

Las limitaciones del IMC  
(índice de masa corporal) y el  
enfoque del “peso saludable” en  
**la prevención y tratamiento**  
**de los trastornos de la**  
**conducta alimentaria (TCA).**



**Lucía Gaviria**

Apoyo en recuperación TCA  
CCI Recovery Coach  
[CCIEDC 1885](#)



**Valeria Mondino**

Pisconutrición en  
Tratamiento de TCA  
Nutricionista Inclusiva

**Una invitación a la reflexión** para los profesionales de la salud

Tanto el **IMC** como el **peso corporal** son métricas normalizadas para el monitoreo de la salud.

Si bien el uso del IMC es necesario en el diagnóstico de algunos TCAs, consideramos que el enfoque excesivo en el IMC y en el peso como indicadores generales de salud, suelen fomentar conductas de riesgo (ejemplo: dietas) que pueden contribuir al desarrollo de los TCA.



**Los invitamos a reflexionar** sobre un cuerpo creciente de evidencia que cuestiona el uso del peso y el IMC como indicadores primarios de salud.

# Las limitaciones del IMC (índice de masa corporal)

## El IMC no fue creado para uso individual

1

El IMC fue creado como una herramienta poblacional (específicamente, para hombres belgas caucásicos) y no fue creado con fines de salud ni para evaluar la salud de individuos. No considera factores como la genética, la densidad ósea o la masa muscular, entre otros, que podrían informar sobre la salud del paciente.

(Pray, R. and Riskin, S., 2023) ● [Haz click para ver los estudios](#)

## 2 El IMC es un indicador práctico, pero no siempre un determinante de salud

Si bien está establecido que la “obesidad” ( $IMC > 30$ ) está asociada con un alto riesgo de muchas enfermedades, la causalidad está menos establecida. Estudios epidemiológicos que respaldan esa asociación rara vez consideran factores de atletismo, ingesta nutricional, ciclos de subida y bajada de peso o nivel socioeconómico. Sin embargo, todos estos factores mencionados sí juegan un rol en determinar la salud.

(Campos et al., 2006) ● [Haz click para ver los estudios](#)

## El IMC no siempre refleja la salud metabólica

3

Se ha comprobado que el IMC no clasifica correctamente la salud metabólica. En un estudio con 40,420 adultos, se encontró que el 29% de quienes tenían un IMC “normal” eran metabólicamente no saludables, mientras que casi la mitad de quienes tenían un IMC en rango “obeso” eran metabólicamente saludables.

(Tomiya et al., 2016) ● [Haz click para ver los estudios](#)

El enfoque en el IMC y en el control del peso pueden detonar conductas de riesgo o ignorar señales de que hay un TCA.

## 1 La búsqueda del peso ideal y la alimentación desordenada\* no cesan

Un estudio longitudinal de 10 años (1999–2010) observó que los jóvenes (n=2,287) que participaron alguna vez de dietas o conductas de alimentación desordenada durante su adolescencia corrían un alto riesgo de continuar con éstos comportamientos en la adultez. Ejemplo: Se observó que el uso de pastillas adelgazantes se triplicó durante el periodo observado.

([Neumark-Sztainer et al., 2011](#)) ● [Haz click para ver los estudios](#)

## Las dietas restrictivas fomentan el desarrollo de los TCA 2

Las personas que hacen dieta son más propensas a desarrollar un TCA. Un estudio de cohorte descubrió que las mujeres que hacían dieta moderada tenían 5 veces más probabilidades de desarrollar un TCA, y las que practicaban una restricción extrema tenían 18 veces más probabilidades de desarrollar un TCA que las que no hacían dieta.

([NEDA, estadísticas](#)) ● [Haz click para ver los estudios](#)

*\*La “alimentación desordenada” refleja las conductas alimenticias y de control de peso propias de los TCA (como la restricción, los atracones, purga y compensación), pero con menos frecuencia e intensidad a un diagnóstico oficial de TCA. La alimentación desordenada es un factor de riesgo en el desarrollo de los TCA (NEDA)*

### 3 El IMC no permite detectar la mayoría de los casos de TCA

Los TCA suelen ser asociados con cuerpos desnutridos pero ésta asociación no refleja la mayoría de los casos de TCA. Menos del 6% de personas diagnosticadas con TCA, según el DSM-5, tienen un peso bajo. (Estadísticas, NEDA). Muchos de los casos de TCA con peso promedio o alto pasan desapercibidos en consultas médicas, o reciben recomendaciones para bajar de peso, reforzando así el TCA.

● [Haz click para ver los estudios](#)



# El mensaje de “controlar el peso por un tema de salud” se promueve y mientras tanto, los casos de TCA siguen creciendo

## Alimentación desordenada es un problema global

1

Un estudio sistémico y de meta analysis concluyó, luego de revisar 32 estudios de 16 países (n=63,181) que 22% de niños y adolescentes mostraban comportamientos de alimentación desordenada según la prueba SCOFF.

(López-Gil et al., 2023) ● [Haz click para ver los estudios](#)

## 2 La prevalencia de los TCA se ha duplicado

En una revisión sistémica de 94 estudios con diagnósticos precisos de TCA concluyó que las medias ponderadas de la prevalencia de los TCA se habían duplicado de 3.5% en el periodo de 2000–2006 a 7.8% en el periodo de 2013–2018.

(Galmiche et al., 2019) ● [Haz click para ver los estudios](#)

## Las consultas por casos de TCA también han crecido en gran medida

3

En EEUU, las consultas médicas por TCAs se duplicaron en la población de 0–17 años. Desde el 2018 hasta mediados del 2022, las visitas por TCAs incrementaron un 107.4% incluyendo todo tipo de TCA.

S. Jain., Trends Shaping the health economy: Behavioral Health. Trilliant Health, 2023) ● [Haz click para ver los estudios](#)

Este documento no busca comunicar que el IMC y el peso sean métricas irrelevantes, sino proponer una **reflexión ética, que reconozca la vulnerabilidad de la población a desarrollar los TCA** cuando el uso de éstas métricas son utilizadas para promover y medir la la salud en los pacientes.

Muchas personas se benefician de hacer cambios en sus hábitos alimenticios y de movimiento, y puede que como resultado de esos cambios su salud mejore, pero no siempre esos cambios se ven reflejados en el peso. Sin embargo, cuando el enfoque es meramente en el peso, y no en los hábitos en sí, se normalizan métodos para controlar el peso como dietas restrictivas y métodos compensatorios.

Invitamos a todos los profesionales de la salud con su colaboración en ofrecer espacios donde la salud no sea medida únicamente por el número en la balanza, y que se consideren factores determinantes de la salud como: comportamiento individual (incluye sueño, aspectos psicológicos, etc), ambiente socio-económico, genética, acceso médico y el medio ambiente.

## Somos Lucia y Vale!

Apoyamos a personas con TCA a recuperarse plenamente de éstos desordenes.



**Lucía Gaviria**

@luciarecoverycoach  
luciagaviriac@gmail.com



**Valeria Mondino**

@valemondino.nutrinclusiva  
valeria.mondino.b@gmail.com

Contáctanos por correo o Instagram si te gustaría:

- Recibir recomendaciones de estudios de investigación que promuevan un enfoque de salud no centrado en el peso.
- Recibir información sobre nuestro apoyo personalizado a personas con TCA.
- Recibir información sobre nuestro grupo de apoyo para familiares de un paciente con TCA.

# Referencias bibliográficas

1. Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., & Gaesser, G. (2005b). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 55–60.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dyi254>
2. Tomiyama, A. J., Hunger, J. M., Nguyen-Cuu, J., & Wells, C. (2016b). Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005–2012. *International Journal of Obesity*, 40(5), 883–886.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2016.17>
3. Pray, R., & Riskin, S. (2023). The history and faults of the body mass Index and where to look next: a literature review. *Cureus*.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.48230>
4. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M., Loth, K. (2011). Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of American Dietetic Association*, 111(7), 1004–1011. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012>
5. *National Eating Disorders Association*. (2025, April 16). Eating Disorder Statistics - National Eating Disorders Association.  
<https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics/#general-eating-disorder-statistics>
6. López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P. J., & Victoria-Montesinos, D. (2023). Global proportion of disordered eating in children and adolescents. *JAMA Pediatrics*, 177(4), 363.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>
7. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2018b). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413.  
<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
8. Jain, S. (2023) Trends Shaping Health Economy: Behavioral Health. *Trilliant Health*.  
<https://reports.trillianthealth.com/view/3831751/>
9. Lee, K. M., Hunger, J. M., & Tomiyama, A. J. (2021). Weight stigma and health behaviors: evidence from the Eating in America Study. *International Journal of Obesity*, 45(7), 1499–1509. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00814-5>
10. *Determinants of health visualized*. (n.d.).  
<https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>