafador que promovía una nueva sensación llamada "La Dieta del Pomelo", reflejando como una dieta de 18 días permitía adelgazar (Warner Bros, 2012) y donde aumentaba los precios del pomelo (**Figura 11B**).

Figura 11. Fotogramas de dos películas del actor James Francis Cagney, Jr. *The Public Enemy* (1931); donde el famoso pomelo utilizado en la escena de la película aparece en primer plano (James Cagney arroja un pomelo



en la cara de Mae Clarke, por astique333, <https://www.youtube.com/watch?v=k4R5wZs8cxl>) (A) y fragmento del tráiler cinematográfico *Hard to Handle* (1933), reflejando que la idea central de la película era la dieta de 18 días (Tráiler cinematográfico original de *Hard to Handle* por Warner Archive, <https://www.youtube.com/watch?v=TuQuoONEwFs>) (B).

Probablemente, la presencia de esta fruta en la primera película es anecdótica y se consideraba su consumo de manera habitual de los hoteles de aquella época. Sin embargo, en la segunda película, el pomelo se convierte en el hilo temático

principal, sugiriendo un tema relevante en una sociedad que busca estrategias para perder peso. En esta película, la dieta no es ficticia, sino que está establecida entre los pacientes que la asocian con actores y actrices de Hollywood. Esto justifica que la dieta existe antes de 1933, y se debe retroceder a la década anterior para encontrar información relacionada con ella.

Las otras tres conexiones nos llevan al final de la década de 1920. Jan Whitaker (Whitaker, 2002, p. 45) indicó que "en 1929, la sala de té LaSalle & Koch en Toledo ofrecía la dieta de dieciocho días de la Clínica Mayo, que incluía pomelo, tomates, huevos y lechuga, famosa gracias a Ethel Barrymore", siendo ella (**Figura 12A**) una famosa actriz y tía abuela de Drew Barrymore (**Figura 12B**).

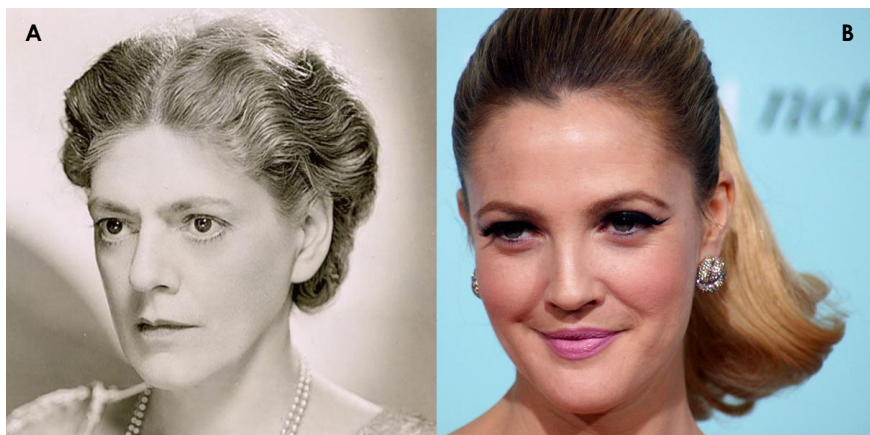


Figura 12. Ethel Barrymore (A) y Drew Barrymore (B).

Whitaker (2002, p. 45) define tres claves:

- En primer lugar, la sala de té LaSalle & Koch en Toledo ofrecía menús para pérdida de peso a sus clientes porque los dietistas trabajaban en este establecimiento como parte de su entrenamiento para estudiantes de la Universidad de Toledo, como el caso de Mabel Little, que era dietista y directora de esta sala de té (Kopytek, 2013). Sin embargo,

no se ha encontrado ninguna referencia sobre el origen de la dieta del pomelo en la sala de té LaSalle & Koch de Toledo. Probablemente el establecimiento la ofrecía porque era famoso en ese momento. Esto se corrobora con el hecho de que el Hotel Paso del Norte en Paso, Texas, ofrecía la misma dieta en su publicidad (**Figura 13A**) en 1929 (Hotel Paso del Norte, 1929).

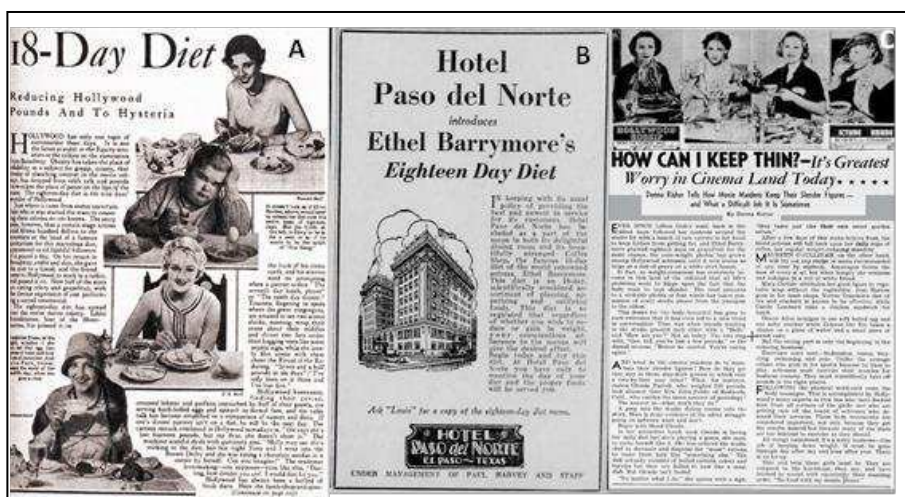


Figura 13. Recortes de revistas sobre la dieta del pomelo; noticia en la revista Motion Picture Magazine en 1929 (Dieta de 18 días; https://commons.wikimedia.org/wiki/File:18-Day_Diet.png) (A), publicidad de este menú en el Hotel Paso del Norte en Paso, Texas en 1929 (1929 - Dieta de dieciocho días de Ethel Barrymore por dglsbgbsn, <https://www.newspapers.com/clip/14433824/1929-ethel-barrymores-eighteen-day>) (B) y noticia en Today San Pedro News Pilot en 1936 (Center for Bibliographical Studies and Research, <https://cdnc.ucr.edu/?a=d&d=SPNP19360125.2.181&e=-----en--20--1--txt-txIn-----1>) (C).

- La segunda clave es Ethel Barrymore. De hecho, ella asistía asiduamente a esta sala de té (Floyd, 2005, p. 79) y el consumo de pomelo no le sorprendería a Barrymore, ya que lo había probado en la casa de Elsie de Wolfe (también

conocida como Lady Mendl, después de su matrimonio en 1926, una actriz estadounidense que se convirtió en una destacada diseñadora de interiores y autora), quien inventó el cóctel *Pink Lady*: una inusual mezcla de zumo de pomelo rosa, ginebra y *Cointreau* (Fehrman y Fehrman, 2009, p. 14). Además, Donna Risher indicó que Ethel Barrymore masticó pomelo durante dieciocho días para evitar engordar (**Figura 13B**) (Risher, 1936).

- Alternativamente, un rumor atribuye la dieta a la actriz Ethel Barrymore, quien supuestamente pagó \$500 a William James Mayo y a su hermano para crear una dieta especial para ella (Addison, 2003, p. 39). Esto se vincula directamente con la tercera clave, donde West-Rosenthal (West-Rosenthal, 2016) indicó que, en 1925, los Hermanos Mayo (como los conocemos hoy en la Clínica Mayo) recetaron la “Dieta Reductora de Dieciocho Días” a Barrymore. Sin embargo, esto no es cierto, ya que la conocida Clínica Mayo en Rochester negó firmemente cualquier asociación con esta dieta (Willis, 1982). Dicho esto, está bastante claro que la dieta del pomelo no fue creada ni por la sala de té LaSalle & Koch de Toledo, ni por la Clínica Mayo, y mucho menos por Barrymore, quien no tenía formación en temas de salud. Tal vez, si consumía esta dieta, y por ser ella famosa la hizo conocer.

Al menos una pista más, como la quinta conexión, surgió en una foto (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925) recuperada por Science History Images y Alamy Stock Photo, fechada en 1925, que muestra a Lalla Lynn (**Figura 14**), hija del Sr. Richard Henry Lynn (Ikenberry y Eikenberry, 1956), indicando que

ella fue una de un grupo que adoptó la dieta de 18 días de un menú, extrañamente, hecho famoso por Ethel Barrymore.



Figura 14. Foto de Lalla Lynn seguidora de la dieta del pomelo (<https://www.alamy.es/foto-dia-18-reducir-la-dieta-1925-134945216.html>)

El año previo, en la cronología inversa, se sitúa en 1922, donde la dieta fue recomendada para pacientes con fiebre, inválidos y convalecientes (Anónimo, 1922a) o indicada como publicidad para la pérdida de peso (Anónimo. Annual Reports of the General Manager and Treasurer, 1922b, p. 26). Sorprendentemente, pocas personas saben que ya en 1911 se reflejó una dieta con un nombre similar (dieta de Hollywood), pero con diecisiete días de tratamiento y alimentos diferentes, siendo estudiada en animales de laboratorio para reducir el peso (Marlatt, 1911) con el zumo de pomelo.

Para concluir este subapartado, las dos últimas conexiones nos remiten al libro de Smith (2017, p. 97), donde se indica, erróneamente, que esta dieta "se derivó del trabajo de Hay y, según informes, fue promovida por la industria del pomelo". Hay que

tener en cuenta que no es verdad esta afirmación ya que no podía derivarse de William H. Hay (1866-1940) puesto que su libro (Hay, 1929) fue publicado en 1929 y, como hemos visto anteriormente, la dieta del pomelo fue citada cuatro años antes. En cuanto a la industria del pomelo, es un argumento interesante, pero no el único (incluso, probablemente, podría estar relacionado con la industria cinematográfica). Esta fruta fue dada a conocer por un noble español llamado Don Philippe, cerca de Tampa (Florida, EE. UU.), en 1823 y se desarrolló mediante la selección de mutaciones naturales e hibridaciones (Rouseff et al., 2009). Pero también hay otro factor importante a tener en cuenta en esta discusión, que es la aparición de una nueva variedad de pomelo de pulpa rosada en Florida durante la década de 1920, para ayudar al crecimiento de esta industria alimentaria (Shamel, 1920; Robinson, 1921). La **Tabla 18** muestra el censo y los datos de producción de pomelo durante tres décadas (United States Census Bureau, 1940) y tomando como referencia el último año citado anteriormente, 1925, es cierto el aumento de la producción de pomelo. De hecho, el *U.S. Public Health Service*, en 1925, había advertido sobre las falacias de esta dieta de 18 días y podría haber agregado que parece ser un objetivo de la psicología de masas en beneficio de los productores de cítricos de California (State Department of Health, 1925).

Tabla 18. Censo adaptado y datos de pomelos en EE.UU. desde 1910 a 1930 (United States Census Bureau, 1940)

Año	Números de campos que lo cultivan	Números de árboles	Cantidad cosechada	
			Cantidad de cajas totales recogidas	Valor total (\$)
1910	6.172	1.350.637	1.189.250	2.060.610
1920	11.431	3.073.477	3.656.437	7.176.703
1925	21.865	1.952.828	nd	nd
1930	20.598	9.236.653	8.722.429	22.731.632

nd: no hay datos

Pero ¿por qué podría haber intervenido también la industria cinematográfica? Debe encontrarse, en 1921, en una revista de fanáticos del cine conocida como *Picturegoer*, donde se respaldaba una medida de americanización (Anónimo, 1921) reflejada como una afirmación simplificada sobre la importancia de comer pomelo (**Figura 15**) (Glancy, 2006).

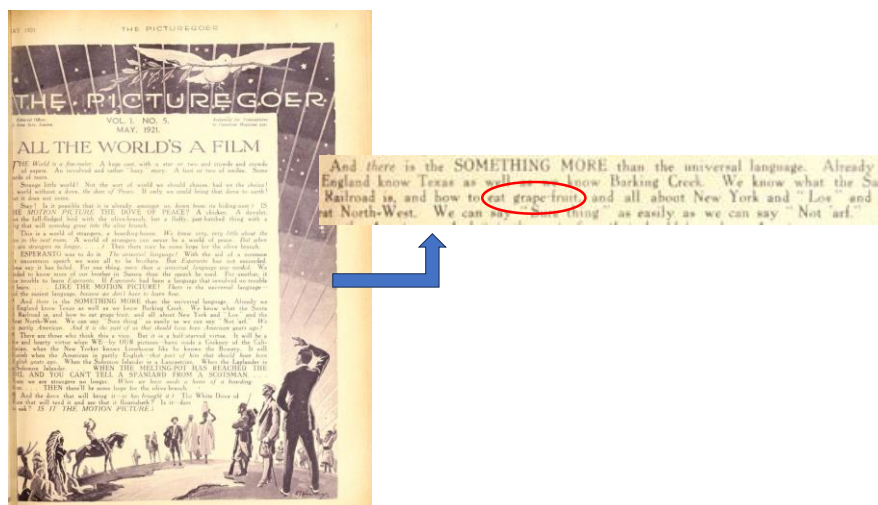


Figura 15. Detalle de la afirmación sobre el consumo de pomelo en el número de mayo de 1921 en la revista de *Picturegoer* (https://lantern.mediahist.org/catalog/picturegoer12odha_0247)

La hipótesis en esta tesis, y a raíz de los datos expuestos, es que la dieta del pomelo fue activada por la industria alimentaria y cinematográfica, y promovida intencional o inadvertidamente por Ethel Barrymore durante 1921 y 1925. Fue un tratamiento anónimo debido a que a menudo se designaban con el nombre del creador, como es el caso, por ejemplo, de las dietas del Dr. Shelton (Shelton, 1922), Banting (Banting, 1863) o Atkins (Atkins, 1998), pero fue convertida en la dieta de Hollywood porque sonaba lo suficientemente elegante para convencer al público, tal y como señala Yee (2000).

IV.3.2. ¿Cuál es su valor energético?

El problema principal es que no hay un libro o panfleto sobre la dieta original. Existe alguna indicación en el menú reflejado en el documento de Adolph Eddie Brandstatter (**Figura 13C**) (Anónimo, 1929); propietario del Café Montmartre (o Brandstatter's Café Montmartre) en Hollywood (Gilman, 2008). Además, varios autores explicaron que este tratamiento se basa en una dieta baja en calorías (500-800 calorías) (US Department of Agriculture-Agricultural Research Service, 2016), a veces solo 800 calorías/día (Food and Nutrition Board, 1943), o menos de 600 calorías/día (Perry, 2011).

Hoy en día, solo tres referencias (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925; Anónimo, 1929; Gilman, 2008) reflejan el plan de comidas típico, con diferencias significativas entre ellos. Hemos evaluado estas tres dietas utilizando el programa informático nutricional DIAL, que ayuda a obtener la composición nutricional de los alimentos, típicamente energía, macronutrientes, minerales y vitaminas, de la *National Nutrient Database for*

Standard Reference (USDA) (US Department of Agriculture-Agricultural Research Service, 2016). Estos valores nutricionales estimados se compararon con las primeras Recomendaciones Dietéticas Permitidas (*Recommended Dietary Allowances; RDAs*) debido a que la investigación de vitaminas y minerales en la década de 1920 y 1930 llevó a la publicación de esta referencia por la *Food and Nutrition Board of the National Academy of Sciences* (Food and Nutrition Board, 1943).

Las **Tablas 19, 20 y 21** muestran la ingesta dietética de energía y macronutrientes, vitaminas y minerales, respectivamente, para las únicas referencias encontradas, junto con las antiguas RDAs.

Tabla 19. Valores medios y desviación estándar de energía e ingesta de macronutrientes para las únicas tres referencias (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925; Anónimo, 1929; Gilman, 2008) en las que se especifican los alimentos y bebidas del menú de la dieta del pomelo

Variable	Unidad	Media±DE			RDAs	
		1	2	3	♀ ^a	♂ ^b
Energía	kcal	606,2±105,4	492,8±100,4	1191,9±37,5	2100	2500
Carbohidratos	g	42,4±1,8	30,9±5,3	31,6±5,6	-	-
	% energía	29,5	26,7	10,8	-	-
Proteína	g	36,2±16,9	33,2±1,8	104,9±4,3	60	70
	% energía	25,2	28,7	35,8	-	-
Grasas	g	28,9±5,4	22,8±7,9	69,4±0,2	-	-
	% energía	45,2	44,5	53,3	-	-
Fibra dietética	g	11,1±1,6	8,7±0,6	10,3±0,7	-	-
AGS	g	9,1±3,0	7,7±2,2	26,5±0,1	-	-
AGMI	g	11,8±3,2	8,6±3,3	26,2±0,1	-	-
AGPI	g	3,9±0,9	3,0±1,1	7,7±0,1	-	-
AGPI/AGS	-	0,4±0,3	0,5±0,1	0,3±0,1	-	-
(AGPI+AGMI) / AGS	-	1,7±0,4	1,5±0,1	1,3±0,1	-	-
Colesterol	mg	364,2±345,1	296,2±252,4	752,3±2,8	-	-

^{1,2,3}Referencias que corresponden a Science History Images y Alamy Stock Photo (1925), Anónimo (1929) y Gilman (2008), respectivamente.

RDAs: Extraídas de Food and Nutrition Board (1943)

Los valores se expresan como medias ± desviación estándar (DE), AGS, ácidos grasos saturados; AGMI, ácidos grasos monoinsaturados; AGPI, ácidos grasos poliinsaturados.

^a Mujer sedentaria con 56 kg de peso.

^b Hombre sedentario con 70 kg de peso

Resultados y discusión

Tabla 20. Valores y desviación estándar de la ingesta vitamínica

Variable	Ud	Media±DE			RDAs	
		1	2	3	♀ ^a	♂ ^b
Vitamina A	µg	1326,9±130,1	958,4±204,3	1247,8±503,4	5000	5000
Vitamina D	µg	1,0±1,9	1,2±1,1	1,8±0,1	-	-
Vitamina C	mg	191,3±27,6	139,3±21,9	109,6±3,5	70	75
Vitamina E	mg	5,0±1,9	3,6±0,5	4,9±0,7	-	-
Vitamina B1	mg	0,7±0,1	0,6±0,1	1,2±0,1	1.1	1.2
Vitamina B2	mg	0,8±0,1	0,7±0,1	1,9±0,1	1.5	1.6
Vitamina B3	mg	14,5±8,7	12,6±3,2	36,2±0,9	11	12
Vitamina B6	mg	0,9±0,4	0,8±0,1	2,4±0,2	-	-
Vitamina B12	µg	3,2±0,8	3,4±1,6	8,1±0,3	-	-
Ácido fólico	µg	208,0±42,4	150,6±53,7	204,6±5,7	-	-
Ácido pantoténico	mg	3,8±0,8	3,0±1,1	7,5±0,4	-	-
Biotina	µg	23,7±27,0	16,7±13,9	492,8±100,4	-	-

^{1,2,3}Referencias que corresponden a Science History Images y Alamy Stock Photo (1925), Anónimo (1929) y Gilman (2008), respectivamente.

RDAs: Extraídas de Food and Nutrition Board (1943)

Los valores se expresan como medias ± desviación estándar (DE).

^a Mujer sedentaria con 56 kg de peso.

^b Hombre sedentario con 70 kg de peso

Tabla 21. Valores y desviación estándar de la ingesta de minerales y oligoelementos

Variable	Unidad	Mean±SD			RDAs	
		1	2	3	♀ ^a	♂ ^b
Sodio	mg	330,3±47,4	310,2±36,0	1005,8±60,6	-	-
Potasio	mg	1624,2±280,7	1314,1±293,4	2930,4±223,9	-	-
Calcio	mg	233,7±62,9	195,6±29,7	427,6±127,0	800	800
Fósforo	mg	502,7±89,8	444,9±66,4	1497,4±99,1	-	-
Magnesio	mg	101,4±32,7	84,9±36,2	188,9±28,5	-	-
Hierro	mg	6,8±0,3	6,7±0,1	18,9±0,5	12	12
Zinc	mg	5,2±4,0	4,6±1,1	17,5±0,6	-	-
Yodo	µg	25,9±5,6	24,1±13,8	63,8±11,2	-	-
Selenio	µg	28,2±0,6	27,9±12,4	81,7±1,6	-	-
Flúor	µg	178,7±13,4	83,0±38,9	152,2±7,0	-	-

^{1,2,3}Referencias que corresponden a Science History Images y Alamy Stock Photo (1925), Anónimo (1929) y Gilman (2008), respectivamente.

RDAs: Extraídas de Food and Nutrition Board (1943)

Los valores se expresan como medias ± desviación estándar (DE).

^a Mujer sedentaria con 56 kg de peso.

^b Hombre sedentario con 70 kg de peso

El aporte de energía, vitamina A y calcio es menor que las RDAs en las tres dietas evaluadas, pero la proteína, tiamina, riboflavina y hierro son inferiores a las RDAs en dos planes de

comidas (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925; Anónimo, 1929). Sin embargo, la niacina y la vitamina C resultan ser superiores a las RDAs en todos los ejemplos estudiados.

Es llamativa la presencia de *Melba toast*, que se incluye en la dieta del pomelo a principios de 1926 (Perry, 2011) debido a que este producto alimenticio era producido en *Cubbison Melba Toast and Cracker Co.*, desde este año hasta 1930, por Sophie Cubbison y su difunto esposo, quienes horneaban pan integral al 100% (Shurtleff y Aoyagi, 2021, p. 440). Además, se sugería el consumo de pomelo como una pieza mediana (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925), una pieza y media mediana (Anónimo, 1929) o la mitad de un pomelo y zumo de pomelo sin azúcar (Gilman, 2008).

La **Tabla 22** refleja la ingesta mediana de pomelo en las tres dietas (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925; Anónimo, 1929; Gilman, 2008).

Tabla 22. Ingesta de pomelo/día en tres de las dietas de pomelo estudiadas

		1	2	3
1º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	½	½
	Cena	½	½	½
2º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	-	-	½
	Cena	1	½	½
3º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	½	½
	Cena	½	½	½
4º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	½	½
	Cena	½	½	½
5º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	-	-	½
	Cena	½	½	½
6º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	-	-	½
	Cena	-	-	½
7º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	-	-	½
	Cena	-	-	½

Resultados y discusión

8º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	1	½
	Cena	½	½	½
9º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	-	½	½
	Cena	1	-	½
10º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	½	½
	Cena	½	½	½
11º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	-	½
	Cena	½	-	½
12º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	-	1	½
	Cena	½	-	½
13th día	Desayuno	½	½	½
	Comida	-	1	½
	Cena	-	1	½
14º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	1	½
	Cena	-	1	½
15º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	1	½
	Cena	½	1	½
16º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	-	1	½
	Cena	1	-	½
17º día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	1	½
	Cena	½	-	½
18th día	Desayuno	½	½	½
	Comida	½	½	½
	Cena	½	½	½
Media±DE		1,25±0,01	1,44±0,02	1,50±0,00

^{1,2,3} Referencias que corresponden a Science History Images y Alamy Stock Photo (1925), Anónimo (1929) y Gilman (2008), respectivamente.

Ambos tratamientos (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925; Anónimo, 1929) son dietas muy bajas en calorías, cetogénicas y bajas en carbohidratos y proteínas, mientras que el otro es una dieta baja en calorías, cetogénica y baja en carbohidratos y proteínas. Con estos datos se refleja que hay mucha variabilidad no solo en energía y nutrientes, sino también en

los alimentos consumidos, incluyendo el pomelo, en las tres dietas encontradas. De hecho, otra hipótesis de esta tesis es que probablemente el último tratamiento (Gilman, 2008) fue un error debido a que las dos dietas iniciales (Science History Images y Alamy Stock Photo, 1925; Anónimo, 1929) son más comparables entre sí que con la otra (Gilman, 2008).

IV.3.3. ¿Qué tan efectiva es la dieta?

Actualmente, Chen y House (2021) señalan que una de las razones atribuidas al consumo de pomelo por parte de los consumidores era "ayudar con la pérdida de peso" (43%), siendo las compras habitualmente en verano (38%) y prefiriendo el pomelo de color rosado/rojo (73%). El tratamiento para la pérdida de peso ha utilizado el pomelo, su zumo, como suplemento alimenticio o, incluso en formato de píldora. Este último se llevó a cabo en la década de 1980, indicando la eficacia de perder hasta 3,6/7,2 y 10,8 kg en 48 horas, 7 y 14 días, respectivamente (Anónimo, 1985), mientras que como suplemento alimenticio fue revisado por Watanabe et al. (2020), indicando que las dosis de 81 a 142 mg/día tenían una baja calidad de evidencia en el impacto primario sobre el metabolismo de las grasas. Por otro lado, solo una de las tres referencias que indicaban el menú planeado sugería que la mitad de un pomelo podía ser cambiada por 200 mL de zumo de pomelo sin azúcar. El Patrón de Alimentación Saludable de Estilo Estadounidense (US Department of Health and Human Services y USDA, 2015) en el nivel de 2000 kcal/día indicaba el consumo de una taza (237 mL) de jugo de frutas al 100%, incluida el pomelo. De acuerdo con el objetivo de esta tesis, y en concreto de este apartado, la búsqueda de bibliografía se acotó a esta fruta debido

a que el origen de la "dieta de 18 días" se basó solo en el pomelo y no se utilizó en ninguna de sus otras preparaciones alimenticias.

Hasta la fecha, se han detectado dos revisiones y metaanálisis opuestos (Onakpoya et al., 2017; Wang et al., 2020) sin conflictos de interés, sobre el pomelo y los cítricos, respectivamente. El primero de ellos (Onakpoya et al., 2017) concluyó que la evidencia de ensayos clínicos aleatorios (ECAs) no indicó que la suplementación con esta fruta generara reducciones significativas en el peso corporal, mientras que la otra referencia (Wang et al., 2020), donde se indica que los estudios son de baja calidad, mostró que podría reducir el peso corporal, el índice de masa corporal, la circunferencia de la cintura y la circunferencia de la cadera en comparación con el grupo de control. Sin embargo, esta última revisión se centró en los cítricos y/o sus extractos, por lo que no se aplican las conclusiones anteriores.

De hecho, solo tres artículos estudiaron esta fruta. El primero de ellos, Dow et al. (2012), estudió los efectos del consumo diario de 1,5 pomelos *Rio-Red* durante seis semanas en el peso corporal, pero esta variedad (Hensz, 1985) se introdujo en 1984. El estudio de Fujioka et al. (2006) asignó aleatoriamente a cápsulas de placebo y 207 mL de jugo de manzana, cápsulas de pomelo con 207 mL de jugo de manzana, 237 mL de zumo de pomelo con cápsula de placebo, o la mitad de un pomelo fresco con una cápsula de placebo tres veces al día antes de cada comida, obteniendo, después de 12 semanas, una pérdida de peso de 1,6/1,5/1,1 y 0,3 kg para pomelo fresco, zumo de pomelo, cápsula de pomelo y los grupos de placebo, respectivamente. Estos resultados no se pueden comparar con la "dieta de 18 días" debido a que este último tratamiento tiene una duración de dos semanas y cuatro días (frente a 12 semanas), se recomienda el consumo de esta fruta

en la comida (frente a la posibilidad de su consumo antes de cada comida) y la ingesta es de alrededor de una pieza y un cuarto de pieza/día (frente a una pieza y una pieza mediana/día). En el último artículo, Silver et al. (2011) investigaron los efectos de consumir medio pomelo, zumo de pomelo y agua antes del desayuno, almuerzo y cena durante 12 semanas después de completar una fase de restricción calórica de 2 semanas, obteniendo una pérdida de peso total del 7,1%, con disminuciones significativas en el porcentaje de grasa corporal, grasa del tronco, grasa android y ginoide y circunferencias de la cintura, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los grupos. Estos datos indican que el consumo de un suplemento dietético de baja densidad energética en una dieta restringida en calorías es responsable de una estrategia efectiva de pérdida de peso, más que el consumo de pomelo.

IV.4. DIETA DE LORD BYRON

Lord Byron, como figura clave en el Romanticismo, tenía asociados a su vida diversos problemas de salud, incluidos trastorno de estabilidad (vértigo) (Santonicola et al., 2019), problema locomotor (cojera) y enfermedad de transmisión sexual (gonorrea), entre otros (Alex, 2000). También se ha sugerido que el poeta padecía al menos una enfermedad parasitológica (malaria) y trastornos alimentarios (bulimia y/o anorexia) (Paterson, 1982). Algunos de estos trastornos y sus dudosas curas se reflejan en su poema épico burlón "Don Juan" (Beatty, 2016) y pueden haber incluido el consumo de sales de Epsom (también llamadas sales

inglesas, cuyo ingrediente activo principal es el sulfato de magnesio, utilizado tanto como relajante muscular en soluciones de remojo como laxante si se ingiere) y combinado con otros laxantes fuertes para purgar y vomitar (Mills, 1998). A lo largo de su vida, Byron también utilizó varias dietas para perder peso, como una basada en el consumo de solo un cuarto de libra de carne en una sola comida del día, con pequeñas cantidades de vino (Lansdown, 2015). Según Phyllis Grosskurth (Phyllis, 1997), esta obsesión por la pérdida de peso fue una forma de rebeldía adolescente intentada para distanciarse de su madre con sobrepeso.

A los 23 años, Byron compró (Moore, 1974) el libro de William Wadd (1810); *Cursory Remarks on Corpulence: by a Member of the Royal College of Surgeons*, y leyó sobre las estrategias de pérdida de peso establecidas por Coelius Aurelianus, adaptándose a diferentes dietas como i) 'régimenes dietéticos ascéticos de legumbres', ii) papas, verduras y galletas, sin vino, y iii) "galletas duras y gaseosas" (Lokash, 2007). Sin embargo, pasó los últimos años de su vida consumiendo vinagre para disminuir su apetito, tomado solo con agua y arroz (Grosskurth, 1997), ya que creía que eran purgantes, causando vómitos y diarrea. Como resultado de diversos hábitos drásticos de dieta, logró una reducción significativa del IMC de 29,7 a 22,1 kg/m², al menos dos veces en su vida, en 1806 y en 1822 (Mills, 1998). Antes de la segunda pérdida significativa de peso, se comentó sobre su apariencia pálida y corpulencia perturbadora, cuando fue visitado en Venecia por su abogado John Hanson y su hijo, Newton Hanson, quienes se sorprendieron por el desagradable cambio en su apariencia física. Se dice que Byron lucía pálido, hinchado y cetrino (MacCarthy, 2022, p. 347). Wilcox (2021) analizó cuentas de testigos presenciales y evidencia material de los patrones de consumo de Byron para

construir una imagen de un hombre a la moda, algo en desacuerdo con la imagen del ícono romántico que perdura en la herencia de pinturas e imágenes de la época de su juventud.

IV.4.1. La dieta del vinagre

Los efectos perjudiciales del uso de la dieta del vinagre como medio para perder peso ya eran conocidos y publicados mucho antes de la época de Byron, y en concreto, en 1733, en el caso de una mujer francesa, Mademoiselle Lapaneterie, que murió después de consumir un pequeño vaso de vinagre todos los días durante un mes (Desault, 1733). Parece ser que estaba preocupada por su robusta estatura y el color rojizo de su piel, y por lo tanto acogió con agrado la orientación de una mujer, que le sugirió que bebiera un pequeño vaso de vinagre todos los días para perder peso y parecer más pálida. Mademoiselle Lapaneterie llevó a cabo este tratamiento durante más de un mes, observando que perdía peso y que su apariencia viva, indeseable para las damas de la época, se desvanecía en palidez. Sin embargo, poco después comenzó a sufrir tos, sudores nocturnos, náuseas, hinchazón de pies y piernas, diarrea y, finalmente, murió.

De manera similar, dos años después de la muerte de Lord Byron, Brillat-Savarin relató el caso de una mujer de dieciocho años de Dijon conocida como Louise, que usaba el mismo método (un vaso de vinagre todas las mañanas), porque “los jóvenes de la región donde vivía se burlaban de ella” (Brillat-Savarin, 1826). Ella, también, murió después de un período similar de exposición a la dieta. La dieta en estos casos se basaba en vinagre de vino tinto. Su uso, en Europa y especialmente en Francia, se aplicaba a dietas para adelgazar durante el siglo XVIII y siguió siendo popular hasta mediados del siglo XIX (Almenara et al., 2020).

El vinagre también se adoptó en Estados Unidos para programas de pérdida de peso en el siglo XX, pero en este caso, se recomendaba vinagre de sidra, siguiendo la publicación del controvertido libro *Folk Medicine: A Vermont Doctor's Guide to Good Health* del médico general DeForest Clinton Jarvis, atacado por las autoridades médicas de la época, pero que fue un éxito de ventas (DeForest, 1958).

En 1998, un grupo de investigadores del Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario de Innsbruck (Lhotta et al., 1998) señaló que un alto consumo de este vinagre puede causar hipocalcemia (bajos niveles de calcio en el suero sanguíneo que pueden causar espasmos musculares), hiperreninemia (respuesta homeostática a la reducción de la presión de perfusión renal o flujo plasmático debido a niveles elevados de renina en la sangre, causando hipertensión y fallo renal) y osteoporosis (una condición que debilita los huesos, haciéndolos frágiles y más propensos a romperse). Unos años después, se publicó el caso clínico de una niña de 15 años que mostraba erosión dental debido a la ingestión diaria de un vaso de vinagre de sidra (Gambon et al., 2012). Byron estaba preocupado por sus dientes, que eran pequeños, regulares y blancos originalmente, y usaba tabaco bajo la impresión de que conservaría sus dientes, y, en años posteriores, para evitar el hambre (Vinitsky, 2019). Al final de su vida, todavía tenía dientes fuertes y blancos, pero se habían vuelto bastante flojos (Jones, 2008). Al menos un estudio (Li-wei y Jun-zhuo, 2014) ha demostrado que el vinagre blanco, el vinagre de manzana y el peróxido de hidrógeno tienen efectos blanqueadores en los dientes, pero otros autores han indicado que el vinagre blanco puede causar niveles más altos de daño en la dureza y la configuración superficial de los dientes (Anderson, 2021). Según

Kanzow et al. (2016), la presencia y gravedad de los defectos erosivos dependen de varios parámetros, como la nutrición, la saliva, las enfermedades generales y el estrés mecánico por abrasión. En nuestra opinión, los problemas dentales de Byron no necesariamente reflejaban su consumo de vinagre, sino que podrían deberse a otros factores involucrados.

IV.4.2. La dieta del vinagre de Byron y la pérdida de peso: Los datos de investigación

El IMC se calcula utilizando tanto el peso como la altura y se expresa en kg/m^2 , y es posible calcularlo para Byron, ya que sabemos que medía 5 pies y 8,5 pulgadas (174 cm) a la edad de dieciocho años (Baron, 1997). Logró reducir su IMC de 29,7 a 22,1 kg/m^2 tanto en 1806 como en 1822, reflejando durante este período 20,1 kg/m^2 . En ambos años, estaba con sobrepeso, pero rápidamente alcanzó un peso saludable después de hacer dietas radicales (MacCarthy, 2002). De hecho, un peso saludable no garantiza un estado general saludable, especialmente si hay otros efectos persistentes de las dietas, como vómitos y diarrea. Además, estos factores pueden causar o contribuir a trastornos alimentarios persistentes. Baron y Crisp (2003) han sugerido la hipótesis de que Byron padecía un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (bulimia/anorexia). Dejando de lado la psicología, los trastornos alimentarios incluyen factores conectados tanto con la nutrición como con el origen fisiológico. Varios autores, además, han señalado que el uso de vinagre en las dietas puede contribuir a los trastornos alimentarios (Reiter y Graves, 2010; Blinder y Chao, 2019).

Centrándonos en estudios con humanos, Johnston y Gaas (2006) encontraron que un grupo que consumía dos cucharadas

de vinagre de frambuesa roja al día, con libre acceso a alimentos y agua durante cuatro semanas, perdió peso, en contraste con un grupo de control. Johnson y Buller (2005) estudiaron un grupo de control y otro grupo cuyo consumo de vinagre era de 20 g de vinagre de sidra de manzana con un 5% de ácido acético al día, observando que en el segundo grupo el consumo de alimentos era menor entre 200 y 275 calorías por día, lo que resultaría en una pérdida de peso mensual de entre 0,45 y 0,68 kg. Durante un período de tratamiento de 12 semanas, Kondo et al. (2009) estudiaron tres grupos de sujetos que ingerían diariamente 500 ml de una bebida que contenía 15, 30 o 0 ml de vinagre de manzana. Además, se registraron los contenidos de las comidas diarias y los refrigerios de los tres grupos cada día, observando que no hubo diferencias significativas en la ingesta de energía, proteínas, grasas, carbohidratos, colesterol y fibra. Los resultados de este estudio mostraron que varios parámetros, incluido el peso corporal y el IMC, eran significativamente más bajos en ambos grupos que consumían vinagre en comparación con el grupo que no consumía vinagre. Östman et al. (2005) compararon voluntarios sanos que consumieron varios volúmenes diarios de vinagre (18, 23 y 28 mmol de ácido acético con una porción de pan de trigo blanco, frente a aquellos que consumieron la misma cantidad de pan sin vinagre; y la sensación de saciedad aumentó con el aumento del nivel de ácido acético. Johnston y Gaas (2006) también han demostrado de manera convincente que la ingestión de vinagre aumenta la saciedad a corto plazo, contribuyendo así a la pérdida de peso.

En relación con Lord Byron, también consumió vinagre de sidra de manzana (Reel, 2017), que está relacionado con un efecto saciante (Liljeberg y Björck, 1998). Paterson et al. (1982) han indicado que Byron podría haber sufrido de bulimia o anorexia, y

Robinson et al. (1988) y Santonicola et al. (2019) han demostrado que el vaciado gástrico lento podría exacerbar la falta de ingesta en pacientes con anorexia nerviosa al mejorar la saciedad. Probablemente si bien la dieta de vinagre ayudó a Byron a perder peso debido a su efecto saciante y aumentó su palidez, su consumo de vinagre podría haber contribuido significativamente a la anorexia nerviosa complicada por episodios de bulimia.

IV.5. DIETA DE MARIA CALLAS

Maria Anna Cecilia Sofia Kalogeropoúlou, conocida como Maria Callas, fue una soprano de ópera estadounidense de origen griego, nacida el 2 de diciembre de 1923, que falleció a causa de un ataque al corazón a los 53 años el 16 de septiembre de 1977. Su vida estuvo marcada por muchas vicisitudes. Una cantidad significativa de noticias falsas rodeó su existencia, incluido el misterio de su metamorfosis física (Scott, 1992), que supuestamente se basaba en el consumo de una pastilla o tableta que contenía una tenia embrionaria (*Taenia saginata*). Esta pérdida de peso ocurrió durante dieciocho meses, concluyendo el 12 de abril de 1954, y ha sido conocida de diversas maneras, como "la dieta de Maria Callas", "la dieta de la tenia" (Rance, 1975, p. 164) o "la dieta de la tenia de Hollywood" (Lüscher, 2002).

IV.5.1. La historia de la dieta de la tenia

El uso de la tenia como estrategia para ayudar en la pérdida de peso se remonta a finales del siglo XIX, enfocándose en mantener los estándares físicos de la era victoriana (Cassell, 1995). En Internet se muestra un anuncio creado en 1898 que presenta una de las primeras imágenes describiendo a este parásito como una

ayuda para perder peso (**Figura 16**). Sin embargo, este anuncio fue expuesto como un póster falso debido a que las fuentes y estilos son anacrónicos y estaba en exhibición en *The House on the Rock*, en Wisconsin (EE. UU.), conocido por sus exhibiciones falsas.



Figura 16. Falso póster atribuido al primer anuncio de la dieta de la tenia. (Tape-worm Diet—by The U.S. Food and Drug Administration (Weight-Loss Ad (FDA 154)) (Public domain), via Wikimedia Commons.)

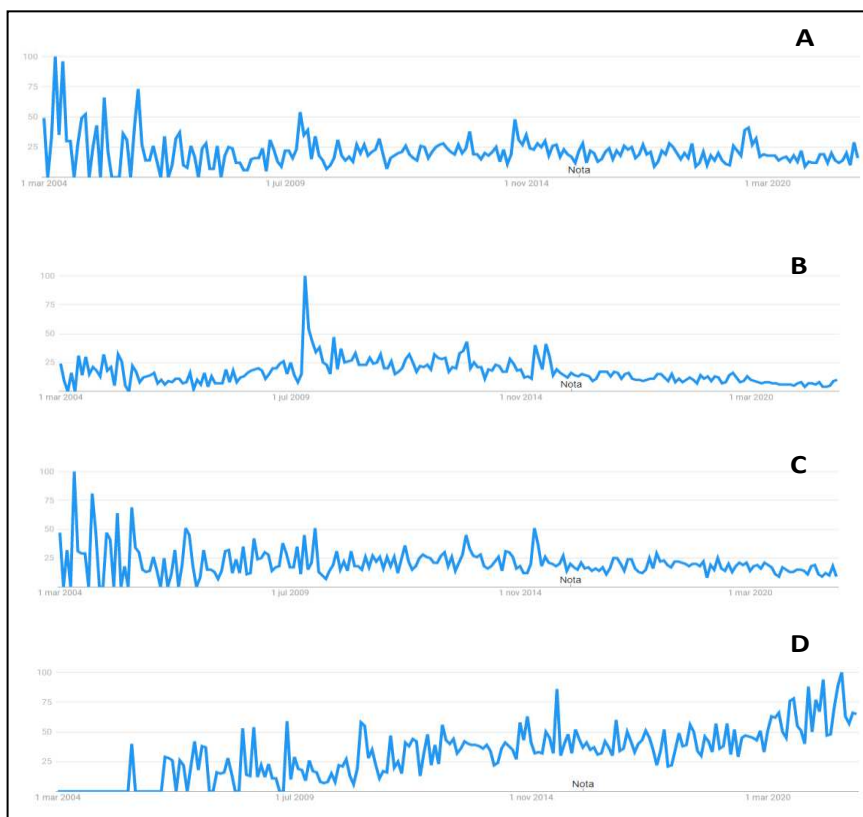
En 2015 se indicó que el póster era una exposición "de inspiración vintage" (Quackwriter, 2015). Por otro lado, un informe (Anónimo, 1912a, p. 6) publicado, en 1912, en *The Washington Post* mencionó información no verificada sobre vendedores de píldoras de tenia. Este año marca el punto de partida de las noticias falsas sobre este tema, basadas en una extraña historia donde una mujer de Peoria, Illinois, compró una píldora que contenía la tenia y la envió a su esposo en Washington para ser analizada, encontrando

éste la cabeza de una tenia dentro de la misma (Rance, 1975). La historia fue negada por el cirujano general Rupert Blue (Anónimo, 1912b, p.7), después de una búsqueda, sin éxito, de los resultados de este análisis, en el Laboratorio Higiénico de Washington. Explicó que era una historia ficticia, simplemente falsa; incluso el director del laboratorio dijo que era la historia más salvaje que había escuchado en mucho tiempo (Cassell, 1995). Dos años después, aparecieron otras noticias falsas sobre una mujer que compró una cápsula líquida con una tenia dentro por \$300 (Standen, 1958). La siguiente historia tuvo lugar como una columna de humor ficticia escrita por Mabel Herbert Urner (Clark, 2009) titulada "La Vida Matrimonial de Helen y Warren" (Urner, 1927), que involucraba a un ficticio Dr. Phake recetando un tratamiento basado en la ingesta de píldoras de parásitos (Anónimo, 1914). El mito fue desestimado en la década de 1930 por la *American Medical Association* (Anónimo, 1912a, p.7) y reapareció durante la década de 1950 debido a rumores sobre Maria Callas, que continuaron durante el resto de su vida, como veremos en el siguiente subapartado. Luego desapareció progresivamente, hasta la llegada de Internet y las redes sociales, donde el mito resurgió (Weller, 2013). Tucker (2012) revisó la resonancia simbólica de las tenias, incluida la historia de Maria Callas. Además, se publicó un rumor sobre el uso de este tratamiento por parte de la modelo Claudia Schiffer (Weber, 2015; Weber, 2012), mientras que un informe falso reflejó la historia de una madre que admitió darle píldoras de tenia a su hija adolescente para un concurso de belleza (Moye, 2014). De hecho, Khloé Kardashian mostró interés en comprar una tenia en línea para perder peso (Willis, 2015). Algunas páginas web (Matus, 2024; Newswire, 2024) indican que el tratamiento con una píldora de tenia solo está disponible en México, con un costo aproximado de

alrededor de \$1500. Muchos usuarios de Internet están buscando comprarlo, como se refleja en las tendencias de Google (**Figura 17**).

Figura 17. Interés, a lo largo del tiempo, según Google Trends: "tapeworm pills" (A), "tape-worm diet" (B), "tapeworm weight loss" (C) y "comprar tenia" (D). La última búsqueda se realizó en español debido a que los usuarios de Internet creen que se vende en México.

Según la nueva propuesta desarrollada en esta tesis sobre dietas peligrosas, este tratamiento se clasificaría como un tratamiento peligroso no basado en alimentos (Zarzo et al., 2021). Król et al. (2019) indicaron tres riesgos principales en las píldoras de tenia: (i) no saber qué contienen; (ii) antes de que crezca la tenia,



no se logrará la pérdida de peso (de hecho, es común que la infección sea asintomática o con pocos síntomas); y (iii) algunos pacientes pueden coinfectarse con otra especie, lo que resulta en

enfermedades graves o incluso la muerte. Song et al. (2004) estudiaron la coinfección con *Taenia solium*, que causa la peligrosa cisticercosis.

IV.5.2. El mito de Maria Callas y la tenia

Maria Callas experimentó ganancia y pérdida de peso a lo largo de su vida; la relación entre su altura y peso es clave. Petsalēs-Diomēdēs (2001) reflejó que el valor de la altura de Callas era de 1,73 m, lo cual se puede confirmar con su tarjeta de identificación (Figura 18), encontrada en la Carpeta G51/1 y emitida el 9 de junio de 1949 por el Ayuntamiento de Zevio.

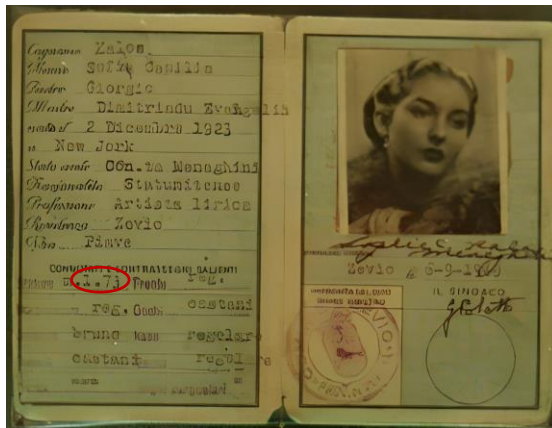


Figura 18. Tarjeta de identificación de Maria Callas, con indicación de su altura (<https://pin.it/H6mXC9OJO>).

Según varios autores, la **Figura 19** muestra la línea de tiempo de la variación de peso de Callas.

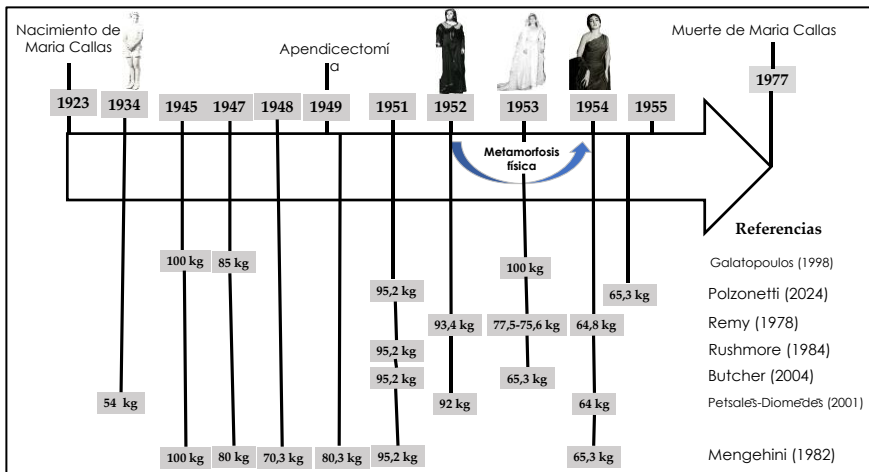


Figura 19. Línea del tiempo con indicación de la variación de peso de Maria Callas (fuente propia).

El estado de pérdida de peso de Maria Callas se explica mejor mediante el IMC, expresado en kilogramos divididos por el cuadrado de la altura de la persona en metros (kg/m^2), propuesto por primera vez un siglo antes por Quetelet (1875). Sin embargo, los datos de la **Figura 19** son de la década de 1970, y el uso del IMC no se estandarizó internacionalmente (Rasmussen, 2019) como la mejor medida de la obesidad hasta la llegada del Estudio de los Siete Países de Ancel Keys (Keys et al., 1972).

En nuestra opinión, creemos que la medida que deberíamos usar es el estándar establecido por el gobierno estadounidense en la década de 1950, que fue creado previamente en la década de 1940 por Louis Dublin, un estadístico de la *Metropolitan Life Insurance Company*, quien preparó tablas de vida utilizando un índice de altura y peso para identificar a personas con sobrepeso y obesas (Bray, 1995). Trabajamos con los índices de Peso Ideal para Mujeres de la *Metropolitan Life* de 1942 (Metropolitan, 1943) y Peso Deseable de 1959 (Metropolitan, 1959), debido a que la primera referencia (Metropolitan, 1943) estaba vigente al comienzo de la

línea de tiempo de Maria Callas (**Figura 19**), mientras que la segunda (Metropolitan, 1959), aunque es de finales de la década de 1950, tuvo una recopilación que se llevó a cabo durante las décadas de 1940 y 1950.

De hecho, mantener el peso ideal se había convertido en una obsesión para Maria Callas, como se reflejó en una carta (Allegri, 2008) desde Buenos Aires el 3 de julio de 1949, escrita a otra soprano llamada Maria Caniglia (**Figura 20**) (Felicciotti, 2007).



Figura 20. Maria Caniglia

(https://media.snl.no/media/147893/standard_compressed_MariaCaniglia.jpg).

Según la **Figura 19** y las referencias estándar de la *Metropolitan Life Insurance Company* (Metropolitan, 1943 y Metropolitan, 1959), Maria Callas tenía el peso ideal en 1948-1949 (hasta su apendicectomía), 1954 y 1955. De hecho, fue diagnosticada con apendicitis por su cuñado, Gianni Cazzaroli, corroborado por el destacado cirujano de Verona, Salvatore Donati, y fue operada a principios de diciembre de 1949 (Mengehini, 1982; pp. 67). Ganó alrededor de 10 kg después de su apendicectomía en un corto período de tiempo, alcanzando su peso máximo (95,2 kg) para su debut formal en el *Teatro alla Scala* de Milán en diciembre de 1951. Su peso disminuyó ligeramente para su debut en 'Norma' de Bellini en el *Royal Opera House*, *Covent Garden* (Remy, 1978). Dieciocho meses después, tuvo lugar

la metamorfosis física de Maria Callas, sorprendiendo a su audiencia el 12 de abril de 1954, cuando debutó con el 'Don Carlo' de Verdi nuevamente en *La Scala* (Remy, 1978).

A lo largo de su vida, quiso perder peso como resultado de sus propios objetivos o influencias de otras personas, como la modista milanese Biki (Polzonetti, 2015). Sin embargo, se crearon varias noticias falsas sobre la pérdida de peso de Callas, incluida la idea de que llevó a cabo una dieta para parecerse a Audrey Hepburn en "Vacaciones en Roma" (1953) (Stassinopoulos, 1982). Su sorprendente pérdida de peso provocó la creación de muchas historias, y el punto de partida fundamental fue justificar su éxito basándose en la ingesta de un parásito, ya sea involuntariamente (Butcher, 2004) o voluntariamente, con píldoras (De Beaufort, 2014) o directamente (Eidsheim, 2017) como tratamiento adelgazante. Lo innegable es que tenía un parásito en su interior, lo que se convirtió en prueba de la metamorfosis física (Scott, 1992). Esta transformación fue justificada por Maria como un intento de deshacerse del parásito, y esta versión fue contada por Giovanni Battista Meneghini (**Figura 21**) (Meneghini, 1982; pp. 105).



Figura 21. Maria Callas y su marido; Giovanni Battista Meneghini (<https://jenikirbyhistory.getarchive.net/media/callas-meneghini-1957-55c0c3>).

Según su esposo, él tuvo que salir precipitadamente de la función a la que asistía en *La Scala*, y cuando llegó a su suite en el

Grand Hotel horrorizado, Maria le dijo: "¡Battista, ven inmediatamente. ¡Lo he matado!". Le contó que había expulsado y matado a un parásito en el baño de su hotel en Milán. Poco después, su esposo llamó al médico de Callas, Gerardo de Marco, quien recetó algunos medicamentos para eliminar el problema. Detengámonos a considerar esta versión por unos momentos. Battista indicó que llevaba un batín azul después de salir del baño, justificando que ella eliminó una sección bastante larga de su parásito al bañarse. Owen (2016) indicó que cuando el parásito se expulsa sobre un baño de asiento tibio, hay menos riesgo de que la porción expulsada se contraiga y se rompa antes de la expulsión de la cabeza. Maria Callas le explicó a Claudia Cassidy (**Figura 22**); una influyente crítica de artes escénicas estadounidense, que la explicación simple de su pérdida de peso se debía a la expulsión del parásito (Jellinek, 1986); mientras tanto, Maria recibía muchas cartas de mujeres rogándole que revelara su secreto, así como de clínicas y empresas que ofrecían sumas astronómicas por una patente exclusiva de "la fórmula Callas" (Mengehini, 1982; pp. 209).



Figura

22.

Claudia

Cassidy

(https://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/thumb/b/bf/Claudia_Cassidy.jpg/220px-Claudia_Cassidy.jpg).

Además, fue explotada por la industria alimentaria como modelo para adelgazar. En 1954, apareció un anuncio notable en

el *Corriere della Sera* que afirmaba que Maria Callas había perdido peso después de un tratamiento basado en comer "Pasta fisiológica Pantanella", respaldada por Cazzarolli. Indignada por esta falsa afirmación, demandó a la compañía. El director gerente de Pantanella, quien era sobrino del Papa Pío XII, quería defender la reputación de su empresa, solicitando asistencia inmediata a su tío, pero Maria inició un juicio y después de cuatro años de difíciles disputas legales, recibió una compensación, más costos legales del juicio, y una carta de disculpa escrita por el Dr. Cazzarolli y *Pantanella Mills* que estuvieran legalmente obligados a publicarlo en el *Corriere della Sera* (Bret, 1998).

Hoy en día, la idea de que Maria Callas ingirió una tenia mediante píldoras no puede sostenerse debido a la improbabilidad de que esto funcione. Según la *American Medical Association* (Anónimo, 1912, p. 7), esto se descartó fácilmente como una idea excéntrica y ridícula, incluso basada en el rumor de que un famoso médico suizo recomendó que ingiriera una tenia bebiendo una copa de champán (Mengehini, 1982; pp. 209). En consecuencia, solo hay dos versiones de la presencia de una tenia en su cuerpo. La primera versión, basada en una reacción involuntaria, fue indicada por su esposo, en la escena del baño descrita anteriormente, que justificaba la presencia del parásito debido al consumo de carne cruda (Mengehini, 1982; pp. 213). La segunda versión se basa en su ingesta voluntaria de una tenia sin píldoras; la cual fue desmentida por la versión de Meneghini a través de una mezzosoprano llamada Giulietta Simionato (**Figura 23**), amiga cercana de Maria, y su hermana, Jackie Callas, quienes confirmaron que la razón de su dramática pérdida de peso fue una tenia que había ingerido involuntariamente (Gage, 2000).



Figura 23. Giuletta Simionato (https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/69/Giuletta_Simionato_1955.jpg).

La solución a este enigma la tiene la chef personal de Callas, Elena Pozzan (**Figura 24**), quien indicó, en febrero de 2014, que tanto Callas como ella misma fueron infectadas repetidamente por tenias debido al consumo de carne cruda en su dieta alta en proteínas (Polzonetti, 2015).



Figura 24. Elena Pozzan detrás de Maria Callas (<https://www.gbopera.it/wp-content/uploads/2010/12/1974-Vancouver-Elena-Pozzan-270x222.jpg>).

Según su esposo, el régimen de tratamiento nutricional de Callas consistía en carnes a la parrilla o tártaras, grandes

cantidades de verduras sin condimentar, un poco de agua, solo una gota de vino y sin pan ni pasta (Bret, 1998); además, el tartar de carne fue el vehículo de contaminación para este parásito (*Taenia saginata*) (Kwa y Kwa, 2017). De hecho, Lukes et al. (2014) revisaron el uso histórico de autoinfecciones para la elucidación temprana de los ciclos de vida de *Taenia saginata*. Consideraron ejemplos de autoinfección en protistas y helmintos, y sugirieron criterios que podrían utilizarse como terapias potenciales para enfermedades humanas.

IV.5.3. El hombre misterioso en la foto de Maria Callas

Tal y como se ha explicado en la sección de materiales y métodos de esta tesis doctoral, el desarrollo del concepto de la gastromusicología operística por Polzonetti (2014), permite vislumbrar la importancia de una de las cinco funciones de este término, y es el caso de la dietética.

En este artículo se explica la posible influencia de la modista milanesa Biki en el vestuario y la pérdida de peso de la cantante. Polzonetti (2015) señala un misterioso personaje que aparece con Maria Callas y con Biki (**Figura 6**) y fechada en 1958. En esta tesis se planteó la posibilidad de que probablemente este misterioso personaje pudiera también cierta influencia en el estilo de la cantante.

Para ello, se desarrolló el nuevo de sistema de IA denominado IRFR-PRISMAL (*Images Retrieval and Face Recognition coupled with PRISMA methods in white, black and grey Literature*) (**Figura 25**).

Resultados y discusión

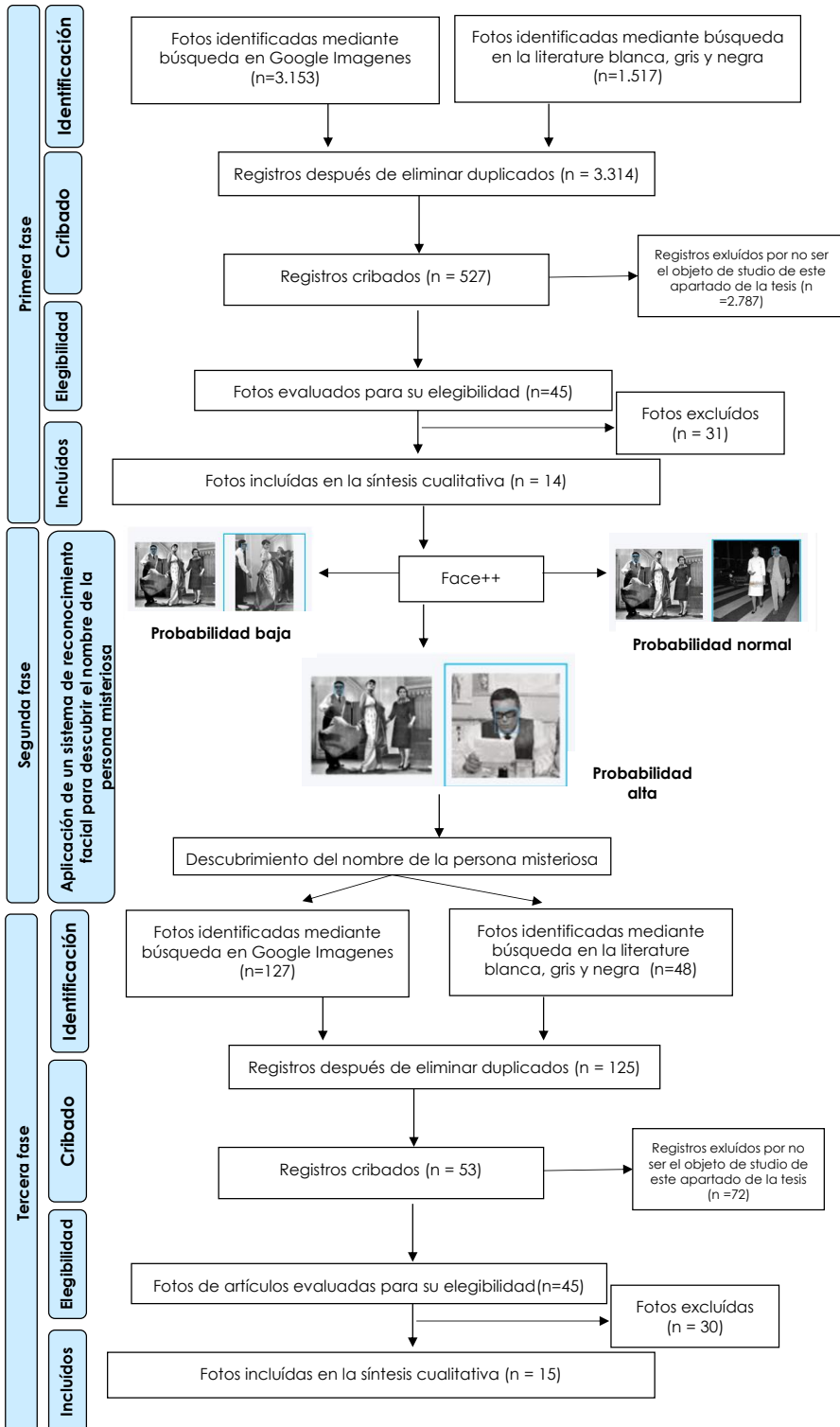


Figura 25. Diagrama de flujo del sistema IRFR-PRISMAL aplicado a fotos para realizar el descubrimiento del hombre no identificado (**Figura 6**), en la foto de 1958, junto a Maria Callas y Biki.

El método IRFR-PRISMAL se ha estructurado en tres fases:

- En primer lugar, se llevó a cabo una estrategia de búsqueda para encontrar fotos, incluyendo dos búsquedas principales basadas en: "Maria Callas" o "Callas" AND "Biki" o "Elvira Leonardi" OR "Elvira Leonardi Bouyere". Por otro lado, como criterios de exclusión, se consideraron dos razones: fotos en las que no se aparecían Maria Callas y Biki, y fotos a las que no es posible acceder o están muy borrosas. La fecha de búsqueda fue desde el 1 de enero de 1950 hasta el 18 de septiembre de 2022. Una vez combinados todos los términos de búsqueda, se obtuvo un número final de fotos para cada base de datos, incluyendo Google Imágenes y fotos publicadas en literatura "blanca" (artículos de revistas, actas de conferencias y libros), "gris" (preprints, e-prints, informes técnicos, conferencias, conjuntos de datos, medios audiovisuales y blogs) y "negra" (ideas, conceptos y pensamientos) (Enticott et al., 2018; Garousi et al., 2019), al cual le siguieron cuatro pasos: i) eliminar fotos duplicadas, ii) revisar fotos y excluir algunas que no cumplen con los objetivos de este estudio, iii) revisar fotos para evaluar su elegibilidad para su inclusión en este artículo y excluir fotos donde la persona desconocida no apareció, y iv) incluir fotos en la síntesis cualitativa que se aplicará en la segunda fase.
- En segundo lugar, las fotos seleccionadas previamente se integraron todas en Face++ (Megvii, 2022), que se basa en una estructura llamada 'Red neuronal convolucional de pirámide profunda' (*deep pyramid convolutional neural network*, DPCNN) (Sun et al., 2014). Face++ verificó la

probabilidad de que dos caras, siendo una de ellas extraída del artículo de Polzonetti (Polzonetti, 2014) en cuatro regiones faciales, como cejas, ojos, nariz y boca, pertenezcan a la misma persona y se clasificaron con tres umbrales incorporados: "Bajo", "Normal" y "Alto". Según Khanna et al. (2020), aplicamos el valor "Alto" como el límite de decisión para la verificación. Face++ tiene una precisión media de $0,9950 \pm 0,0036$ (González-Sosa et al., 2016). Es en esta fase cuando se descubrió el nombre del personaje desconocido: Alain Reynaud (nacido en 1924 y fallecido en 1982).

- En tercer lugar, repetimos la primera fase, pero en este caso con el nombre del sastre conocido.

Alain Reynaud había trabajado en París y Nueva York con Jacques Fath y Maurice Rentner, respectivamente (Lambert, 1976, p. 127). En 1951, conoció a Biki en el *Beistegui Bal Oriental* (también llamado el Bal del Siglo o Bal Oriental)⁵ en Venecia (Italia) y un año después, ella le propuso, a la moda parisina, unirse a la compañía de Biki (Canella, 2013), pero él rechazó su propuesta (Reinach, 2019).

En 1957, se casó con Roberta, la hija de Biki, en Milán (Italia). El vestido de novia de Roberta Bouyeure-Reynaud fue la última pieza proveniente de Geneviève Fath de la Maison Fath.

Después de su boda con Roberta, Alain se estableció en Milán y trabajó con/para Biki hasta su prematura muerte en 1982

⁵ Fue una famosa fiesta de disfraces celebrada en Venecia, Italia, el 3 de septiembre de 1951. El anfitrión de la fiesta fue el aristócrata y coleccionista de arte Carlos de Beistegui. El "Bal Oriental" fue famoso por su fastuosidad y extravagancia. Los invitados asistieron luciendo elaborados y lujosos disfraces, creando un ambiente de opulencia y estilo. El evento atrajo a celebridades, artistas y la alta sociedad de la época. La lista de invitados incluyó a personalidades destacadas de la moda, el arte y la cultura.

(Reinach, 2021). Biki cambió el concepto de trabajo y generó un estilo y marca reconocibles en su establecimiento, ya que, desde la entrada de Reynaud, pensó afortunadamente que el diseñador de moda estaba involucrado en la gestión del proceso de fabricación (Merlo y Perugini, 2022).



Figura 26. Detalles del Beistegui Bal Oriental celebrado, el 3 de septiembre de 1951, en Venecia (<https://acortar.link/WN2Psx>)

Además, su éxito fue importante gracias a su esposo, el anticuario Robert Bouyeure, que tenía una red internacional de conexiones necesarias para expandir su imperio de la moda (Merlo, 2015).

Después de la muerte de su yerno, reconoció que él fue responsable de deshacerse de la ropa terrible que tenía Callas y convertirla en una creadora de tendencias.

Alain la convirtió en una modelo de alta costura (Stancioff, 1988; p. 69) y Maria Callas permaneció así hasta la muerte de Reynaud, demostrando su lealtad al rechazar las ofertas de Dior, St. Laurent y Balenciaga (Stancioff, 1988; p. 110). Por otro lado, Biki justificó que Reynaud fue clave en la metamorfosis de Maria (Scott, 1992), durante su dramática pérdida de peso, enseñándole cómo

vestirse, caminar y elegir los accesorios adecuados (Gage, 2003, p. 72).

Polzonetti (2015) indicó que Maria Callas quería perder peso por sí misma o influenciada por otras personas, como la modista milanesa Biki. Es evidente la influencia de Reynaud en este tema no debe olvidarse, porque no solo fue su sastre sino también su amigo, como lo demuestran las fotos caminando por las calles de Milán en 1968 (Anónimo, 1968) (**Figura 27**) y París en 1958 (**Figura 28**).



Figura 27. Maria Callas y Alain Reynaud caminando por las calles de Milán en 1968 (<https://www.gbopera.it/2009/10/maria-e-biki-parte-terza/1968-milanoxi-0a>)



Figura 28. Alain Reynaud, Roberta Bouyeure-Reynaud y Maria Callas a su llegada al Palais Garnier en París (extraído Lora Layons, disponible en <https://www.pinterest.es/pin/545568942354464893/>).

De hecho, esta última foto tiene una gran trascendencia porque aparecen algunos de los personajes relacionados con la vida de María Callas, como son: Reynaud, al lado de él su mujer, Roberta Bouyeure-Reynaud, y, justo detrás de María, Elena Pozzan.

La foto se realizó el 19 de diciembre de 1958, al llegar, la cantante, para interpretar 'Tosca' de Puccini, en uno de los teatros de ópera más emblemáticos del mundo; el 'Palais Garnier' en París.

.

.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

V.CONCLUSIONES

1. La obsesión por adelgazar ha sido constante a lo largo de la historia, respaldada por personajes influyentes, generando seguimiento masivo.
2. La proliferación de dietas sin evaluación adecuada, fácilmente accesibles en Internet, representa un riesgo para la salud pública, especialmente para adolescentes.
3. La facilidad de acceso a tratamientos dietéticos no evidenciados científicamente es preocupante, específicamente para un público vulnerable.
4. La diversidad de enfoques dietéticos complica la evaluación detallada de su impacto nutricional.
5. Es necesario establecer una nueva terminología para las dietas milagrosas, desarrollando criterios globales para su detección y enfocándose en la calidad de los tratamientos para la pérdida de peso.
6. La historia revela que muchas dietas fueron creadas por personas no profesionales, y algunas alcanzaron fama más allá de su concepto original.
7. El riesgo para la salud de estas dietas radica en su bajo valor energético, según análisis nutricionales y casos clínicos a lo largo de los siglos.
8. Tratamientos como la 'Dieta del pomelo' se activaron por influencia de la industria, destacando la importancia del bajo contenido calórico sobre los alimentos específicos.
9. Algunos tratamientos comprometen seriamente la salud, como la 'Dieta del vinagre', asociada a trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.

10. El éxito de muchos tratamientos se basa en rumores y noticias falsas, como la 'Dieta de la tenia', que carece de respaldo científico.
11. La mayoría de los tratamientos estudiados provienen de Estados Unidos, país con elevada obesidad a nivel mundial.
12. De 179 dietas estudiadas, solo 4 son efectivas y creadas por Dietistas-Nutricionistas, destacando la importancia de la formación profesional.
13. La salud debe confiarse a profesionales, evitando riesgos potenciales, y la intervención del Dietista-Nutricionista es crucial para evitar caer en dietas peligrosas.
14. Los gobiernos deben adoptar medidas de salud pública, centradas en la prevención de la obesidad y la inclusión del Dietista-Nutricionista en programas de educación nutricional.
15. Los tratamientos para adelgazar deben ser liderados por profesionales de la nutrición para garantizar eficacia y seguridad, centrándose en hábitos saludables y ejercicio físico regular.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Abdel-Halim, R. E. (2005). Obesity: 1000 years ago. *The Lancet*, 366(9481), 204.
- Acocella S. (2010). Case Histories: Risks associated with the Atkins-style diets. In: *Nutritional perspectives: Journal of the Council on Nutrition*. ACA Council on Nutrition (pp. 33-36).
- Adams, F. (1884). *The Seven Books of Paulus Ægineta*. Sydenham Society.
- Addison H. (2003). *Hollywood and the rise of physical culture*. Routledge.
- Agatston A. (2003). The South Beach Diet: A Doctor's plan for fast and lasting weight loss. Headline.
- Akan, O. D., Qin, D., Guo, T., Lin, Q., & Luo, F. (2022). Sirtfoods: New Concept Foods, Functions, and Mechanisms. *Foods*, 11(19), 2955.
- Al Aaradji U, Hansson R. (2016). Effekt av intermittent fasta (5:2 dieten) jämfört med jämn isokalorisk energirestriktion [Internet]. Gothenburg University Publications Electronic Archive. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/44529>
- Al-Dhubhani, M.K., & Al-Tarawneh, A.M. (2015). The role of dentistry in treatment of obesity – Review. *The Saudi Journal for Dental Research*, 6, 152-156.
- Albala, K. (2002) Chapter 1. Overview of the Genre. En K. Albala *Eating Right in the Renaissance*. University of California Press (pp. 14-47).
- Allegri, R. (2008). *Maria Callas: Lettere d'amore*. Milan, Italy: Mondadori.
- Almenara, C. A., Aimé, A., & Maïano, C. (2020). Vinegar and weight loss in women of eighteenth-century France: a lesson from the past. *History of Psychiatry*, 31(2), 232-236.
- Amato, P.R. & Partridge, S.A. (1989). *The new vegetarians: Promoting health and protecting life*. Plenum.
- American Cancer Society (1993). Questionable methods of cancer management: 'nutritional' therapies". *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 43, 309–319.
- American Psychological Association (APA) (2024). Normas APA Guía Actualizada. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://normas-apa-edu.com>
- Amida, A. (1885). *Aetii Amideni Libri Medicinales I-IV*. Lipsia.
- Andela, S., Burrows, T. L., Baur, L. A., Coyle, D. H., Collins, C. E., & Gow, M. L. (2019). Efficacy of very low-energy diet programs for weight loss: A systematic review with meta-analysis of intervention studies in children and adolescents with obesity. *Obesity Reviews*, 20(6), 871-882.

- Anderson, J. W., Konz, E. C., & Jenkins, D. J. (2000). Health advantages and disadvantages of weight-reducing diets: a computer analysis and critical review. *Journal of the American College of Nutrition*, 19(5), 578-590.
- Anderson, S., Gonzalez, L.A., Jasbi, P. & Johnston, C.S. (2021) Evidence that daily vinegar ingestion may contribute to erosive tooth wear in adults. *Journal of Medicinal Food*, 24 (8), 894-896.
- Anónimo (5 de diciembre de 1912a). Tape Worms Given in Pills. *The Washington Post*, p. 5.
- Anónimo (6 de diciembre de 1912b). Tapeworm Pills for Fat People Merely a Wild Yarn, Say Experts. *The Washington Post*, p. 6.
- Anónimo (21 de febrero de 1914). A Story with a moral. *The Marion Daily Star*, p. 5.
- Anónimo. (1921). All the world's a film. *Picturegoer*, 5, 7.
- Anónimo. (1922a). *Modern Hospital*. 19, 31.
- Anónimo. (1922b). Annual Reports of the General Manager and Treasurer. Michigan Potato Growers' Exchange.
- Anónimo. (12 de julio de 1929) Hotel Paso del Norte. Hotel Paso del Norte introduces Ethel Barrymore's eighteen-day diet. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://www.newspapers.com/clip/14433824/1929-ethel-barrymores-eighteen-day>
- Anónimo (5 March 1965). Dieting: The Drinking Man's Danger. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,839328-1,00.html>
- Anónimo. (1968). Milano-Maria e Alain Reynaud. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://www.gbopera.it/2009/10/maria-e-biki-parte-terza>
- Anónimo. (1985). Great body Grapefruit Diet. *Weekly World News*, 6, 27-28
- Anónimo. (2003). Sizing up South Beach. It makes some good points, but The South Beach Diet has problems typical of diet books: lack of proof and some dubious claims. *Harvard Health Letter* 29(1) 5.
- Antoine A. (1968). *L'art de maigrir*. Alka Édition.
- Anton, S. D., Hida, A., Heekin, K., Sowalsky, K., Karabetian, C., Mutchie, H., ... & Barnett, T. E. (2017). Effects of popular diets without specific calorie targets on weight loss outcomes: systematic review of findings from clinical trials. *Nutrients*, 9(8), 822.
- Antoni, R., Robertson, T. M., Robertson, M. D., & Johnston, J. D. (2018). A pilot feasibility study exploring the effects of a moderate time-restricted feeding intervention on energy intake, adiposity

- and metabolic physiology in free-living human subjects. *Journal of Nutritional Science*, 7, e22.
- Aparicio, V. A., Nebot, E., García-del Moral, R., Machado-Vilchez, M., Porres, J. M., Sánchez, C., & Aranda, P. (2013). High-protein diets and renal status in rats. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 232-237.
 - Arciero P. (2020). The PRISE Life: Protein pacing for optimal health and performance. O'Leary Publishing.
 - Arciero, P. J., Baur, D., Connelly, S., & Ormsbee, M. J. (2014). Timed-daily ingestion of whey protein and exercise training reduces visceral adipose tissue mass and improves insulin resistance: the PRISE study. *Journal of Applied Physiology*, 117, 1-10.
 - Arciero, P. J., Edmonds, R. C., Bunsawat, K., Gentile, C. L., Ketcham, C., Darin, C., ... & Ormsbee, M. J. (2016a). Protein-pacing from food or supplementation improves physical performance in overweight men and women: the PRISE 2 study. *Nutrients*, 8(5), 288.
 - Arciero, P. J., Gentile, C. L., Martin-Pressman, R., Ormsbee, M. J., Everett, M., Zwicky, L., & Steele, C. A. (2006). Increased dietary protein and combined high intensity aerobic and resistance exercise improves body fat distribution and cardiovascular risk factors. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 16(4), 373-392.
 - Arciero, P. J., Gentile, C. L., Pressman, R., Everett, M., Ormsbee, M. J., Martin, J., ... & Nindl, B. C. (2008). Moderate protein intake improves total and regional body composition and insulin sensitivity in overweight adults. *Metabolism*, 57(6), 757-765.
 - Arciero, P. J., Ives, S. J., Norton, C., Escudero, D., Minicucci, O., O'Brien, G., ... & He, F. (2016b). Protein-pacing and multi-component exercise training improves physical performance outcomes in exercise-trained women: the PRISE 3 study. *Nutrients*, 8(6), 332.
 - Arciero, P. J., Miller, V. J., & Ward, E. (2015). Performance enhancing diets and the PRISE protocol to optimize athletic performance. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 715859.
 - Arciero, P. J., Ormsbee, M. J., Gentile, C. L., Nindl, B. C., Brestoff, J. R., & Ruby, M. (2013). Increased protein intake and meal frequency reduces abdominal fat during energy balance and energy deficit. *Obesity*, 21(7), 1357-1366.
 - Ard, J. D., Lewis, K. H., Rothberg, A., Auriemma, A., Coburn, S. L., Cohen, S. S., ... & Periman, S. (2019). Effectiveness of a Total Meal Replacement Program (OPTIFAST Program) on weight loss: results from the OPTIWIN Study. *Obesity*, 27(1), 22-29.

- Asimopoulos, S., & Asimopoulos, P. (2016). Life and work of Soranus of Ephesus, 'the father of gynecology'. *Timočki Medicinski Glasnik*, 41(4), 332-336.
- Astbury, N. M., Piernas, C., Hartmann-Boyce, J., Lapworth, S., Aveyard, P., & Jebb, S. A. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of meal replacements for weight loss. *Obesity Reviews*, 20(4), 569-587.
- Astrup, A., Larsen, T. M., & Harper, A. (2004). Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss?. *The Lancet*, 364(9437), 897-899.
- Astrup, A., Raben, A., & Geiker, N. (2015). The role of higher protein diets in weight control and obesity-related comorbidities. *International Journal of Obesity*, 39(5), 721-726.
- Atkins, R. C. (1998). Dr. Atkins' new diet revolution. Avon Books.
- Atkins, R.C. (1972). Dr. Atkin's diet revolution. David McKay Company.
- Atwater, W.O. (1894). Foods: Nutritive Value and Cost (No. 23); US Government Printing Office.
- Austin D. (2003). Shrink your female fat zones: Lose pounds and inches—Fast!—From your belly, hips, thighs, and more. Rodale Books.
- Avery R, Cawley J, Cunningham S, Eddelbuettel J, Eisenberg M & Mathios A. (s.f.) The role of repugnance in markets: How the Jared Fogle scandal affected patronage of Subway [Internet]. University of Georgia. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.terry.uga.edu/sites/default/files/inline-files/Subway%20Jared%20info%202023-03-14.pdf>
- Bailey C, Pattison J. (2019). The Fast 800 Recipe Book: Low-carb, Mediterranean style recipes for intermittent fasting and long-term health. London, UK: Short Books.
- Bailey, C.; Schenker, S. (2016). The 8-week blood sugar diet recipe book. Short Books: London, UK.
- Banting, W. (1863). Letter on Corpulence, Addressed to the Public; Harrison & Sons.
- Barnard, N. D., Levin, S. M., & Yokoyama, Y. (2015). A systematic review and meta-analysis of changes in body weight in clinical trials of vegetarian diets. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(6), 954-969.
- Barnett, M. (2018). The Weight Watchers Diet. Clinical Guide to Popular Diets, 113-126.
- Baron, J. H. (1997). Illnesses and creativity: Byron's appetites, James Joyce's gut, and Melba's meals and mésalliances. *BMJ*, 315(7123), 1697-1703.
- Baron, J., & Crisp, A. (2003). Byron's eating disorders. *The Byron Journal*, (31), 91-100.

- Barrea, L., Frias-Toral, E., Aprano, S., Castellucci, B., Pugliese, G., Rodriguez-Veintimilla, D., ... & Muscogiuri, G. (2021). The clock diet: A practical nutritional guide to manage obesity through chrononutrition. *Minerva Medica* 113(1), 172-188.
- Bartoš, H. (2020). Aristotle and his medical precursors on digestion and nutrition. En G. Korobili & R. Lo Presti, R. (Eds.) *Nutrition and Nutritive Soul in Aristotle and Aristotelianism*. De Gruyter (pp. 127-152).
- Basulto, J., Manera, M., Baladía, E., Miserachs, M., Rodríguez, V.M., Mielgo-Ayuso, J., Amigó, P., Blanquer, M., Babio, N., Revenga, J., Costa, A., Lucena-Lara, M., Blanco, E. & Pardos, C. (Authors), Sauló, A., Sotos, M. & Roca, A. (Reviewers). (2012a) ¿Cómo identificar un producto, un método o una dieta "milagro"? Recuperado 14 de febrero de 2024, de http://fedn.es/docs/grep/docs/dietas_milagro.pdf
- Basulto, J., Manera, M., Baladía, E., Moizé, V., Babio, N., Ruperto, M. & Sorigué, M.A. (Authors); Amigó, P., Blanco, E., Blanquer, M., Lluch, J., Gil, A., Revenga, J., Roca, L. & Sotos, M. (Reviewers). Dieta" o "método" Dukan. Postura del GREPAEDN. (2011). Recuperado 14 de febrero de 2024, de http://fedn.es/docs/grep/docs/Dieta_o_metodo_Dukan_Postura_GREPAEDN_Marzo_2011.pdf
- Basulto, J., Manera, M., Baladía, E., Revenga, J. & Babio, N. (Authors) Amigó, P., Gil, A., Mielgo, J., Sauló, A., San Mauro, I., Lucena, M. & Blanco, E. (Reviewers). (2012b) Postura del GREPAEDN sobre la 'Dieta Enteral por Sonda' para la pérdida de peso corporal. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://fedn.es/docs/grep/docs/dietaenteralsonda.pdf>
- Beatty, B. (2016). *Byron's Don Juan*. Routledge.
- Bender, A.E. (1994). Dietas mágicas y otros errores. En F. Grande Covián, G. Varela, D. Conning (Eds.), *Reflexiones sobre nutrición humana*. Fundación BBVA (pp. 357-389).
- Berg, F.M. (1999). Health risks associated with weight loss and obesity treatment programs. *Journal of Social Issues* 55(2), 277-297.
- Bevegni, C., & Adami, G. F. (2003). Obesity and obesity surgery in ancient Greece. *Obesity Surgery*, 13(5), 808-809.
- Bhutani, S., Klempel, M. C., Kroeger, C. M., Trepanowski, J. F., & Varady, K. A. (2013). Alternate day fasting and endurance exercise combine to reduce body weight and favorably alter plasma lipids in obese humans. *Obesity*, 21(7), 1370-1379.
- Biddle, R. (2001) Split Personality. *Forbes* 168(5), 85.
- Bidwell, V. (s.f). Timeline for the Life y Hard Times of Dr. Shelton. Recuperado 14 de febrero de 2024, de

<http://www.soilandhealth.org/02/0201hyglibcat/shelton.bio.bidwell.htm>

- Bijlefeld, M.; Zoumbaris, S.K. (2015) Encyclopedia of Diet Fads: Understanding Science and Society. Greenwood (p. 195).
- Blinder, B.J. & Chao, K.H. (2019). Eating disorders: A historical perspective. En Understanding Eating Disorders. Taylor & Francis (pp. 3–35).
- Boselli, P.M. (2011). Fenomenologia della Nutrizione, Raffaello Cortina Editore.
- Boselli, P.M. (2020). El método BFMNU: Interpretación Modelo-Fenomenológica de la Nutrición, Ediciones Mónsul.
- Bourges, H. (2004). ¿Cuál es el tratamiento nutricional del paciente obeso?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4 Supl 3), S120-S127.
- Brandt, J. (1927). The Grape Cure; Metaphysical Concepts.
- Bray, G. A. (1993). Commentary on Banting letters. *Obesity Research*, 1(2), 148-152.
- Bray, G. A. (1995). Life insurance and overweight. *Obesity Research*, 3(1), 97-99.
- Bray, G. A. (2020). In Memoriam: Alan Howard, MA, PhD, FRIC (1929–2020): as I knew him. *International Journal of Obesity*, 44(12), 2343-2346.
- Bret, D. (1998). Maria Callas: The Tigress and the Lamb. Robson Books Limited.
- Brill, I. C. (1923). The effect of a normal meal upon the blood sugar level in health and in certain conditions of disease: A simple food tolerance test. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/5042/mscr_1_Effect_of_normal_meal_upon_blood_sugar_level.pdf
- Brillat-Savarin, J.A. (1826). Physiologie du goût, ou méditations de gastronomie transcendante. G. de Gonet (p. 9).
- British Dietetic Association (2013). South Beach Diet. *Official BDA Members' Magazine*, 39(11), 1-4.
- Brown, H.G. (1962). Sex and the single girl: The unmarried woman's guide to men. Bernard Geis Associates.
- Brown, J. E., Mosley, M., & Aldred, S. (2013). Intermittent fasting: a dietary intervention for prevention of diabetes and cardiovascular disease?. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 13(2), 68-72.
- Brown, J.E., Isaacs, J., Krinke, B., Lechtenberg, E. & Murtaugh, M. (2011). Nutrition Through the Life Cycle (4th ed.). Cengage Learning.
- Brownell, K.D. (2000). The Learn Program for Weight Management 2000. American Health Pub Co.

- Budzanowska-Weglenda, D. (2018). Cato the Elder on human and animal diseases and medicines for them—according to the treatise on "Agriculture". *Classica Cracoviensia*, 21, 31-54.
- Bügel, S., Hertwig, J., Kahl, J., Lairon, D., Paoletti, F., & Strassner, C. (2016). The new Nordic diet as a prototype for regional sustainable diets. En Meybeck, A. & Redfern, S. (Eds.) *Sustainable value chains for sustainable food systems* (pp. 109-116).
- Burbano Cerón, J. M., & Góngora Lemos, I. (2022). El Network Marketing. Conceptualización, origen e identificación de empresas que lo usan. *Oikos Polis*, 7(1), 74-97.
- Burkitt, D. P., & Trowell, H. C. (1977). Dietary fibre and western diseases. *Irish Medical Journal*, 70(9), 272-277.
- Burroughs, S. (1976). *The Master Cleanser*. Burroughs Books.
- Bush, L. A., & Lane, K. E. (2018). Restricted diets-are they nutritionally adequate?. *Proceedings of the Nutrition Society*, 77(OCE4), E226.
- Butcher, N. (2004). The strange case of the walking corpse: a chronicle of medical mysteries, curious remedies, and bizarre but true healing folklore. *Penguin* (p. 89).
- Butler, S. A., & Cole, L. A. (2016). Evidence for, and associated risks with, the human chorionic gonadotropin supplemented diet. *Journal of Dietary Supplements*, 13(6), 694-699.
- Butryn, M.L.; Kerrigan, S.G.; Kelly, M. C. (2012). Self-guided weight loss. En Cash T.F. (Ed.) *Encyclopedia of body image and human appearance*, Vol. 2. Academic Press (pp. 718-723).
- Bynum, C.W. (1988). Part III. The Explanation, En C.W. Bynum, *Holy Feast and Holy Fast*. University of California Press (pp. 187-296).
- Cagney J. (1976). *Cagney by Cagney*. Knopf Doubleday Publishing Group.
- Canella M. (2013). Dalla sartoria al prêt-à-porter: le origini del sistema moda a Milano. En Landi, P. *Fare impresa con la cultura: Milano nel secondo dopoguerra (1945-1960)*. Cooperativa Libreria Universitaria Editrice Bologna (Clueb) (pp. 429-448).
- Carise, E. (1968a). *The Point Count Diet*. Ebury Publishing.
- Carise, E. (1968b). *Die gastronomische Wunderdiät in Punkten*. Buch-u. Schallträger-Verlag Schwarzer.
- Carlson, J. (2024). Of the most common weight-loss programs, Weight Watchers, Jenny Craig, Nutrisystem, and Medifast, which is the most effective? 2014 Awards for Excellence in Student Research and Creative Activity Documents. 2. Recuperado 14 de febrero de 2024, de http://thekeep.eiu.edu/lib_awards_2014_docs/2
- Carrà, R. (1993). *Las recetas de Raffaella Carrà*. Ediciones B.

- Carstairs, C. (2014). 'Look Younger, Live Longer': Ageing beautifully with Gayelord Hauser in America, 1920–1975. *Gender & History*, 26, 332-350.
- Cassell, J. A. (1995). Social anthropology and nutrition: A different look at obesity in America. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(4), 424-428.
- Castelnovo-Tedesco, P.; Buchanan, D.C.; Hall, H.D. Jaw wiring for obesity. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1980, 2(2), 156-159.
- Celsus, A.C. *De Medicina*; Harvard University Press: Cambridge, UK, 1935; pp. 5–36.
- Chalasani, S.; Fischer, J. South Beach Diet associated ketoacidosis: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2008, 2, 45.
- Chan, R. S., & Woo, J. (2010). Prevention of overweight and obesity: how effective is the current public health approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(3), 765-783.
- Chang, K., Nicoletti, A., Wang, T. & Fagan, JM. (2024). Multi-tasking leads to unconscious eating [Internet]. Rutgers University Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://rucore.libraries.rutgers.edu/rutgers-lib/38401/PDF/1>
- Charlton, A. (2005). An example of health education in the early 17th century: *Naturall and artificial Directions for Health* by William Vaughan. *Health Education Research*, 20(6), 656-664.
- Chen, L.A. & House, L. (2021). An overview of the grapefruit market in the US: FE1095/FE1095, 05/2021. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://journals.flvc.org/edis/article/download/125750/129964>
- Chen, M. L. (2002). Tea and health-An overview. En Zhen, Y.S. (Ed.) *Tea: Bioactivity and Therapeutic Potential*. CRC Press (pp.13-28).
- Cheuvront, S. N. (2003). The Zone Diet phenomenon: a closer look at the science behind the claims. *Journal of the American College of Nutrition*, 22(1), 9-17.
- Christen, A. G., & Christen, J. A. (1997). Horace Fletcher (1849-1919): "The Great Masticator". *Journal of the History of Dentistry*, 45(3), 95-100.
- Christman, G. (2002). The Atkins diet: an unresolved debate. *Nutrition Noteworthy* 5, 1-6.
- Christopoulou-Aletra, H., & Papavramidou, N. (2004). Methods used by the Hippocratic physicians for weight reduction. *World Journal of Surgery*, 28, 513-517.
- Chugay, P. N., & Chugay, N. V. (2014). Weight loss tongue patch: An alternative nonsurgical method to aid in weight loss in obese patients. *The American Journal of Cosmetic Surgery*, 31(1), 26-33.

- Chui, T. (2019). Conceptualization of "Taking the Essence"(bcud len) as Tantric Rituals in the Writings of Sangye Gyatso: A Tradition or Interpretation?. *Religions*, 10(4), 231.
- Churuangasuk, C., Kherouf, M., Combet, E., & Lean, M. (2018). Low-carbohydrate diets for overweight and obesity: a systematic review of the systematic reviews. *Obesity Reviews*, 19(12), 1700-1718.
- Clark, W. B. (2009). " The Black Dispatch": A Window on Ralph Ellison's First World. *The Mississippi Quarterly*, 62(1), 3-18.
- Clarke, R. E., Dordevic, A. L., Tan, S. M., Ryan, L., & Coughlan, M. T. (2016). Dietary advanced glycation end products and risk factors for chronic disease: a systematic review of randomised controlled trials. *Nutrients*, 8(3), 125.
- Coates, T.N. (2024). The Lagerfeld Diet. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.theatlantic.com/health/archive/2012/03/the-lagerfeld-diet/254018>
- Coe, S., Spiro, A., Lockyer, S., & Stanner, S. (2019). Ensuring a healthy approach to long-term weight management: Review of the Slimming World programme. *Nutrition Bulletin*, 44(3), 267-282.
- Coleman, C. D., Kiel, J. R., Mitola, A. H., Langford, J. S., Davis, K. N., & Arterburn, L. M. (2015). Effectiveness of a Medifast meal replacement program on weight, body composition and cardiometabolic risk factors in overweight and obese adults: a multicenter systematic retrospective chart review study. *Nutrition Journal*, 14(1), 1-15.
- Comerici, G. D. (1991). Fasting girls: The history of anorexia nervosa. *American Journal of Diseases of Children*, 145(2), 146-146.
- Conley, R. (2006) Commercial weight loss or non-dieting diet? *Arbor Clinical Nutrition Updates* 261, 1-3.
- Connolly, C.E. (1989). Sudden death and the Cambridge diet. *The Lancet* 2(8662), 572.
- Cook, C. M., Kern, H. J., Kaden, V. N., & Kelley, K. M. (2016). Comparison of Commercially-Available Portion Controlled Weight Loss Programs with a Self-Directed Diet: A Randomized Clinical Trial. *The FASEB Journal*, 30, 1b379-1b379.
- Cordain, L., Eaton, S. B., Sebastian, A., Mann, N., Lindeberg, S., Watkins, B. A., ... & Brand-Miller, J. (2005). Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(2), 341-354.
- Crayton, A. Uptake and choice of commercial weight loss products and services by adults in the UK. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://etheses.dur.ac.uk/9447>

- Cruise, J. (2005). The 3-hour diet: How lowcarb diets make you fat and timing makes you thin. HarperCollins.
- Cusack, L., De Buck, E., Compennolle, V., & Vandekerckhove, P. (2013). Blood type diets lack supporting evidence: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 98(1), 99-104.
- Dabke, P., & Das, A. M. (2020). Mechanism of action of ketogenic diet treatment: Impact of decanoic acid and beta—hydroxybutyrate on sirtuins and energy metabolism in hippocampal murine neurons. *Nutrients*, 12(8), 2379.
- D'Adamo, J. (1989). The D'Adamo Diet. McGraw-Hill.
- D'Adamo, P.J. & Whitney, C. (1996). Eat Right for Your Type. G.P. Putnam's Sons.
- Dansinger, M. L., Gleason, J. A., Griffith, J. L., Selker, H. P., & Schaefer, E. J. (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA*, 293(1), 43-53.
- David S. (2024). The Grapefruit diet. 2021 Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.webmd.com/diet/a-z/grapefruit-diet>
- Davidson, T. Fit for Life diet. In Longe, J.L. (ed.). The Gale Encyclopedia of Diets: A Guide to Health and Nutrition. Thomson Gale: Michigan, USA. 2007, pp. 383–385.
- De Beaufort, I. (2014). 'Please, sir, can I have some more?' Food, lifestyle, diets: Respect and moral responsibility. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 28(2), 235-245.
- De Pergola, G., Zupo, R., Lampignano, L., Paradiso, S., Murro, I., Cecere, A., ... & Triggiani, V. (2020). Effects of a low carb diet and whey proteins on anthropometric, hematochemical, and cardiovascular parameters in subjects with obesity. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-Immune, Endocrine & Metabolic Disorders)*, 20(10), 1719-1725.
- DeForest, C.J. (1958). Folk Medicine: A Vermont Doctor's Guide to good health. Henry Holt.
- Delabos, A. & Rapin, J.R. (2005) Mincir sur Mesure: Grâce à la Chrono-Nutrition. Éditions Albin Michel.
- Demont, P. (2018). Herodotus on health and disease. *Herodotus: Narrator, Scientist, Historian*, 175-96.
- Desault, P. (1733). Dissertation sur les maladies venerienes. Avec deux dissertations, l'une sur la rage, l'autre sur la phtisie. Pierre Calamy.
- Deutsch, E. & Bauer, K. (1980). Therapy of obesity. En Santos, W., Lopes, N., Barbosa, J.J., Chaves, D. & Valente, J.C. (Eds.). *Nutritional Biochemistry and Pathology*. Springer (pp. 323-330).

- Dhurandhar, E. J., Allison, D. B., van Groen, T., & Kadish, I. (2013). Hunger in the absence of caloric restriction improves cognition and attenuates Alzheimer's disease pathology in a mouse model. *PLoS One*, 8(4), e60437.
- Di Pietro, O. R., Frezza, M. L., Nobili, A. A., & Westman, E. C. (2014). A retrospective study on the safety and efficacy of a Ketogenic Feeding Tube Diet in the treatment of obesity. *Advances in Obesity, Weight Management & Control*, 1(1), 00005.
- Diet Weight-lose.com. The Astronaut Diet (500 calories diet): Low-calorie diet prescribed to pilot to lose 6 lbs in 2 days. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.diet-weight-lose.com/calorie-diet/astronaut-diet.php>
- Diodorus, S. (1721). The historical library of Diodorus the Sicilian in fifteen books to which are added the fragments of Diodorus. Taylor.
- DiSpirito, R. (2016). The negative calorie diet: Lose up to 10 pounds in 10 days with 10 all you can eat foods. Harper Wave/Harper Collins.
- Ditschuneit, H. H., & Flechtner-Mors, M. (2001). Value of structured meals for weight management: risk factors and long-term weight maintenance. *Obesity Research*, 9(S11), 284S-289S.
- Ditschuneit, H. H., Flechtner-Mors, M., Johnson, T. D., & Adler, G. (1999). Metabolic and weight-loss effects of a long-term dietary intervention in obese patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69(2), 198-204.
- Dods, R.F. (2013) Chapter 2: An early history of diabetes mellitus. En R.F. Dods (Ed.) *Understanding Diabetes: A biochemical Perspective*. Wiley (pp. 35-45).
- Domoff, S. E., Hinman, N. G., Koball, A. M., Storer-Isser, A., Carhart, V. L., Baik, K. D., & Carels, R. A. (2012). The effects of reality television on weight bias: An examination of The Biggest Loser. *Obesity*, 20(5), 993-998.
- Donnelly, J. E., Jakicic, J., & Gunderson, S. (1991). Diet and body composition: effect of very low calorie diets and exercise. *Sports Medicine*, 12, 237-249.
- Dow, C. A., Going, S. B., Chow, H. H. S., Patil, B. S., & Thomson, C. A. (2012). The effects of daily consumption of grapefruit on body weight, lipids, and blood pressure in healthy, overweight adults. *Metabolism*, 61(7), 1026-1035.
- Drouard, A. (1998). Doctor Carton's diet and the "natural" diets. *Cahiers de Nutrition et de Dietetique (France)*, 26, 332-350.
- Dukan, P. (2000). Je ne sais pas maigrir. Flammarion: Paris.
- Dumesnil, J. G., Turgeon, J., Tremblay, A., Poirier, P., Gilbert, M., Gagnon, L., ... & Deapés, J. P. (2001). Effect of a low-glycaemic index-low-fat-high protein diet on the atherogenic metabolic risk

- profile of abdominally obese men. *British Journal of Nutrition*, 86(5), 557-568.
- Dunbar, P. & Johnson, A. (2024). OMG! Creator of hit diet that knocked Dukan from top spot was Harry Potter actor. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2153782/OMG-Creator-hit-diet-knocked-Dukan-spot-Harry-Potter-actor.html>
 - Eades, M.R. & Eades, M.D. (1996). *Protein Power: The High-Protein/Low-Carbohydrate Way to Lose Weight, Feel Fit, and Boost Your Health--in Just Weeks!*. Bantam Books.
 - Eades, M.R. & Eades, M.D. (2002). *The 30-Day Low-Carb Diet Solution*. Houghton Mifflin.
 - Eaton, S. B., & Konner, M. (1985). Paleolithic nutrition: a consideration of its nature and current implications. *New England Journal of Medicine*, 312(5), 283-289.
 - Eaton, S.B.; Shostak, M. & Konner, M. (1988). *The Paleolithic Prescription: A Program of Diet and Exercise and a Design for Living*. Harper Collins.
 - Ebers, G. (1873). Papyrus Ebers. *Zeitschrift für ägyptische Sprache und Altertumskunde*, 11(1-12), 41-46.
 - Ehret, A. (1922). *Mucusless Diet Healing System*; Beneficial Books.
 - Eidsheim, N. S. (2017). Maria Callas's waistline and the organology of voice. *The Opera Quarterly*, 33(3-4), 249-268.
 - Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 13(4), 421-427.
 - Englehardt, S.L. *The nibbling diet: The natural way to lose weight and keep it off*. Putnam: New York, USA, 1978.
 - Enticott, J., Buck, K., & Shawyer, F. (2018). Finding "hard to find" literature on hard to find groups: A novel technique to search grey literature on refugees and asylum seekers. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(1), e1580.
 - Ecur, N. (2020). ¿Cómo consiguió la gran diva Maria Callas bajar de 110 kilos a 53?. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.lavanguardia.com/cultura/20201007/483898426902/como-consiguio-gran-diva-maria-callas-bajar-110-kilos-53.html>
 - European Parliament and Council. (2011). Regulation (EU) No 1169/2011 of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011 on the provision of food information to consumers, amending Regulations (EC) No 1924/2006 and (EC) No 1925/2006 of the European Parliament and of the Council, and repealing Commission Directive 87/250/EEC, Council Directive 90/496/EEC, Commission Directive 1999/10/EC, Directive 2000/13/EC of the European Parliament and of the Council, Commission Directives

- 2002/67/EC and 2008/5/EC and Commission Regulation (EC
Official Journal of the European Union, 304, 18-63.
- Eyton, F. (1982). *The F-plan*. Penguin.
 - Eyton, F. (2006). *The F2 Diet*. Transworld Publishers.
 - Fairweather-Tail, S. J., & Wright, A. J. A. (1985). The effect of 'fibre-filler' (F-plan diet) on iron, zinc and calcium absorption in rats. *British Journal of Nutrition*, 54(3), 585-592.
 - FDA. CAERS ASCII 2004-2013. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.fda.gov/media/128561/download>
 - Fehrman, C. & Fehrman, K.R. (2009). *Interior Design Innovators 1910-1960*. Fehrman Books.
 - Feliciotti, G. (2007). *Maria Caniglia: Storia e Cronaca*. Azzali.
 - FESNAD. (2008) Día Nacional de la Nutrición. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://www.fesnad.org/?seccion=dinamico&subSeccion=bloque&idS=3&idSS=32>
 - Finkelstein, E. A., & Verghese, N. R. (2019). Incremental cost-effectiveness of evidence-based non-surgical weight loss strategies. *Clinical Obesity*, 9(2), e12294.
 - Fisher, M. C., & Lachance, P. A. (1985). Nutrition evaluation of published weight-reducing diets. *Journal of the American Dietetic Association*, 85(4), 450-454.
 - Fletcher, H. (1903). *The New Glutton or Epicure*. Frederick Stokes Company.
 - Floyd BL. (2005). *Toledo: The 20th Century*. Charleston: Arcadia Publishing.
 - Food and Agriculture Organisation (FAO) (2024). *Glosario de términos*. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>
 - Food and Nutrition Board (FNB) (1943), *National Academy of Sciences: Recommended Dietary Allowances*. National Research Council Reprint and Circular Series.
 - Forth, C. E. (2012). Spartan mirages: fat, masculinity, and "softness". *Masculinidades y Cambio Social*, 1(3), 240-266.
 - Fortini, A. Fashion plates: The weird and wonderful dieting advice of Karl Lagerfeld. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://slate.com/culture/2005/06/karl-lagerfeld-tells-you-how-to-lose-a-few-pounds.html>
 - Foster, G. D., Wyatt, H. R., Hill, J. O., McGuckin, B. G., Brill, C., Mohammed, B. S., ... & Klein, S. (2003). A randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity. *New England Journal of Medicine*, 348(21), 2082-2090.
 - Fox, A. (1982). *The Beverly Hills medical diet*. Bantam.
 - Fox, E. (1935). *The Seven Day Mental Diet: How to Change Your Life in a Week*. BN Publishing.

- Fox, G. & Mirkin, B. (1999). The 20/30 Fat & Fibre Diet Plan: The Weight-Reducing, Health-Promoting Nutrition System for Life. William Morrow Paperbacks.
- Foxcroft, L. (2012). Calories and Corsets: A history of dieting over two thousand years.
- Frank, A., Graham, C., & Frank, S. (1981). Fatalities on the liquid-protein diet: an analysis of possible causes. *International Journal of Obesity*, 5(3), 243-248.
- Frank, J., Poh-Fitzpatrick, M. B., King Jr, L. E., & Christiano, A. M. (1998). The genetic basis of "Scarsdale Gourmet Diet" variegate porphyria: a missense mutation in the protoporphyrinogen oxidase gene. *Archives of Dermatological Research*, 290, 441-445.
- Freedman, M. R., King, J., & Kennedy, E. (2001). Popular diets: a scientific review. *Obesity Research* 9, 1s-40s.
- Freeman, T. F., Willis, B., & Krywko, D. M. (2014). Acute intractable vomiting and severe ketoacidosis secondary to the Dukan Diet®. *Journal of Emergency Medicine*, 47(4), e109-e112.
- Friedman, L.M. (2018). *Crime Without Punishment: Aspects of the History of Homicide*. Cambridge University Press.
- Fujioka, K., Greenway, F., Sheard, J., & Ying, Y. (2006). The effects of grapefruit on weight and insulin resistance: relationship to the metabolic syndrome. *Journal of Medicinal Food*, 9(1), 49-54.
- Fulton, V.A. (2012). *Six Weeks to OMG: Get skinnier than all your friends*. Penguin.
- Fundación Española de la Nutrición (FEN) e Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM). (2009). Dietas y productos mágicos. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009823.pdf>
- Gage N. (2000). *Greek fire: the story of Maria Callas and Aristotle Onassis*. Knopf.
- Gage N. (2003). *Onassis et la Callas: une tragédie grecque des temps modernes*. Succès du livre-Éd. De la Seine.
- Galloway, J.H. (2000). Sugar. En Kiple, K.F.; Ornelas, K.C. (Eds). *The Cambridge world history of food*. Vol 1. University Press Cambridge (pp. 437– 449).
- Gamble, J. L. (1989). Physiological information gained from studies on the life raft ration. *Nutrition Reviews*, 47(7), 199-201.
- Gambon, D. L., Brand, H. S., & Veerman, E. C. (2012). Unhealthy weight loss. Erosion by apple cider vinegar. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 119(12), 589-591.
- Garaulet, M. (2004). *Pierde peso sin perder la cabeza*. Editeca Red.

- García Fuentes, M., Redondo Figuero, C., González Lamuño, D., Noriega Borge, M. J., de Rufino Rivas, P., González Gross, M., ... & Moreno Aznar, L. (2007). Obesidad infantil en España. Epidemiología, comorbilidades y prevención con especial referencia a la población adolescente. *Informa Salud Infancia Adolescencia y Sociedad (SIAS-6)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad de Pediatría Social (pp. 211-226).
- Gardner, C. D., Kiazand, A., Alhassan, S., Kim, S., Stafford, R. S., Balise, R. R., ... & King, A. C. (2007). Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: the A TO Z Weight Loss Study: a randomized trial. *JAMA*, 297(9), 969-977.
- Gardner, C. D., Kim, S., Bersamin, A., Dopler-Nelson, M., Otten, J., Oelrich, B., & Cherin, R. (2010). Micronutrient quality of weight-loss diets that focus on macronutrients: results from the A TO Z study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92(2), 304-312.
- Garelick, R. K. (1995). Outrageous dieting: The camp performance of Richard Simmons. *Postmodern Culture*, 6(1).
- Gargallo, M., Basulto, J., Bretón, I., Quiles, J., Formiguera, X., Salas-Salvadó, J. & Consensus Group FESNAD-SEEDO. (2012). Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults. *Nutrición Hospitalaria* 27(3), 800-832.
- Garousi, V., Felderer, M., & Mäntylä, M. V. (2019). Guidelines for including grey literature and conducting multivocal literature reviews in software engineering. *Information and Software Technology*, 106, 101-121.
- Georgoulis, A. D., Kiapidou, I. S., Velogianni, L., Stergiou, N., & Boland, A. (2007). Herodicus, the father of sports medicine. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 15, 315-318.
- Ghaedi, E., Mohammadi, M., Mohammadi, H., Ramezani-Jolfaie, N., Malekzadeh, J., Hosseinzadeh, M., & Salehi-Abargouei, A. (2019). Effects of a Paleolithic diet on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Advances in Nutrition*, 10(4), 634-646.
- Gilman, S.L. (2008). *Diets and dieting: A cultural encyclopedia*. Routledge.
- Gittleman, A.L. (1988). *Beyond Pritikin*. Bantam Books.
- Gittleman, A.L. (2002). *The Fat Flush Plan*. McGraw-Hill.
- Giustini, D., & Thompson, D. (2012). *Finding the hard to finds: Searching for grey literature*. University of British Columbia.
- Glancy, M. (2006). Temporary American citizens? British audiences, Hollywood films and the threat of Americanization in the 1920s. *Historical Journal of Film, Radio and Television*, 26(4), 461-484.

- Goggins, A. & Matten, G. (2017). *The Sirtfood Diet*. Gallery Books.
- González, J.F.R. & Amat, E.P. (2007). Obesidad: ¿Epidemia del siglo XXI?. *Enfermería Docente* 87, 29-31.
- González-Sosa, E., Vera-Rodríguez, R., Fierrez, J. & Ortega-García J. (2016). Dealing with occlusions in face recognition by region-based fusion. En *2016 IEEE International Carnahan Conference on Security Technology (ICCST)* (pp. 1-6).
- Gough, B. (2007). 'Real men don't diet': An analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. *Social Science & Medicine*, 64(2), 326-337.
- Grace, S. (2013). Fat Loss 4 Idiots Meal Plan. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://issuu.com/hanlehai/docs/fat_loss_4_idiots_meal_plan#google_vignette
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108.
- Grascinsky, C. (1998). *Antiobesidad*. Autores Editores.
- Green, N. J., Fowles, G. A., & Chadwick, S. J. (1988). Biliary colic after micro dieting. *Postgraduate Medical Journal*, 64(751), 401-402.
- Greenstein, J. P., Otey, M. C., Birnbaum, S. M., & Winitz, M. (1960). Quantitative nutritional studies with water-soluble, chemically defined diets. X. Formulation of a nutritionally complete liquid diet. *Journal of the National Cancer Institute*, 24(1), 211-219.
- Greydanus, D. E., & Joav Merrick, M. D. (2019). Obesity: A new disease or old history?. *International Journal of Child Health and Human Development*, 12(3), 185-201.
- Grosskurth, P. (1997). *Byron, the Flawed Angel*; Hodder & Stoughton.
- Grosskurth, P. (1997). *Byron: The flawed angel*. Houghton Mifflin.
- Grosso, G., Bella, F., Godos, J., Sciacca, S., Del Rio, D., Ray, S., ... & Giovannucci, E. L. (2017). Possible role of diet in cancer: systematic review and multiple meta-analyses of dietary patterns, lifestyle factors, and cancer risk. *Nutrition Reviews*, 75(6), 405-419.
- Gry, J., Black, L., Eriksen, F. D., Pilegaard, K., Plumb, J., Rhodes, M., ... & Kroon, P. A. (2007). EuroFIR-BASIS—a combined composition and biological activity database for bioactive compounds in plant-based foods. *Trends in Food Science & Technology*, 18(8), 434-444.
- Gudzone, K. A., Doshi, R. S., Mehta, A. K., Chaudhry, Z. W., Jacobs, D. K., Vakil, R. M., ... & Clark, J. M. (2015). Efficacy of commercial weight-loss programs: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 162(7), 501-512.

- Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2), 0-0.
- Gutteresen, C. (2005). *The Sonoma Diet: Trimmer Waist, Better Health in Just 10 Days!*. Meredith Books.
- Haas, E.M. & Stauth, C. (2001). *The False Fat Diet: The Revolutionary 21-Day Program for Losing the Weight You Think Is Fat*. Ballantine Books.
- Habowski, S., Ziegenfuss, T., Sandrock, J., Raub, B., Kedia, W., & Lopez, H. (2017). A Prospective Evaluation of a Commercial Weight Loss Program on Body Weight and Body Circumferences in Overweight/Obese Men and Women. *The FASEB Journal*, 31, lb291-lb291.
- Hall, H. (2014). Food myths: what science knows (and does not know) about diet and nutrition. *Skeptic* 19(4), 10-9.
- Hall, H. (2017). The SkepDoc: pH mythology: separating pHacts from pHiction. *Skeptic (Altadena, CA)*, 22(2), 4-6.
- Hall, H. (2024). Blue Zones diet: Speculation based on misinformation. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://sciencebasedmedicine.org/blue-zones-diet-speculation-based-on-misinformation>
- Hall, K.D (2022) Energy compensation and metabolic adaptation: 'The Biggest Loser' study reinterpreted. *Obesity* 30(1), 11-13.
- Halpern, B., & Halpern, A. (2015). Why are anti-obesity drugs stigmatized?. *Expert Opinion on Drug Safety*, 14(2), 185-189.
- Hamachi. (2008). *Morning Banana Diet*. Bunkasha Publishers.
- Hamilton, M., & Greenway, F. (2004). Evaluating commercial weight loss programmes: an evolution in outcomes research. *Obesity Reviews*, 5(4), 217-232.
- Harris, L., Hamilton, S., Azevedo, L. B., Olajide, J., De Brún, C., Waller, G., ... & Ells, L. (2018). Intermittent fasting interventions for treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review and meta-analysis. *JBI Evidence Synthesis* 16(2), 507-547.
- Haslam, D. (2007). Obesity: a medical history. *Obesity Reviews*, 8, 31-36.
- Haslam, D. (2016). Weight management in obesity—past and present. *International Journal of Clinical Practice*, 70(3), 206-217.
- Haslam, D. (2023). Losing weight. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=02a641484627d9f2a83e57a38f105d1c95166422>
- Hauser, B.G. (1930). *Harmonized Food Selection, with the Famous Hauser Body-Building System*; Tempo Books.
- Hay, W.H. (1929). *Toward Health via Food*. Sun Diet Health Service.

- He, F., Zuo, L., Ward, E., & Arciero, P. J. (2017). Serum polychlorinated biphenyls increase and oxidative stress decreases with a protein-pacing caloric restriction diet in obese men and women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 59.
- Healthy Weight Network (2024). 24 years of Slim Chance Awards (2013-1989). Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://www.healthyweight.net/fraud1.html>
- Healy, M. (1987). Subcontractors and the equal access to justice act. *Army Law* 1(1), 28.
- Heller, R. F., & Heller, R. F. (1994). Hyperinsulinemic obesity and carbohydrate addiction: the missing link is the carbohydrate frequency factor. *Medical Hypotheses*, 42(5), 307-312.
- Heller, R.F.; Heller, R.F. The Carbohydrate Addict's Diet: The lifelong solution to yo-yo dieting. Dutton: New York, USA; 1991.
- Helminski, F. (1993). Use and abuse of medical service marks. *Mayo Clinic Proceedings*, 68(12), 1212-1213.
- Hendrie, G. A., Baird, D. L., Brindal, E., Williams, G., Brand-Miller, J., & Muhlhausler, B. (2021). Weight loss and usage of an online commercial weight loss program (the CSIRO total wellbeing diet online) delivered in an everyday context: five-year evaluation in a community cohort. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), e20981.
- Hensz, R.A. (1985). Rio Red, a new grapefruit with deep red color. *Journal of the Rio Grande Valley Horticultural Society* 38, 75-76.
- Herbert, V. (1988). Critical evaluation of Harvey & Marilyn Diamond's Book. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://quackwatch.org/public_html/wp-content/uploads/sites/33/quackwatch/dietscam/reports/fit_for_life.pdf
- Hernández, A., Zomeño, M.D., Dégano, 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 (Engl Ed)*. 72, 916-924.
- Heymsfield, S. B. (2010). Meal replacements and energy balance. *Physiology & Behavior*, 100(1), 90-94.
- Hindmarsh, M. D., & Nicholls, M. A. (2019). Lifestyle management in type 2 diabetes. *InnovAiT*, 12(6), 310-314.
- Hirji, F. (2007). Queen Latifah. En Hess, M. (Ed.) *Icons of Hip Hop: An Encyclopedia of the Movement, Music, and Culture*. Greenwood Press (pp. 217-219).
- Hoeger, W. & Hoeger, S. (2007). *Fitness and Wellness*. Thomson Learning, Inc.

- Hoffercker, L. (2020). Grey literature searching for systematic reviews in the health sciences. *The Serials Librarian*, 79(3-4), 252-260.
- Hoffman, H. N. (1965). Mayo Diets are not from the Mayo Clinic. *JAMA*, 192(8), 727-727.
- Hofmekler, O. & Holtzberg, D. (2002). *The Warrior Diet: How to Take Advantage of Undereating and Overeating*. Dragon Door Publications.
- Hokama, T., & Binns, C. (2008). Declining longevity advantage and low birthweight in Okinawa. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 20, 95-101.
- Horne, B. D., Muhlestein, J. B., & Anderson, J. L. (2015). Health effects of intermittent fasting: hormesis or harm? A systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 102(2), 464-470.
- Hotel Paso del Norte. (12 July 1929). Hotel Paso del Norte introduces Ethel Barrymore's eighteen day diet. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.newspapers.com/clip/14433824/1929-ethel-barrymores-eighteen-day>
- Howard, A. (1985). *The Cambridge Diet*. Jonathan Cape Ltd.
- Howard, A. N., & Baird, I. M. (1977). A long-term evaluation of very low calorie semi-synthetic diets: an inpatient/outpatient study with egg albumin as the protein source. *International Journal of Obesity*, 1(1), 63-78.
- Howard, A. N., Grant, A. M., Edwards, O. M., Littlewood, E. R., & Baird, M. (1978). The treatment of obesity with a very-low-calorie liquid-formula diet: an inpatient/outpatient comparison using skimmed-milk protein as the chief protein source. *International Journal of Obesity*, 2(3), 321-332.
- Huang, R. Y., Huang, C. C., Hu, F. B., & Chavarro, J. E. (2016). Vegetarian diets and weight reduction: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of General Internal Medicine*, 31(1), 109-116.
- Hubbard, B. (2007). Meal Replacement-Based Weight-Loss Programs. *Obesity Management*, 3(6), 292-295.
- Hudnall, M. (1987). Nutri-system's new flavor theory: much ado about nothing?. *Environmental Nutrition (USA)*, 10(7).
- Hufeland, C.W. (1854). *Hufeland's Art of Prolonging Life*; Ticknor, Reed and Fields.
- Humplik H. (1964). Treatment of obesity. *Munchener Medizinische Wochenschrift* (1950), 106, 1183-1186.
- Humplik, W. H. (1971). Wasteful nutrition as therapy of overweight and its consequences. *Wiener Medizinische Wochenschrift* (1946), 121(40), 692-707.

- Iason, A. H. (1946). *The Thyroid Gland in Medical History*. Froben Press.
- Ikenberry, C.S. y Eikenberry, W.L. (1956). A history and genealogy of Peter Eichenberg family in the U.S.A. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://archive.org/details/historygenealogy00iken/page/202/mode/2up>
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2018). Absence of excess body fatness. IARC Handbooks of Cancer Prevention.
- Ives, S. J., Norton, C., Miller, V., Minicucci, O., Robinson, J., O'Brien, G., ... & Arciero, P. J. (2017). Multi-modal exercise training and protein-pacing enhances physical performance adaptations independent of growth hormone and BDNF but may be dependent on IGF-1 in exercise-trained men. *Growth Hormone & IGF Research*, 32, 60-70.
- Jameson, G. & Williams, E. (1964). *The Drinking Man's Diet*. Cameron and Co.
- Jáuregui-Lobera, I. (2017). Dietas de moda, dietas milagro, culto a las dietas... sin resultados. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 2(3), 90-93.
- Jefatura del Estado (2007). Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, 71, 12611-12645.
- Jellinek, G. (1986). *Callas: Portrait of a prima donna*. Courier Corporation.
- Jenkins, A., McCormick, C., Tate, S., Campbell, J., & Wolever, T. (2022). Effect of consuming a high protein, high fiber shake on measures of satiety: A randomized, controlled, cross-over study in healthy overweight and obese subjects. *Current Developments in Nutrition*, 6, 6009446.
- Jenkins, D. J., Ocana, A., Jenkins, A. L., Wolever, T. M., Vuksan, V., Katzman, L., ... & Patten, R. (1992). Metabolic advantages of spreading the nutrient load: effects of increased meal frequency in non-insulin-dependent diabetes. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2), 461-467.
- Jenkins, D. J., Wolever, T. M., Vuksan, V., Brighenti, F., Cunneane, S. C., Rao, A. V., ... & Josse, R. G. (1989). Nibbling versus gorging: metabolic advantages of increased meal frequency. *New England Journal of Medicine*, 321(14), 929-934.
- Jenner, M. (2020). Bathing and baptism: Sir John Floyer and the politics of cold bathing. En K. Sharpe & S.N. Zwicker (Eds.). *Refiguring Revolutions*. University of California Press (pp. 197–216).
- Johnson, G. D. (2005). *The encyclopedic history of fitness*. California State University.

- Johnston, C. S., & Buller, A. J. (2005). Vinegar and peanut products as complementary foods to reduce postprandial glycemia. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(12), 1939-1942.
- Johnston, C. S., & Gaas, C. A. (2006). Vinegar: medicinal uses and antiglycemic effect. *Medscape General Medicine*, 8(2), 61.
- Johnston, J. D., Ordovás, J. M., Scheer, F. A., & Turek, F. W. (2016). Circadian rhythms, metabolism, and chrononutrition in rodents and humans. *Advances in Nutrition*, 7(2), 399-406.
- Johnstone, A. (2015). Fasting for weight loss: an effective strategy or latest dieting trend?. *International Journal of Obesity*, 39(5), 727-733.
- Jones, C.K. (2008). *Byron: The Image of the Poet*. University of Delaware Press.
- Jupp, E. (2012). After the Dukan, Get the Skinny on the Omg Diet. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/after-the-dukan-get-the-skinny-on-the-omg-diet-7836832.html>
- Kamiński, M., Skonieczna-Żydecka, K., Nowak, J. K., & Stachowska, E. (2020). Global and local diet popularity rankings, their secular trends, and seasonal variation in Google Trends data. *Nutrition*, 79, 110759.
- Kanzow, P., Wegehaupt, F. J., Attin, T., & Wiegand, A. (2016). Etiology and pathogenesis of dental erosion. *Quintessence International*, 47(4).
- Katahn M. (1986). *The Rotation Diet*. W. W. Norton & Company.
- Katahn, M. (1989). *The T-Factor Diet*. Norton.
- Katahn, M. (1996). *The Tri-Color Diet: A Miracle Breakthrough in Diet and Nutrition for a Longer, Healthier Life*. Norton.
- Katz, D. L. (2003). Pandemic obesity and the contagion of nutritional nonsense. *Public Health Reviews*, 31(1), 33-44.
- Kaya Kaçar, H., Avery, A., Bennett, S., & McCullough, F. (2020). Dietary patterns and fatigue in female slimmers. *Nutrition & Food Science*, 50(6), 1213-1227.
- Keogh, J. B., & Clifton, P. M. (2005). The role of meal replacements in obesity treatment. *Obesity Reviews*, 6(3), 229-234.
- Keys, A. & Keys, M. (1959). *Eat Well and Stay Well*. Double Day.
- Keys, A. & Keys, M. (1959). *Eat Well and Stay Well*. Double Day.
- Keys, A. & Keys, M. (1975). *How to Eat Well and Stay Well the Mediterranean Way*. Double Day.
- Keys, A., Aravanis, C., Blackburn, H., Van Buchem, F. S. P., Buzina, R., Djordjevic, B. S., ... & TAYLOR, H. L. (1972). Coronary heart disease: overweight and obesity as risk factors. *Annals of Internal Medicine*, 77(1), 15-26.

- Khanna A., Thakur A., Tewari A., and Bhat A., "Cross-age face verification using face aging", In 2020 2nd International Conference on Image Processing and Machine Vision, pp. 94-99, 2020.
- Khawandannah, J. & Tewfik, I. (2016). Fad diets: lifestyle promises and health challenges. *Journal of Food Research* 5(6), 80-94.
- Klein, A.V. & Kiat H (2015) Detox diets for toxin elimination and weight management: a critical review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 28(6):675–686.
- Kondo, T., Kishi, M., Fushimi, T., Ugajin, S. & Kaga, T. (2009). Vinegar intake reduces body weight, body fat mass, and serum triglyceride levels in obese Japanese subjects. *Bioscience, Biotechnology, and Biochemistry*, 73 (8), 1837-1843.
- Konstantinidi, M., & Koutelidakis, A. E. (2019). Functional foods and bioactive compounds: A review of its possible role on weight management and obesity's metabolic consequences. *Medicines*, 6(3), 94.
- Kopp, W. (2019). How western diet and lifestyle drive the pandemic of obesity and civilization diseases. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 2221-2236.
- Kopytek BA. (2013) Toledo's Three Ls: Lamson's, Lion Store and Lasalle's. Cheltenham: The History Press.
- Kreitzman, S. N., & Howard, A. N. (Eds.). (1993). The Swansea trial: body composition and metabolic studies with a very-low-calorie diet (VLCD) (Vol. 25). Smith-Gordon.
- Król, G., Tomaszewska, A., Wróbel, G., Paprocka, P., Durnas, B., Piktel, E., & Bucki, R. (2019). Toxicity of parasites and their unconventional use in medicine. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(4), 523-531.
- Kubala, J. & Raman, R. Cookie diet review: How it works, benefits, and down-sides. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.healthline.com/nutrition/cookie-diet-review>
- Kuchkuntla, A. R., Limketkai, B., Nanda, S., Hurt, R. T., & Mundi, M. S. (2018). Fad diets: hype or hope?. *Current Nutrition Reports*, 7, 310-323.
- Kushi, L. H., Cunningham, J. E., Hebert, J. R., Lerman, R. H., Bandera, E. V., & Teas, J. (2001). The macrobiotic diet in cancer. *Journal of Nutrition*, 131(11), 3056S-3064S.
- Kushi, M. & Blauer, S. (1985). *The Macrobiotic Way: The Complete Macrobiotic Diet & Exercise Book*. Most Avery Books.
- Kushner, R. & Kushner, N. (2003). *Dr. Kushner's Personality Type Diet*. St. Martin's Press.
- Kwa, B. H. & Kwa, B. H. (2017). *Cysticercosis: The Ides of March*. En Kwa, B.H. (Ed.) *The Parasite Chronicles: My Lifelong Odyssey*

- Among the Parasites that Cause Human Disease*. Springer (pp. 21-34).
- Labib, M., Marks, V., Patten, J., Barker, P., Laurent, S., & Boulter, P. (1987). Insulinoma unmasked by the Cambridge diet. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 294(6584), 1383.
 - Laermans, J., & Depoortere, I. (2016). Chronobesity: role of the circadian system in the obesity epidemic. *Obesity Reviews*, 17(2), 108-125.
 - Lagerfeld, K., Houdret, J.-C. (2002). Die 3-D-Diät. Dt. Taschenbuch-Verlag.
 - Lambert E. (1976). World of fashion: people, places, resources. R. Bowker Co.
 - Lane, H. W., Bourland, C., Barrett, A., Heer, M., & Smith, S. M. (2013). The role of nutritional research in the success of human space flight. *Advances in Nutrition*, 4(5), 521-523.
 - Lansdown, R. (2015). Byron's letters and journals: a new selection. OUP Oxford.
 - Lantigua, R. A., Amatruda, J. M., Biddle, T. L., Forbes, G. B., & Lockwood, D. H. (1980). Cardiac arrhythmias associated with a liquid protein diet for the treatment of obesity. *New England Journal of Medicine*, 303(13), 735-738.
 - Larsen, T. M., Dalskov, S. M., van Baak, M., Jebb, S. A., Papadaki, A., Pfeiffer, A. F., ... & Astrup, A. (2010). Diets with high or low protein content and glycemic index for weight-loss maintenance. *New England Journal of Medicine*, 363(22), 2102-2113.
 - Laudenslager, M., Chaudhry, Z. W., Rajagopal, S., Clynes, S., & Gudzone, K. A. (2021). Commercial weight loss programs in the Management of Obesity: an update. *Current Obesity Reports*, 10, 90-99.
 - Le Monde. (2014). L'ordre des médecins radie le docteur Dukan. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/01/24/l-ordre-des-medecins-radie-le-docteur-dukan_4354228_1651302.html
 - Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., ... & Casanueva, F. F. Prevention, diagnosis, and treatment of obesity. (2017). 2016 position statement of the Spanish Society for the Study of Obesity. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* 64 (Supl 1): 15-22.
 - Leighton, H. (7 June 2017). Sleeping Beauty Diet: Women are using sedatives to lose weight, risking dangerous side effects. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.chron.com/life/health/article/Is-Sleeping-Beauty-Diet-good-for-you-11202114.php>

- Levan, L. D. (2014). Fat bodies in space: controlling fatness through anthropometric measurement, corporeal conformity, and visual representation. *Fat Studies*, 3(2), 119-129.
- Leyerle, B. (2009). Refuse, filth, and excrement in the homilies of John Chrysostom. *Journal of Late Antiquity*, 2(2), 337-356.
- Lhotta, K., Höfle, G., Gasser, R., & Finkenstedt, G. (1998). Hypokalemia, hyperreninemia and osteoporosis in a patient ingesting large amounts of cider vinegar. *Nephron*, 80(2), 242-243.
- Li, Z. & Heber, D. (2020). The Pritikin Diet. *JAMA* 323, 1104.
- Lichtenstein, A. H., Appel, L. J., Brands, M., Carnethon, M., Daniels, S., Franch, H. A., ... & Wylie-Rosett, J. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*, 114(1), 82-96.
- Lichtheim, M. (2006). *Ancient Egyptian Literature Vol. 3. The Late Period.*; University of California Press.
- Liljeberg, H., & Björck, I. (1998). Delayed gastric emptying rate may explain improved glycaemia in healthy subjects to a starchy meal with added vinegar. *European Journal of Clinical Nutrition*, 52(5), 368-371.
- Linder, E., Shmerling, H., & Knoblauch, M. (1974). Astronaut diet in surgery. *Helvetica Chirurgica Acta*, 41(1-2), 185-187.
- Linn, R. (1977). *The Last Chance Diet--When Everything Else Has Failed: Dr. Linn's Protein-Sparing Fast Program.*
- Li-wei, Z. H. E. N. G., Di-ze, L., & Jun-zhuo, L. U. (2014). Effects of vinegar on tooth bleaching and dental hard tissues in vitro. *Journal of Sichuan University (Medical Science Edition)*, 45(6).
- Lokash, J. (2007). Byron and the pathology of creativity; or, the biogenesis of poetic form. *Journal of Literature and Science*, 1(1) 24-39.
- Lopez-Cortes, O. D., Betancourt-Núñez, A., Bernal Orozco, M. F., & Vizmanos, B. (2022). Scoping reviews: una nueva forma de síntesis de la evidencia. *Investigación en Educación Médica*, 11(44), 98-104.
- Lukeš, J., Kuchta, R., Scholz, T., & Pomajbíková, K. (2014). (Self-) infections with parasites: re-interpretations for the present. *Trends in Parasitology*, 30(8), 377-385.
- Lüscher, A. (2002). *Reproductive Decisions of the Hermaphroditic Tapeworm Schistocephalus Solidus*. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://pure.mpg.de/rest/items/item_1507534_2/component/file_1507533/content
- Lutz, W. (1975). *Leben ohne Brot*. Verlag.

- Lynn, J. (2005). Measuring resting metabolic rate and its benefits for the guests of the Hilton Head Health Institute 2005. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://core.ac.uk/download/pdf/5009785.pdf>
- Lytton, D. G., & Resuhr, L. M. (1978). Galen on abnormal swellings. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 33(4), 531-549.
- Ma, Y., Pagoto, S. L., Griffith, J. A., Merriam, P. A., Ockene, I. S., Hafner, A. R., & Olendzki, B. C. (2007). A dietary quality comparison of popular weight-loss plans. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(10), 1786-1791.
- MacCarthy, F. (2002). Byron: Life and Legend. John Murray.
- MacLean, A., Maycock, M., Hunt, K., Mailer, C., Mason, K., & Gray, C. M. (2022). Fit for LIFE: the development and optimization of an intervention delivered through prison gymnasias to support incarcerated men in making positive lifestyle changes. *BMC Public Health*, 22(1), 783.
- Mancini, J. G., Filion, K. B., Atallah, R., & Eisenberg, M. J. (2016). Systematic review of the Mediterranean diet for long-term weight loss. *The American Journal of Medicine*, 129(4), 407-415.
- Marks, J. & Howard, A. (1986). The development of the Cambridge Diet. In *The Cambridge Diet*. Springer (32-36).
- Marlatt, A.L. (1911). A laboratory manual of home economics I: Food for the sick. University of Wisconsin, p. 333.
- Marques-Lopes, I., Russolillo-Femenías, G., Lopes-Rosado, E., & Bressan, J. (2002). Dietas adelgazantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 25 (Supl. 1), 163-173.
- Martínez, Y. U., Cadalso, A. E. R., Muñoz, R. D. C. R., Silvia, V., Jiménez, R., Barroso, M. M., & Chaviano, R. F. D. (2021). Application of Medicinal Plants on Menopause Symptoms. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 9, 245-255.
- Mattes, R. D. (2002). Ready-to-eat cereal used as a meal replacement promotes weight loss in humans. *Journal of the American College of Nutrition*, 21(6), 570-577.
- Matus, M. (2024). Tapeworm Diet: History, Methods, and Dangers. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.freedieting.com/tapeworm-diet>
- Mayer, A., & Mayer, J. M. (2019). "America, Let's Get Real" about Stigmatization—An Analysis of the Opening Sequence of *The Biggest Loser*. *Journal of Managerial Issues*, 246-259.
- Mazel, J. & Wyatt, M. (1996). The New Beverly Hills Diet: The latest weight-loss research that explains a conscious food-combining program for LIFELONG SLIMHOOD. Health Communications, Inc.
- Mazel, J. (1981). The Beverly Hills Diet. Mac Millan Publishing Co Inc.

- McBride, M. (2015). Slim4Life Weight Loss. Exhibit B: Summarization of Results of Verification Performed on November 25, 2015. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://slim4life.com/independent-reviews.pdf>
- McCord, H. (2001). The Peanut Butter Diet. St Martins Pr.
- McCoy, K. & Bass, P.F. (2009). The grapefruit diet. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.everydayhealth.com/diet-nutrition/grapefruit-diet.aspx>
- McGraw, J. (2003). The Ultimate Weight Solution for Teens. The Free Press.
- Mechanick, J.I. & Kushnet, R.F. (2016). Lifestyle medicine: a manual for clinical practice. Springer.
- Megvii Inc. (s. f.). Face++ research toolkit [Sitio web]. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://www.faceplusplus.com>
- Meneghini, G. B. (1982). My Wife Maria Callas. Bodley Head.
- Merlo, E. (2015). When Fashion Met Industry. Biki and Gruppo Finanziario Tessile (1957–72). *Journal of Modern Italian Studies*, 20(1), 92-110.
- Merlo, E., & Perugini, M. (2022). Making Italian fashion global: Brand building and management at Gruppo Finanziario Tessile (1950s–1990s). In *The Brand and Its History* (pp. 250-277). Routledge.
- Mermelstein, S. & Wapner, C. (1998). The Frozen Food Diet. *Good Housekeeping* 237, 119-121.
- Metropolitan Life Insurance Company, M. L. I. C. (1959). New weight standards for men and women. *Statistical Bulletin (Met. Life)* 40, 1–10
- Metropolitan Life Insurance Company. (1943). Ideal weights for women. *Statistical Bulletin*, 23, 6-8.
- Miller, P. M. (2008). The New Hilton Head Metabolism Diet: Revised for the 1990's and Beyond. Hachette.
- Mills, A. R. (1998). The last illness of Lord Byron. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 28(1), 73-80.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Nota técnica. Encuesta Nacional de Salud España. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Mirkin, G. B., & Shore, R. N. (1981). The Beverly Hills diet: Dangers of the newest weight loss fad. *JAMA*, 246(19), 2235-2237.
- Miyagi, S., Iwama, N., Kawabata, T., & Hasegawa, K. (2003). Longevity and diet in Okinawa, Japan: the past, present and future. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 15(1_suppl), S3-S9.
- Modi, N. & Priefer, R. (2020) Effectiveness of mainstream diets. *Obesity Medicine* 18, 100239.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group*. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269.
- Mohr, A. E., Jasbi, P., Bowes, D. A., Dirks, B., Whisner, C. M., Arciero, K. M., ... & Arciero, P. J. (2022). Exploratory analysis of one versus two-day intermittent fasting protocols on the gut microbiome and plasma metabolome in adults with overweight/obesity. *Frontiers in Nutrition*, 2546.
- Mondal, S. (2014). Science of Exercise: Ancient Indian Origin. *Journal of the Association of Physicians of India*, 62, 73.
- Montignac, M. (1987). Je mange donc je maigris ou. Les secrets de la nutrition. Artulen.
- Moore, C. S., Lindroos, A. K., Kreutzer, M., Larsen, T. M., Astrup, A., Van Baak, M. A., ... & Diogenes. (2010). Dietary strategy to manipulate ad libitum macronutrient intake, and glycaemic index, across eight European countries in the Diogenes Study. *Obesity Reviews*, 11(1), 67-75.
- Moore, D.L.-L. (1974). Lord Byron; Accounts Rendered; HarperCollins Publishers.
- Morales-Suarez-Varela, M., Collado Sanchez, E., Peraita-Costa, I., Llopis-Morales, A., & Soriano, J. M. (2021). Intermittent fasting and the possible benefits in obesity, diabetes, and multiple sclerosis: a systematic review of randomized clinical trials. *Nutrients*, 13(9), 3179.
- Morris, E., Aveyard, P., Dyson, P., Noreik, M., Bailey, C., Fox, R., ... & Jebb, S. A. (2020). A food-based, low-energy, low-carbohydrate diet for people with type 2 diabetes in primary care: a randomized controlled feasibility trial. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 22(4), 512-520.
- Mosley, M. & Spencer, M. (2013). The Fast Diet: The secret of intermittent fasting—lose weight, stay healthy, live longer. Simon & Schuster.
- Mosley, M. (2015). The 8-week Blood Sugar Diet: Lose Weight Fast and Reprogram Your Body for Life. Simon & Schuster.
- Mosley, M. (2017). The Clever Gut Diet: How to revolutionise your body from the inside out. Short Books.
- Mosley, M. (2018). The Fast 800: How to combine rapid weight loss and intermittent fasting for long-term health. Short Books.
- Mosley, M. (2020). Fast Asleep: How to get a really good night's rest. Short Books.
- Moye, D. (22 de agosto de 2014). Mom Gives Daughter Tapeworms to Make Her Lose Weight. [Vídeo]. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://www.youtube.com/watch?v=dbAFhD_Fks

- Muñiz Pedrogo, D.A.M.; Jensen, M.D.; Van Dyke, C.T.; Murray, J.A.; Woods, J.A.; Chen, J.; Kashyap, P.C. & Nehra, V. (2018). Gut microbial carbohydrate metabolism hinders weight loss in overweight adults undergoing lifestyle intervention with a volumetric diet. *Mayo Clinic Proceedings* 93(8), 1104-1110.
- Murphy, M. C., Chapman, C., Lovegrove, J. A., Isherwood, S. G., Morgan, L. M., Wright, J. W., & Williams, C. M. (1996). Meal frequency; does it determine postprandial lipaemia?. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50(8), 491-497.
- Muscogiuri, G., Barrea, L., Aprano, S., Framondi, L., Di Matteo, R., Laudisio, D., ... & Opera Prevention Project. (2020). Chronotype and adherence to the mediterranean diet in obesity: Results from the opera prevention project. *Nutrients*, 12(5), 1354.
- Muscogiuri, G., Barrea, L., Aprano, S., Framondi, L., Di Matteo, R., Altieri, B., ... & Colao, A. (2021). Chronotype and cardio metabolic health in obesity: does nutrition matter?. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 72(7), 892-900.
- Nagumo, Y. (2013). *One Meal a Day*. Wisdom House Books.
- National Council against Health Fraud. (6 de abril de 2005) 'Dr.' Robert O. Young Lacks Legitimate Credentials. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.ncahf.org/digest05/05-14.html>
- Naude, C. E., Schoonees, A., Senekal, M., Young, T., Garner, P., & Volmink, J. (2014). Low carbohydrate versus isoenergetic balanced diets for reducing weight and cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 9(7), e100652.
- Navaro, D. A., Raz, O., Gabriel, S., Shriqui, V. K., Gonen, E., & Boaz, M. (2017). Functional foods in fad diets: A review. *Functional Foods in Health and Disease*, 7(9), 702-715.
- Negra, D. (2010). Exile, return, and new economy subjectivity in Last Holiday. En Negra, D. (Ed.) *Old and New Media after Katrina*. Palgrave MacMillan (pp. 131-147).
- Neighbors-Dembereckyi, L., & Painter, J. E. (2002). Online diet analysis tools: a functional comparison.(For Your Information). *Journal of the American Dietetic Association*, 102(12), 1738-1743.
- Newswire (2024). The Tapeworm Diet Can Help You Lose Drastic Weight. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.newswire.com/the-tapeworm-diet-can-help-you/109863>
- Nicholson, N.J. (2016). *The Poetics of Victory in the Greek West: Epinician, Oral Tradition and the Deinomenid Empire*. Oxford University Press.
- Nikaein, F., Zargarán, A., & Mehdizadeh, A. (2012). Rhazes' concepts and manuscripts on nutrition in treatment and health care. *Ancient Science of Life*, 31(4), 160-163.

- Noakes, M. & Clifton, P. (2005). The CSIRO Total Wellbeing Diet. New American Library.
- Noakes, M. & Clifton, P. (2006). The CSIRO Total Wellbeing Diet Book 2. Penguin and CSIRO.
- Noakes, T. D. (2013). Low-carbohydrate and high-fat intake can manage obesity and associated conditions: Occasional survey. *South African Medical Journal*, 103(11), 826-830.
- Nordmann, A. J., Nordmann, A., Briel, M., Keller, U., Yancy, W. S., Brehm, B. J., & Bucher, H. C. (2006). Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 166(3), 285-293.
- Nozad, A., Naseri, M., Safari, M. B., Abd Al Ahadi, A., & Ghaffari, F. (2016). Food reduction in Avicenna's view and related principles in classical medicine. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6) e25760.
- Nucci, D., Santangelo, O. E., Nardi, M., Provenzano, S., & Gianfredi, V. (2021). Wikipedia, Google Trends and Diet: Assessment of Temporal Trends in the Internet Users' Searches in Italy before and during COVID-19 Pandemic. *Nutrients*, 13(11), 3683.
- Nuño, A. (2020) La increíble historia de las dietas milagro: lombrices, caucho y otras ideas desquiciantes. . Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-03-25/recorrido-dietas-largo-tiempo-nutricion_2513431
- Nutridieta.com. (2024). Astronaut diet, lose 3 kilos in 3 days. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.nutridieta.com/en/astronaut-diet-loses-3-kilos-in-3-days>
- Nutrisystem. (2024). Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.nutrisystem.com>
- Offit, P. (2013). Do You Believe in Magic? The Sense and Nonsense of Alternative Medicine. Harper Collins.
- Oh, R., Gilani, B. & Uppaluri, K.R. (2020). Low Carbohydrate Diet. StatPearls Publishing.
- Oliver, D., & Andrews, K. (2021). Brief intervention of low carbohydrate dietary advice: clinic results and a review of the literature. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 28(5), 496-502.
- Onakpoya, I., O'Sullivan, J., Heneghan, C., & Thompson, M. (2017). The effect of grapefruits (*Citrus paradisi*) on body weight and cardiovascular risk factors: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57(3), 602-612.

- OPTIFAST®. (1999) Ongoing weight management and individual use. In OPTIFAST® reference guide Novartis Nutrition Health Risk Management Division (pp. 1-31).
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2024). Glosario de términos. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>
- Oribasius. (1873). Synopsis ad Eustathium. En B. Daremberg (Ed.) *Oeuvres d'Oribase*. L'Imprimerie Nationale.
- Ornish, D. *Eat More, Weigh Less*. HarperCollins Publishers. New York. USA, 1993.
- Ornish, D., Brown, S. E., Billings, J. H., Scherwitz, L. W., Armstrong, W. T., Ports, T. A., ... & Brand, R. J. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?: The Lifestyle Heart Trial. *The Lancet*, 336(8708), 129-133.
- Orr, C. (2019). Diets delivered. *Network Journal* 27(1), 56.
- Ortega, R.M., López-Sobaler, A.M., Andrés, P., Requejo, A.M., Aparicio, A. & Molinero, L.M. DIAL Software for Assessing Diets and Food Calculations (for Windows, Version 3.0.0.5). Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://www.alceingenieria.net/nutricion.htm>
- Östman, E., Granfeldt, Y., Persson, L., & Björck, I. (2005). Vinegar supplementation lowers glucose and insulin responses and increases satiety after a bread meal in healthy subjects. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(9), 983-988.
- Otten, J., Mellberg, C., Ryberg, M., Sandberg, S., Kullberg, J., Lindahl, B., ... & Olsson, T. (2016). Strong and persistent effect on liver fat with a Paleolithic diet during a two-year intervention. *International Journal of Obesity*, 40(5), 747-753.
- Otten, J., Stomby, A., Waling, M., Isaksson, A., Tellström, A., Lundin-Olsson, L., ... & Olsson, T. (2017). Benefits of a Paleolithic diet with and without supervised exercise on fat mass, insulin sensitivity, and glycemic control: a randomized controlled trial in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 33(1), e2828.
- Owen, J.L. (s.f.) *Common Helminthes of the Human Intestine with an Application to the Duties of a Medical Inspector of School-Children*. Annexe Thesis Digitisation Project 2016 Block 6. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://era.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/19210/OwenJL_1908redux.pdf
- Packer, B.C. (2014). *Baby food diet: Achieve weight loss with the baby food diet*. CreateSpace Independent Publishing Platform.

- Painter, J. & Kotake, A. (2001). Comparing theories, meal plans and macronutrient compositions of popular high protein diets. *Foodservice Research International*, 13(2), 111-117.
- Papavramidou, N., & Christopoulou-Aletra, H. (2007). Greco-Roman and Byzantine views on obesity. *Obesity Surgery*, 17, 112-116.
- Pascual, R. W., Phelan, S., La Frano, M. R., Pilolla, K. D., Griffiths, Z., & Foster, G. D. (2019). Diet quality and micronutrient intake among long-term weight loss maintainers. *Nutrients*, 11(12), 3046.
- Passos, J. A., Vasconcellos-Silva, P. R., & Santos, L. A. D. S. (2020). Cycles of attention to fad diets and internet search trends by Google trends. *Ciencia & Saude Coletiva*, 25, 2615-2631.
- Paterson, W. (1982) Was Byron anorexic? *World Medical* 15, 35-38.
- Patterson, R. E., Laughlin, G. A., Sears, D. D., LaCroix, A. Z., Marinac, C., Gallo, L. C., ... & Villaseñor, A. (2015). Intermittent fasting and human metabolic health. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(8), 1203.
- Pearl, R. (1932). Quotations: Tobias Venner and His "Via Recta". *Human Biology*, 4(4), 558.
- People v. Burroughs. 1984. Crim. No. 23151. Supreme Court of California. April 19, 1984. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://law.justia.com/cases/california/supreme-court/3d/35/824.html>
- Perricone, N. (2000). *The Wrinkle Cure*. Rodale Books.
- Perricone, N. (2004). *The Perricone Prescription: A Physician's 28-Day Program for Total Body and Face Rejuvenation*. Harper Collins.
- Perricone, N. (2005). *The Perricone Weight-Loss Diet Personal Daily Journal: A Diet Journal to Keep You Focused on Your Weight-Loss Goals*. Ballantine.
- Perricone, N. (2007). *The Perricone Weight-Loss Diet: A Simple 3-Part Plan to Lose the Fat, the Wrinkles, and the Years*. Ballantine.
- Perry C. (14 April 2011). Brandstatter brought the party to old Hollywood. *Los Angeles Times* 33.
- Pes, G. M., Dore, M. P., Tsofliou, F., & Poulain, M. (2022). Diet and longevity in the Blue Zones: A set-and-forget issue?. *Maturitas*, 164, 31-37.
- Pescatore, F. (2004). *The Hamptons Diet: Lose Weight Quickly and Safely with the Doctor's Delicious Meal Plans*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Pescatore, F. (2005). How to get the most out of a low carb diet. *Townsend Letter for Doctors and Patients* 258, 110-112.
- Peters, L.H. (1918). *Diet and Health with Key to the Calories*. The Reilly and Lee Co.

- Peters, M. D., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., ... & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB1 Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126.
- Petsaleš-Diomedes, N. (2001). The unknown Callas: the Greek years (Vol. 14). Hal Leonard Corporation.
- Phillips, B. (2003) Eating for Life: Your Guide to Great Health, Fat Loss and Increased Energy! High Point Media: Issaquah, WA.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (2006). An evolutionary perspective on dieting. *Appetite* 47, 30-35.
- Polzonetti, P. (2015). Eating and Drinking in Opera: Traviata and the Callas Diet. En Rehding, A. (Ed.) Oxford Handbooks Online: Music: Scholarly Research Reviews. Oxford University Press. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://academic.oup.com/edited-volume/42059/chapter/355875377>
- Poulain, M. (2011). Exceptional longevity in Okinawa: A plea for in-depth validation. *Demographic Research*, 25, 245-284.
- Principal V. (1987). The Principal Diet. MacMillan Publishers Ltd.
- Pritikin, N. & McGrady, P.M. (1977). The Pritikin Program for diet and exercise. Bantam Books.
- Protospatharius, T. (1992). Comments in the Hippocratic Aphorisms by Theophilus Protospatharius and Damaskius. University of California.
- Pruett, C. (2007). Game Design for Managers. *Interface: The Journal of Education, Community and Values*, 7(5).
- Quackwriter (s.f.). *Eat!Eat!Eat! Those Notorious Tapeworm Diet Pills. The Quack Doctor*. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://thequackdoctor.com/index.php/eat-eat-eat-those-notorious-tapeworm-diet-pills>
- Quetelet, A., & Boccardo, G. (1875). Cap. 2: Relazioni tra il peso e la statura En G. Boccardo (Ed.) *Fisica Sociale ossia svolgimento delle facoltà dell'uomo*. Unione Tipografico-Editrice Torinese.
- Quiroz-Kendall, E., Wilson, F. A., & King Jr, L. E. (1983). Acute variegated porphyria following a Scarsdale Gourmet Diet. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 8(1), 46-49.
- Rabine, M. (1935). Building resistance to dental caries. *International Journal of Orthodontia and Dentistry for Children*, 21(5), 456-463.
- Racker, E. (1963). Calories don't count--if you don't use them. *The American Journal of Medicine*, 35, 143-144.
- Ramsey-Stewart, G., & Martin, L. (1985). Jaw wiring in the treatment of morbid obesity. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 55(2), 163-167.

- Rance, C. (1975). *The History of Medicine in 100 Facts*. Amberley Publishing.
- Rashidi, M. R., Mahboob, S., & Sattarivand, R. (2003). Effects of nibbling and gorging on lipid profiles, blood glucose and insulin levels in healthy subjects. *Saudi Medical Journal*, 24(9), 945-948.
- Rasmussen, N. (2019). Downsizing obesity: On Ancel Keys, the origins of BMI, and the neglect of excess weight as a health hazard in the United States from the 1950s to 1970s. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 55(4), 299-318.
- Reagle, J. (2019). Chapter 6: Hacking Health. In *Hacking Life* Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://hackinglife.mitpress.mit.edu/pub/razodglh>
- Real Academia Española (RAE) (2024) Dieta. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://dle.rae.es/dietaRolls>
- Redondo, R. (2022). A harsh childhood weight-related environment: a retrospective qualitative study of adult women with overweight or obesity. Bowling Green State University.
- Reel, J. (2017). *Filling Up: The Psychology of Eating*. ABC-CLIO.
- Reinach S.S. (2019) *Biki: French Visions for Italian Fashion*. Rizzoli.
- Reinach S.S. (2021). The global reach of Italian fashion: Biki's cosmopolitan legacy. *ZoneModa Journal*, 11 (1S), 9-14.
- Reiter, C. S., & Graves, L. (2010). Nutrition therapy for eating disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 122-136.
- Rémy, P. J. (1978). *Maria Callas, a Tribute*. St. Martin's Press.
- Reut, Z. (1991). Tape worm and diet. *Journal of the Royal Society of Health*, 111(6), 251.
- Revenga, J. (2012). La malla supralingual: otro despropósito adelgazante. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://juanrevenga.com/2012/06/la-malla-supralingual-otro-despropósito-adelgazante>
- Rezaeipour, M., & Nychyporuk, G. L. (2014). Investigating the effects of negative calorie diet compared with low-calorie diet on weight loss and lipid profile in sedentary overweight/obese middle-aged and older Men. *Kuwait Medical Journal*, 46(2), 106-11.
- Rezaeipour, M., Apanasenko, G. L., & Nychyporuk, V. I. (2014). Investigating the effects of negative-calorie diet compared with low-calorie diet under exercise conditions on weight loss and lipid profile in overweight/obese middle-aged and older men. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 44(5), 792-798.
- Ricco, A., Chiaradia, G., Piscitelli, M., & La Torre, G. (2007). The effects of Mediterranean Diet on Cardiovascular diseases: a systematic review. *Italian Journal of Public Health*, 4(2), 119-127.
- Richardson, D.P. (1992). Wind and flatulence a problem aired (or Baked Beans and the F-Plan). *Nutrition Bulletin* 17(3), 233-235.

- Rickman, F., Mitchell, N., Dingman, J., & Dalen, J. E. (1974). Changes in serum cholesterol during the Stillman diet. *JAMA*, 228(1), 54-58.
- Risher D. (1936). How can I keep thin?-It's greatest worry in Cinema hand. *Today San Pedro News Pilot*, 275, 4.
- Roberts, D. C. (2001). Quick weight loss: sorting fad from fact. *The Medical Journal of Australia*, 175(11-12), 637-640.
- Roberts, S. (2006). *The Shangri-La Diet*. Penguin.
- Roberts, S. (2012). The reception of my self-experimentation. *Journal of Business Research*, 65(7), 1060-1066.
- Robertson, A. (2006). Diet's healthy blend of science and practicality. *Nature* 439, 912.
- Robertson, W. A. (1929). "The Castel of Helth" and Its Author, Sir Thomas Elyot. *Annals of Medical History*, 1(3), 270.
- Robinson, P. H., Clarke, M., & Barrett, J. (1988). Determinants of delayed gastric emptying in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Gut*, 29(4), 458-464.
- Robinson, T.R. (1921). The bud-sport origin of a new pink-fleshed grapefruit in Florida. *Journal of Heredity*, 12(5), 195-198.
- Rodgers, S., Goss, A., Goldney, R., Thomas, D., Burnet, R., Phillips, P., ... & Wise, P. (1977). Jaw wiring in treatment of obesity. *The Lancet*, 309(8024), 1221-1223.
- Rogers, J. F. (1925). In an Old Health-Book. *The Scientific Monthly*, 20(1), 73-77.
- Rolls, B. & Barnett, R. (2000). *The Volumetrics Weight-Control Plan: Feel Full on Fewer Calories* (Volumetrics series). William Morrow.
- Rolls, B. & Barnett, R. (2011). *Volumetrics: Feel Full on Fewer Calories*. Harper Collins.
- Rolls, B. & Hermann, M. (2012) *The Ultimate Volumetrics Diet: Smart, Simple, Science-Based Strategies for Losing Weight and Keeping It Off*. William Morrow Cookbooks.
- Rolls, B. (2005). *The Volumetrics Eating Plan: Techniques And Recipes For Feeling Full On Fewer Calories* (Volumetrics series). William Morrow.
- 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. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 60(4), 476-487.
- Rosedale, R. (2004). *The Rosedale diet*. William Morrow Paperbacks.
- Ross, A. (1993). Health and diet in 19th-century America: a food historian's point of view. *Historical Archaeology*, 27, 42-56.
- Rouseff, R. L., Ruiz Perez-Cacho, P., & Jabalpurwala, F. (2009). Historical review of citrus flavor research during the past 100

- years. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 57(18), 8115-8124.
- Rubin, J. (2005). *The Maker's Diet*. Penguin.
 - Ruby, M., Repka, C. P., & Arciero, P. J. (2016). Comparison of protein-pacing alone or combined with yoga/stretching and resistance training on glycemia, total and regional body composition, and aerobic fitness in overweight women. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(7), 754-764.
 - Rushing, K.T. (2005). *A low carbohydrate diet: Treating obesity related disorders in adults* (Doctoral dissertation). Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://ttu-ir.tdl.org/handle/2346/981>
 - Rushmore, N. (1984). *The Singing Voice*; Dembner Books (p. 231).
 - Russell, G., & Ferrie, S. (2008). Health and environmental implications of the CSIRO Total Wellbeing Diet. *Nutrition & Dietetics*, 65(2), 139-143.
 - Rzeznicka, Z., Kokoszko, M., & Jagusiak, K. (2014). Cured Meats in Ancient and Byzantine Sources: Ham, Bacon and "Tucchetum". *Studia Ceranea. Journal of the Waldemar Cera Research Centre for the History and Culture of the Mediterranean Area and South-East Europe*, 4, 245-259.
 - Sackner-Bernstein, J., Kanter, D., & Kaul, S. (2015). Dietary intervention for overweight and obese adults: comparison of low-carbohydrate and low-fat diets. A meta-analysis. *PloS One*, 10(10), e0139817.
 - Salomon, H. (1954). Points on the lectures of Dr. Gaylord Hauser. *El Dia Medico*, 26(58), 1674-1675.
 - Santacroce, L., Bottalico, L., & Charitos, I. A. (2017). Greek medicine practice at ancient Rome: The physician molecularist Asclepiades. *Medicines*, 4(4), 92.
 - Santonicola, A., Gagliardi, M., Guarino, M. P. L., Siniscalchi, M., Ciacci, C., & Iovino, P. (2019). Eating disorders and gastrointestinal diseases. *Nutrients*, 11(12), 3038.
 - Schaefer, A. (2017) 4 Ways the Cotton Ball Diet Could Kill You. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.healthline.com/health/eating-disorders/ways-the-cotton-ball-diet-could-kill-you>
 - Schamroth, C. (2014). Adverse effects of the 'Noakes' diet on dyslipidaemia. *Cardiovascular Journal of Africa*, 25(4), 192.
 - Schmidt, R. & Warwick, D. (2010) *Little Girl Blue: The Life of Karen Carpenter*. Chicago Review Press.
 - Science History Images and Alamy Stock Photo. (1925) 18 Day reducing diet. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.alamy.com/stock-photo-18-day-reducing-diet-1925-134945216.html>

- Scott, M. (1992) Maria Meneghini Callas; Northeastern University Press.
- Sears, B. (1995). The Zone. Regan Books.
- Sears, B. (2014). The Mediterranean Zone: For a Longer, Leaner, Healthier Life. Hammersmith Health Books.
- Shamel, A. D. (1920). Origin of a grapefruit variety having pink-colored fruits. *Journal of Heredity*, 11(4), 157-160.
- Shapin, S. (2003). Trusting George Cheyne: Scientific expertise, common sense, and moral authority in early eighteenth-century dietetic medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, 263-297.
- Shapin, S. (2018). Was Luigi Cornaro a dietary expert?. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 73(2), 135-149.
- Shapiro, H.M. (2001). Dr Shapiro's Picture Perfect Weight Loss Shoppers G: Supermarket Choices for Permanent Weight Loss. Rodale Press.
- Shaw, S. (1995). Spontaneous combustion and the sectioning of female bodies. *Literature and Medicine*, 14(1), 1-22.
- Shelton, H.M. (1922). An Introduction to Natural Hygiene; Mokelumne Hill Press.
- Shephard, R. J. (2017). Have people always been fat? An historical enquiry. *The Health & Fitness Journal of Canada*, 10(3), 3-53.
- Shikany, J. M., Thomas, A. S., Beasley, T. M., Lewis, C. E., & Allison, D. B. (2013). Randomized controlled trial of the Medifast 5 & 1 Plan for weight loss. *International Journal of Obesity*, 37(12), 1571-1578.
- Shintani, T.T. (1999). Hawaii Diet. Atria.
- Shintani, T. T., Beckham, S., Brown, A. C., & O'Connor, H. K. (2001). The Hawaii Diet: ad libitum high carbohydrate, low fat multi-cultural diet for the reduction of chronic disease risk factors: obesity, hypertension, hypercholesterolemia, and hyperglycemia. *Hawai'i Medical Journal* 60(3), 69-73.
- Shintani, T.T.; Hughes, C.K.; Beckham, S. & O'Connor, H.K. (1991). Obesity and cardiovascular risk intervention through the ad libitum feeding of traditional Hawaiian diet. *American Journal of Clinical Nutrition* 53(6 Suppl), 1647S-1651S.
- Shurtleff, W. & Aoyagi, A. (2021). History of the health foods movement worldwide (1875-2021). Soyinfo Center.
- Siegal, S. (1975). Dr. Siegal's natural fibre permanent weight-loss diet. Dial Press.
- Siegal, S. (1984). Dr. Siegal's natural fibre permanent weight-loss diet. Dell Pub Co.
- Siegal, S. (1984). Hunger control without drugs: The doctor's appestatic. Macmillan.
- Silver, H. J., Dietrich, M. S., & Niswender, K. D. (2011). Effects of grapefruit, grapefruit juice and water preloads on energy

- balance, weight loss, body composition, and cardiometabolic risk in free-living obese adults. *Nutrition & Metabolism*, 8, 1-11.
- Simeons, A.T. (1963). Chorionic Gonadotrophin in the treatment of obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 12(3), 230-234.
 - Simmons, R. (1994). Get Started. VHS Tape.
 - Singh, J., Rasane, P., Tomer, V., Kaur, S., Gat, Y., Dhawan, K., ... & Kumar, V. (2020). Fad diets: Dietary dilemmas, predicaments, and recommendations for its use. *Current Nutrition & Food Science*, 16(9), 1362-1380.
 - Slavin, J. (2013). Fiber and prebiotics: mechanisms and health benefits. *Nutrients*, 5, 1417-1435.
 - Slim4Life. (2024). Slim4Life Weight Loss. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://slim4life.com>
 - Sloan, A. W. (1987). Thomas Sydenham, 1624-1689. *South African Medical Journal*, 72(4), 275-278.
 - Smit, A.F. (2017). Food in America: The past, present, and future of food, farming, and the family meal, Volume 1: Food and the environment. ABC-Clío.
 - Smit, H. J., Kemsley, E. K., Tapp, H. S., & Henry, C. J. K. (2011). Does prolonged chewing reduce food intake? Fletcherism revisited. *Appetite*, 57(1), 295-298.
 - Smith, I. (2006). The Fat Smash Diet: The Last Diet You'll Ever Need. St. Martin's Griffin.
 - Soenen, S., Bonomi, A. G., Lemmens, S. G., Scholte, J., Thijssen, M. A., Van Berkum, F., & Westerterp-Plantenga, M. S. (2012). Relatively high-protein or 'low-carb'energy-restricted diets for body weight loss and body weight maintenance?. *Physiology & Behavior*, 107(3), 374-380.
 - Somers, S. (2001a). Eat Great, Lose Weight. Miniature Editions.
 - Somers, S. (2005). Suzanne Somers' Slim and Sexy Forever: The Hormone Solution for Permanent Weight Loss and Optimal Living. Crown Publishers.
 - Somers, S. (2011b). Sexy forever: How to fight fat after forty. Harmony Books.
 - Somers, S. (2013). Bombshell: Explosive Medical Secrets that Will Redefine Aging. Harmony Books.
 - Song, E. K., Kim, I. H., & Lee, S. O. (2004). Unusual manifestations of *Taenia solium* infestation. *Journal of Gastroenterology*, 39, 288-291.
 - Soriano, J.M. & Zarzo, M.I. (2021). Miracle diets: When eating guidelines cause health problems. *Metode Science Studies Journal*, (11), 147-153.

- Soriano, J.M.; Sgambetterra, G.; Boselli, P.M. (2022). Proposal of a Mathematical Model to Monitor Body Mass over Time in Subjects on a Diet. *Nutrients*, 14, 3575
- Spiller, R. & Marciani, L. (2019). Intraluminal impact of food: new insights from MRI. *Nutrients*, 11, 1147.
- St. Jeor, S. T., Howard, B. V., Prewitt, T. E., Bovee, V., Bazzarre, T., Eckel, R. H., & AHA Nutrition Committee. (2001). Dietary protein and weight reduction: a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism of the American Heart Association. *Circulation*, 104(15), 1869-1874.
- Staff, D.E. (23 January 1978). Liquid protein diet investigated for link to heart attack death. *Daily Egyptian*, 10.
- Stancioff N. (1988). Maria: Callas remembered. Sidgwick & Jackson.
- Standen, E. A. (1958). First Efforts of an Infant's Hand. *The Metropolitan Museum of Art Bulletin*, 17(3), 92-99.
- Stanton, R. & Crowe T. (2006). Risks of a high-protein diet outweigh the benefits. *Nature*, 440, 868.
- Stassinopoulos A. (1982) Maria Callas: the woman behind the legend. Rowman & Littlefield.
- State Department of Health. (1925). Ohio Health News 1926-1935. Department of Health, p. 8
- State Department of Health (1925). Ohio Health News 1926-1935. Columbus: State Department of Health, 8.
- Stauffer, R.A., Beaumont, C.T. & Flink, T.S (2016). The acute effect of intermittent fasting on resting energy expenditure in college-aged males. *Journal of Exercise Physiologyonline* 19(6), 170-179.
- Stegenga, H., Haines, A., Jones, K., & Wilding, J. (2014). Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, 349.
- Stillman, I. (1968). The doctors quick weight loss diet: A world-famous medical plan that lets you take off 5 to 15 pounds in one week. Dell Publishing.
- Stulnig, T. M. (2015). The Zone diet and metabolic control in type 2 diabetes. *Journal of the American College of Nutrition*, 34(sup1), 39-41.
- Sullivan, E. (2013). Shakespeare and the history of heartbreak. *The Lancet*, 382(9896), 933-934.
- Sumalla Cano, S., Domínguez Azpíroz, I., Jarrín Motte, S., Marín Bachs, A., Battino, M., & Gracia Villar, S. (2009). Are miracle diets miraculous? Review and analysis of a specific case: the Mayo Clinic Diet. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*, 2, 221-224.

- Sun, Y., Wang, X., & Tang, X. (2014). Deep learning face representation from predicting 10,000 classes. En *Proceedings of the IEEE conference on computer vision and pattern recognition* (pp. 1891-1898).
- Taller H. (1960). *Calories don't count*. Simon & Schuster.
- Taller H. (1964) 'Calories don't count' author indicted. *JAMA*. 188: A39.
- Tarnower, H. & Baker, S.S (1978). *The complete Scarsdale medical diet plus Dr. Tarnower's lifetime keep-slim program*. Wade Publishers.
- Taylor, C. B., Agras, W. S., Losch, M., Plante, T. G., & Burnett, K. (1991). Improving the effectiveness of computer-assisted weight loss. *Behavior Therapy*, 22(2), 229-236.
- Taylor, K.B. & Anthony, L.F. (1983). *Clinical Nutrition*. McGraw Hill Higher Education.
- Teschke, R., & Xuan, T. D. (2018). A contributory role of shell ginger (*Alpinia zerumbet*) for human longevity in Okinawa, Japan?. *Nutrients*, 10(2), 166.
- The British Dietetic Association (2014). Top 5 Worst Celebrity Diets to Avoid in 2014. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://web.archive.org/web/20140209081959/http://bda.uk.com/news/131125BadDiets.html>
- Thornton, J. L. (1948). Andrew Boorde, Thomas Linacre and the "Dietary of Helth". *Bulletin of the Medical Library Association*, 36(3), 204..
- Tinsley, G. M., & La Bounty, P. M. (2015). Effects of intermittent fasting on body composition and clinical health markers in humans. *Nutrition Reviews*, 73(10), 661-674.
- Tipton, C. M. (2008). Susruta of India, an unrecognized contributor to the history of exercise physiology. *Journal of Applied Physiology*, 104(6), 1553-1556.
- Tipton, C. M. (2014). The history of "Exercise Is Medicine" in ancient civilizations. *Advances in Physiology Education*, 38(2), 109-117.
- Todisco M. (1991) *La cronodieta*. Far dimagrire scegliendo gli orari per i pasti e le combinazioni alimentari. Tecniche Nuove.
- Toyama, M. (2008). Japan Goes Bananas For a New Diet. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://web.archive.org/web/20081018222849/http://www.time.com/time/world/article/0,8599,1850454,00.html?imw=Y>
- Tralliani, A. (1556). *Therapeutica: Medici Libri Duodecim Graeci et Latini. Liber 7*; Swiss (pp. 320–323).
- Travers, J.C.; Ayers, K.; Simpson, R.L.; Crutchfield, S. (2016) Fad, pseudoscientific, and controversial interventions. En Lang, R.;

- Hancock, T.B. & Singh, N.N. (Eds.) *Early intervention for young children with autism spectrum disorder*. Springer (pp. 257-293).
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473.
 - Trimble, J. J. (1985). California Supreme Court Survey-A review of decisions: January 1984-July 1984. *Pepperdine Law Review*, 12(1), 7.
 - Truswell, A.S. (1982). Pop diets for weight reduction. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 285(6354), 1519-1520.
 - Tucker, E. (2012). From oral tradition to cyberspace: Tapeworm diet rumors and legends. En Blank, T.J. (Ed.) *Folk Culture in the Digital Age: The Emergent Dynamics of Human Interaction*. Utah State University Press (pp. 150-165).
 - Turner-McGrievy, G. M., Wilson, M. J., Carswell, J., Okpara, N., Aydin, H., Bailey, S., ... & Liese, A. D. (2023). A 12-week randomized intervention comparing the healthy US, Mediterranean, and vegetarian dietary patterns of the US dietary guidelines for changes in body weight, hemoglobin A1c, blood pressure, and dietary quality among African American adults. *Journal of Nutrition*, 153(2), 579-587.
 - UNESCO. (2010) Decision of the Intergovernmental Committee: 5.COM 6.41. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://ich.unesco.org/en/decisions/5.COM/6.41>
 - United States Census Bureau (1940). Chapter IX-Fruits and nuts, and horticultural specialties.[cited 2021 Nov 28]. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www2.census.gov/prod2/decennial/documents/00179375v3ch10.pdf>
 - Universitat de València (2019) Plan de Igualdad 2019-2022. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.uv.es/igualtat/webnova2014/IIIPlan.pdf>
 - Urner, M. H. (1927). Get-thin-quick specialist is exposed by his bottled genii. *The Miami News (FL)*, 4.
 - US Department of Agriculture, Agricultural Research Service (2016). Documentation and User Guide: Composition of Foods Raw, Processed, Prepared, USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 28. Recuperado 14 de febrero de 2024, de https://www.ars.usda.gov/ARUserFiles/80400535/Data/SR/sr28/sr28_doc.pdf
 - US Department of Health and Human Services (US HHS) and USDA (2015). 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans [Internet]. 8th ed. Washington (DC): US HHS and USDA; December 2015

- Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines>
- Välimäki, H., Sørensen, L., Dahlgren, M., Malmin, R., Redzepe, R., Collin, R., Lauterbach, E., Hellström, E., Sigurdsson, F., Fossdal, G. & Örvarsson, H.B.M. (2014). Manifesto for the New Nordic Cuisine. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <http://www.nfd.nynordiskmad.org/index.php?id=507>
 - Van der Pant, K. A., Holleman, F., & Hoekstra, J. B. (1998). The Montignac method: scientific foundation debatable. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 142(5), 238-242.
 - Van Hare, H. (2018). This wine and eggs diet from the 1970s may be the craziest health fad of all time. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.thedailymeal.com/healthy-eating/wine-eggs-crash-diet/081618>
 - Vandereycken, W. (2002). History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En C.G. Fairburn, K.D. Brownell (Eds.) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. The Guilford Press (pp. 151–154).
 - Varady, K. (2013). *The Every-Other-Day Diet: The Diet That Lets You Eat All You Want (Half the Time) and Keep the Weight Off*. Hachette Books.
 - Varady, K. A., Hoddy, K. K., Kroeger, C. M., Trepanowski, J. F., Klempel, M. C., Barnosky, A., & Bhutani, S. (2016). Determinants of weight loss success with alternate day fasting. *Obesity Research & Clinical Practice*, 10(4), 476-480.
 - Varela Moreiras, G. (2010). Las dietas mágicas: el cebo del adolescente. *Boletín del Ilustre Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias*, April, 14-16.
 - 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.
 - Vasim, I., Majeed, C. N., & DeBoer, M. D. (2022). Intermittent Fasting and Metabolic Health. *Nutrients*, 14 (3), 631.
 - Verboeket-Van De Venne, W.P. & Westerterp, K. R. (1993). Frequency of feeding, weight reduction and energy metabolism. *International Journal of Obesity and Related Disorders* 17(1), 31-36.
 - Vilchez López, F.J., Campos Martín, C., Amaya García, M.J., Sánchez Vera, P. & Pereira Cunill, J.L. (2013). Very low calorie diet in clinical management of morbid obesity. *Nutrición Hospitalaria* 28(2), 275- 285.
 - Vinitsky, I. (2019). Byron's Teeth: Alexander Pushkin and the Romantic Body. *Pushkin Review*, 21, 85-105.
 - Voegtlin, W.L. (1975). *The Stone Age Diet: Based on In-Depth Studies of Human Ecology and the Diet of Man*. Vantage Press.

- Wadd, W. (1810). *Cursory remarks on corpulence: by a member of the Royal College of Surgeons*. John Callow.
- Wadd, W. (1829). *Comments on Corpulency: Lineaments of Leanness, Mems on Diet and Dietetics*. John Ebers & Company.
- Wadden, T. A., Stunkard, A. J., & Brownell, K. D. (1983). Very low calorie diets: their efficacy, safety, and future. *Annals of Internal Medicine*, 99(5), 675-684.
- Wadden, T.A., Van Itallie, T.B. & Blackburn, G.L. (1990). Responsible and irresponsible use of very-low-calorie diets in the treatment of obesity. *JAMA*, 263, 83-85.
- Wadden, T.A.; Stunkard, A.J.; Brownell, K.D. & Van Itallie, T.B. (1983) The Cambridge diet. More mayhem? *JAMA*, 250, 2833-2834
- Waerland, A. (1948). *Waerlandskosten Räddade Oss*. Rydahls Boktryckeri AB.
- Walsh, J. (1934). Galen's Writings and Influences Inspiring Them (Part I). *Annals of Medical History*, 6(1), 1.
- Wang, J.; García-Bailo, B.; Nielsen, D.E.; El-Sohemy, A. (2014). ABO genotype, 'blood-type' diet and cardiometabolic risk factors. *PLoS One*, 9(1), e84749.
- Warner Bros. (2012). Original theatrical trailer 'Hard to Handle'(2012). Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://www.youtube.com/watch?v=TuQuoONEwFs>
- Watanabe, M., Risi, R., Masi, D., Caputi, A., Balena, A., Rossini, G., ... & Lubrano, C. (2020). Current evidence to propose different food supplements for weight loss: A comprehensive review. *Nutrients*, 12(9), 2873.
- Weber, L. (2012). The Book of Unusual Knowledge. *Publications International* (p. 579).
- Weber, L. (2015). General Ignorance: There's a Lot of it out There. *Publications International* (p. 208).
- Wegner, J.H. (1999). Lost and found fragments of Egyptian wisdom. *Expedition* 41, 46-47.
- Weil, A. (1997). *8 Weeks to optimum health: a proven program for taking full advantage of your body's natural healing power*. Knopf.
- Weil, A. (2006). *Eight weeks to optimum health*. Knopf.
- Weller, C. (20 de agosto de 2013). Tapeworm Diet: Iowa Woman Ingests Parasite Bought on the Internet, Prompts Doctor Letter to Public Health Workers. *Medical Daily*. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://www.medicaldaily.com/tapeworm-diet-iowa-woman-ingests-parasite-bought-internet-prompts-doctor-letter-public-health-252607>
- Westman, E. C., Yancy, W. S., Edman, J. S., Tomlin, K. F., & Perkins, C. E. (2002). Effect of 6-month adherence to a very low

- carbohydrate diet program. *American Journal of Medicine*, 113(1), 30-36.
- West-Rosenthal LB.(2016). 23 signs you eat like an old person. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://www.eatthis.com/old-person-eating-habits>
 - Whitaker, J. (2002). *Tea at the Blue Lantern Inn: A social history of the Tea Room Craze in America*. St. Martin's Publishing Group.
 - Wilcox, D. (2021). The Clothing of a Regency Poet, Lord Byron (1788–1824). *Costume*, 55(2), 212-239.
 - Willcox, B.J. & Willcox, D.C. (2014). Caloric restriction, CR mimetics, and healthy aging in Okinawa: Controversies and clinical implications. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*. 17(1), 51-58.
 - Willcox, D.E. (2013). Arsenic. Can this toxic metalloid sustain life? En Sigel, A., Sigel, H. & Sigel, R. (Eds.) *Interrelations between essential metal ions and human diseases. metal ions in life sciences*. Volume 68. Springer (pp.1212-1213)
 - Williams, W.F. (2013). *Encyclopedia of Pseudoscience: From Alien Abductions to Zone Therapy*; Routledge (p. 135).
 - Willis J. (1982). *Diet books sell well but ...*, Washington: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration, 3.
 - Willis, A. (24 de marzo de 2015). Mom Eeew! One of the Kardashians Said She Wants a Tapeworm to Get Slim. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://metro.co.uk/2015/03/24/eeew-one-of-the-kardashians-said-she-wants-a-tapeworm-to-get-slim-5118092>
 - Wing, R. R., Blair, E., Marcus, M., Epstein, L. H., & Harvey, J. (1994). Year-long weight loss treatment for obese patients with type II diabetes: does including an intermittent very-low-calorie diet improve outcome?. *American Journal of Medicine*, 97(4), 354-362.
 - Witherspoon, B., & Rosenzweig, M. (2004). Industry-Sponsored Weight Loss Programs: Description, Cost, and Effectiveness. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(5), 198-205.
 - Wood, D. (2008). Kimkins Diet Rolls On Despite Founder's Excess Poundage. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://www.consumeraffairs.com/news04/2008/02/kimkins.html>
 - World Health Organization. (2022). WHO European regional obesity report 2022. World Health Organization. Regional Office for Europe. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://iris.who.int/handle/10665/353747>
 - World Obesity Federation. (2023). World Obesity Atlas 2023. Recuperado 14 de febrero de 2024 de <https://s3-eu-west->

1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf

- Wu, L. (2006). Weight management: Information from the internet. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 10(3), 75-87.
- Wutzke, K. D., Heine, W. E., Köster, D., Muscheites, J., Mix, M., Mohr, C., Popp, K Wigger, M. (2001). Metabolic effects of HAY's diet. *Isotopes in Environmental and Health Studies*, 37(3), 227-237.
- Wyka, J., Malczyk, E., Misiarz, M., Zolotenka-Synowiec, M., Calyniuk, B., & Baczynska, S. (2015). Assessment of food intakes for women adopting the high protein Dukan diet. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 66(2) 137-142.
- Yancy Jr, W. S., Olsen, M. K., Guyton, J. R., Bakst, R. P., & Westman, E. C. (2004). A low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-fat diet to treat obesity and hyperlipidemia: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 769-777.
- Yee C.J. (2000). Not Quite Over The Hill. Dewdrop Publications.
- Yeh, H. Y. (2013). Boundaries, entities, and modern vegetarianism: Examining the emergence of the first vegetarian organization. *Qualitative Inquiry*, 19(4), 298-309.
- Young, R.O. (2002). The pH Miracle; Warner Books.
- Zarzo, I., Merino-Torres, J. F., Trelis, M., & Soriano, J. M. (2022). The Tapeworm and Maria Callas' Diet: A Mystery Revealed. *Parasitologia*, 2(3), 160-166.
- Zarzo, I., Morales-Suarez-Varela, M., Catalá-Gregori, A. I., & Merino-Torres, J. F., Soriano, J. M., (2021). Terminology and classification of miracle slimming diets: A narrative review and new proposals. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 41(4), 136-143.
- Zinzenko D. (2014). Zero Belly Diet: Lose Up to 16 lbs. in 14 Days! Ballantine Books.
- Zinzenko, D. & Spiker, T. (2005). The ABS Diet: The Six-Week Plan to Flatten Your Stomach and Keep You Lean for Life. Rodale Books.
- Zinzenko, D. & Spiker, T. (2007). The ABS Diet for Women: The Six-Week Plan to Flatten Your Belly and Firm Up Your Body for Life. Rodale Books.
- Zuo, L., He, F., Tinsley, G. M., Pannell, B. K., Ward, E., & Arciero, P. J. (2016). Comparison of high-protein, intermittent fasting low-calorie diet and heart healthy diet for vascular health of the obese. *Frontiers in Physiology*, 7, 350.