

Hilando Esperanza

Carta Informativa

SEPTIEMBRE 2021

¿QUIÉNES SOMOS?

Asociación Estima es una organización sin fines de lucro dedicada a prevenir la incidencia y orientar para el tratamiento y recuperación de los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**.

01

EDUCADORES, por favor detengan la promoción de dietas y pérdida de peso en los niños.



02

¿Qué hay de nuevo en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

01

EDUCADORES, por favor detengan la promoción de dietas y pérdida de peso en los niños.

Por: More-Love.org

Traducción y adaptación libre: Asociación Estima

Educadores muy bien intencionados pueden causar verdaderos daños al promover dietas y la pérdida de peso en las escuelas. Esto incluye letreros con mensajes como “come menos y muévete más” o, “come comida saludable”, estos mensajes son un problema desde un punto de vista científico, nutricional, de salud, de justicia social y de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Ud. puede pensar que está ayudando, pero la pérdida intencional de peso de cualquier tipo está relacionada con mayor peso en la edad adulta (1) y con los TCA que son enfermedades que amenazan la vida (2). Estamos de acuerdo en que nuestra meta es educar a los niños en las escuelas, entonces aprendamos e investiguemos la ciencia antes de meternos en programas de “prevención de obesidad” en las escuelas, los cuales están hechos para ayudar, pero la realidad es que están causando mucho daño (3).

¿Pero qué pasa con la “epidemia de obesidad”?

La mayoría de las escuelas con programas de nutrición y ejercicio lo hacen con el objetivo de reducir el “sobrepeso” en los niños, basándose en el temor, bien fundado, de que nuestros niños están teniendo cuerpos cada vez más grandes y que su ganancia de peso les ocasionará consecuencias para toda la vida. A pesar de que este supuesto está respaldado por creencias populares y reforzado por los medios de comunicaciones y empresas de salud y bienestar, no está respaldado por investigaciones científicas:

1. El Índice de Masa Corporal (BMI, por sus siglas en inglés) es una terrible medida de la salud

La “epidemia de la obesidad” está basada en los estándares del BMI, el cual fue creado en los años 1800s y se ha comprobado ser una mala medida para la salud tanto de niños como de



adultos (5). Los estándares de BMI para medir sobrepeso y obesidad fueron ajustados para los niños en el año 2000, cambiando el sobre peso de 95% a 85%, lo que dio como resultado un crecimiento inmediato en el número de niños con sobrepeso sin cambios en la relación peso/altura real, de aquí que la “epidemia de obesidad se expone como un simple cambio en la forma en que se procesan los datos estadísticos”.

Puesto que el BMI es un indicador de salud muy pobre, una mejor forma de determinar si verdaderamente tenemos una “epidemia de obesidad” en nuestros niños es ver su peso promedio y, nos daremos cuenta que no ha habido cambios significativos. Esto puede tomarse como evidencia de que “no hay epidemia de obesidad” puesto que una epidemia hubiese afectado el peso promedio de los niños (6).

2. Los niños gordos no afrontan un mayor riesgo de enfermedades

Aunque estuviésemos afrontando una epidemia de gordura, un estudio en 17 estudiantes, que permanecieron gordos desde su niñez hasta su adultez no tuvieron más riesgo de enfermarse que los adultos que nunca fueron gordos, mujeres que mantuvieron peso alto desde su niñez hasta ser adultas, actualmente gozan de niveles de triglicéridos y colesterol total más

bajos (7).

3. No es tan simple como sobre peso y poco ejercicio

No hay evidencia que apoye el supuesto de que el peso de nuestros niños está directamente basado en un desbalance de energía (es decir que los niños comen mucho y se ejercitan muy poco). Ha sido demostrado que los niños están comiendo menos calorías (8) y han aumentado su porcentaje de actividad (9). Es incorrecto creer que los niños con sobrepeso son una función de las calorías que ingieren y las que queman.



4. La pérdida de peso es una receta poco ética

No es ético recetar ninguna forma de reducción de peso en los niños. La vasta mayoría de la gente que pierde peso lo recupera en unos tres años. Incluso el International Journal of Obesity está de acuerdo en eliminar la pérdida intencional de peso como

receta. “Conociendo los resultados asociados, no es ético continuar prescribiendo la pérdida de peso a pacientes y comunidades como un camino hacia la salud, la recuperación del peso y ciclos de peso (efecto rebote o yoyo) están conectados con mayor estigmatización, salud pobre y bienestar. Los datos sugieren que un abordaje diferente es necesario para fomentar salud física y bienestar en nuestros pacientes y comunidades” (10).

¿No es bueno aconsejar “comer saludable”?

Muchos educadores pueden estar de acuerdo en que los niños “no deben hacer dietas” pero, con el propósito de controlar el sobrepeso, continúan enseñando conceptos pobres de “comer saludable”. Por ejemplo, muchos les dicen a los niños que limiten su ingesta de azúcar (la que ha sustituido a la grasa como el maligno de la actualidad), pero falta respaldo científico tras esto. Hay muy poco respaldo al concepto de que el consumo de azúcar está relacionado a la obesidad (5). Aun las bebidas gaseosas hechas con azúcar, comúnmente conocidas como dañinas, no tienen un efecto directo con la ganancia de peso, de hecho un estudio encontró que los adolescentes que toman más gaseosas son más delgados que sus compañeros que las evitan (11). Similarmente, las comidas rápidas han

sido asociadas con más obesidad, algunas de las comunidades con personas con mayor peso promedio no tienen acceso a comidas rápidas (12). Mientras que lo que los niños comen tiene influencia en su salud, el echarle la culpa del sobrepeso y la obesidad a ciertas comidas y grupos de comida en particular, simplemente no tiene soporte en evidencia científica (13).



Mientras los maestros piensan que decir cosas como “coman saludable” es lo mejor, o al menos es neutral, están en lo incorrecto. “Mensajes negativos como que el azúcar y la grasa son ‘malos’ y el uso del término ‘comida chatarra’ contribuyen al miedo subyacente a la comida, a la grasa y a la ganancia de peso, los cuales preceden a conceptos de imagen corporal y problemas alimentarios” (14).

Decirles a los niños que necesitan “cuidarse de lo comen” y que deberían comer ciertas comidas y evadir otras, es absolutamente no promovido por nutricionistas que han investigado y están familiarizados con lo que actualmente es sano para nuestros niños.

Pero... ¡las escuelas deben luchar contra la obesidad!

Una gran cantidad de escuelas están trabajando con programas de prevención de la obesidad, sin embargo, no deberían preocuparse después de haber leído lo antes expuesto. Algunas escuelas han modificado sus servicios de alimentación, aumentado los programas de educación física e introducido en su currículo educación nutricional para las familias; estos esfuerzos bien intencionados, no han demostrado reducir los porcentajes de obesidad en las escuelas, tampoco han mejorado los niveles de colesterol, ni la presión sanguínea de los estudiantes (15).



Hasta la fecha hay muy poca evidencia que indique que los programas basados en las escuelas hayan tenido un impacto importante y duradero en el BMI (16). Lo que puede deberse a la combinación de dos factores:

1. El peso no está directamente relacionado con los hábitos de comida

y ejercicio (3).

2. Los abordajes de nutrición tradicionales se enfocan en reglas, restricciones y requisitos que son inefectivos y contraproducentes (17).

Muchos estudios hechos durante las últimas dos décadas muestran que cuando los adultos tratan de regular o controlar lo que los niños comen, los niños comen más, no menos y están propensos a terminar ganando peso, con problemas de imagen corporal y para comer de forma relajada (3).

Las buenas intenciones y esfuerzos de las escuelas para educar y controlar los comportamientos alimentarios están haciendo más daño que beneficio.

Experimentos controlados han demostrado que “tratar de motivar, presionar o, hasta premiar a niños para que coman ciertas comidas, en realidad los aleja de esas comidas y se vuelve menos probable que las coman. Por el contrario, si se prohíbe un tipo de comida, el niño se interesa más por ella y es más probable que coma demasiado al tener la oportunidad” (18).

Programas escolares bien intencionados ponen a los niños en riesgo

Las escuelas tienen buenas intenciones cuando implementan estos programas, pero con el entrenamiento inadecuado

y la falta de evidencia científica, desafortunadamente, hacen más mal que bien. Considerando la cantidad de artículos que se publican sobre los peligros del peso y los beneficios de perder peso, no es sorprendente que a la mayoría de las personas les llame la atención saber que los investigadores de la obesidad todavía están tratando de descifrar algunos de los conceptos más básicos en la ciencia del peso, entre los que se incluyen:

1. ¿Cuáles son las causas del sobrepeso? No se sabe.
2. ¿Es la pérdida de peso un componente necesario para tener buena salud? No.
3. ¿Perder peso mejora la salud? No.

Es irrazonable esperar que las escuelas enseñen ciencia sobre la cual no se tienen datos que prueben que el sobrepeso es un problema, especialmente debido a que la ciencia aun no conoce cómo resolver el problema de forma segura y efectiva. Es peligroso poner la salud de nuestros niños en riesgo cuando los programas de las escuelas no tienen evidencia de éxito (16).

¡Prevenamos el estigma del peso!, no la obesidad.

En vez de tener campañas de “prevención de obesidad”, las escuelas deben educar adultos, en todo el

sistema acerca de los peligros del estigma de la delgadez y adoptar un programa inclusivo de todos los pesos.

Estudios de la salud cada vez más proclaman un cambio completo en la forma en que el peso es visto, todo debido a los dudosos resultados en los esfuerzos por la pérdida de peso en las décadas pasadas (10). Si las escuelas están verdaderamente dedicadas a ayudar a los niños a prosperar, deben cambiar su misión de prevenir la obesidad en los niños por, promover “la salud en todas las tallas” (Health at Every Size [®], HAES[®]). Este abordaje ha demostrado beneficiar a personas de todas las tallas enfocándose en la autoaceptación, imagen corporal positiva, alimentación saludable, y actividad física placentera.

El programa HAES, o salud en todas las tallas, ha demostrado estadística y clínicamente mejoras relevantes en medidas fisiológicas (Ej. presión arterial, lípidos sanguíneos), comportamientos sanos (Ej. hábitos alimentarios y de actividad, calidad en la dieta) y, resultados psicológicos (como autoestima e imagen corporal) y además que, el programa HAES alcanza estas mejoras en salud mas exitosamente que los tratamientos para perder peso y sin contradicciones asociadas con el enfoque de pérdida de peso (21).

Para evitar la promoción de comportamientos de alimentación

desordenada o TCA entre la población vulnerable, los educadores deberían familiarizarse con los elementos básicos de HAES, que son:

1. Los cuerpos por naturaleza son diversos en forma y tamaño.
2. Las intervenciones para la pérdida de peso son inefectivas y peligrosas.
3. El comer debe ser relajado y placentero y, debe comerse como respuesta a señales internas del cuerpo (vs. reglas externas).
4. El movimiento (ejercicio) debe ser divertido y disfrutarse como parte de la vida.
5. La salud debe medirse en base a una combinación de factores sociales, emocionales, espirituales y físicos (no el peso como punto de partida).

Con este abordaje, los educadores les ayudan a los niños de todas las tallas en un ambiente seguro que apoyo su salud y bienestar.



Referencias:

- [1] Pietilainen, Does dieting make you fat? A twin study, *International Journal of Obesity*, 2012
- [2] Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *Am Psychol*. 2007
- [3] J. Robison, *Helping With Harming: Kids, Eating, Weight & Health*, Absolute Advantage 7, 2007
- [4] Franzosi, M.G. Should we continue to use BMI as a cardiovascular risk factor? *Lancet*, 2006
- [5] Ellis JK, Abrams SA, Wong WW. Monitoring childhood obesity: assessment of the BMI index. *Am J Epidemiol*, 1999
- [6] *Obesity and the Facts: An Analysis of Data from The Health Survey of England 2003*. Social Issues Research Centre, February 2005.
- [7] Serdula, M.K., Ivery, D., Coates, R.J. et al., *Do Obese Children Become Obese Adults? A Review of the Literature*. Preventive Medicine 1993
- [8] Cavadini, C., Siega-Riz, A.M., Popkin, B.M. "US Adolescent's Food Intake Trends From 1965-1996." *Archives of Disease in Childhood*, 2000
- [9] NSW Schools Physical Activity and Nutrition Survey (SPANS) 2004
- [10] Tracy L. Tylka, et al, *The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss*, *Journal of Obesity*, 2014
- [11] Storey ML, Forshee RA, Weaver AR, Sansalone WR, Demographic and Lifestyle factors associated with body mass index among children and adolescents, *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 2003
- [12] Simmons D., McKenzie, A., Eaton, S., et al, *Choice and availability of takeaway and restaurant food is not related to the prevalence of adult obesity in rural communities in Australia*. *International Journal of Obesity* 2005
- [13] De Onis, M. & Blossner, M. *Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries*. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000
- [14] O'Dea J. *The New Self-Esteem Approach for the Prevention of Body Image and Eating Problems in Children and Adolescents*. *Healthy Weight Journal* 2002
- [15] Luepker RV, Perry CL, McKinlay SM, et al. *Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. CATCH collaborative group*. *Journal of the American Medical Association*. 1996
- [16] Ritchie L, Ivey S, Masch M, et al. *Pediatric Overweight: A Review of The Literature*. California Center of Weight and Health College of Natural Resources, University of California –Berkeley, June 2001
- [17] Birch LL. et al. *The variability of young children's energy intake*. *NEJM* 1991; Drucker RR. et al. *Can mothers influence their child's eating behavior?* *J Developmental Behavior Pediatrics* 1999; Fischer JO, Birch LL. *Restricting access to foods and children's eating*. *Appetite*, 1999
- [18] Birch, L.L., Johnson, S.L., Fisher, J.O. *Children's Eating: The Development of Food-Acceptance Patterns*. *Young Children* 50, no. 2, 1995
- [19] O'Dea, J, Abraham, S. *Knowledge, Beliefs, Attitudes and Behaviours related to weight control, eating disorders and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers*. *Journal of Nutrition Education* 2001
- [20] Tomiyama, A.J., Ahlstrom, B., & Mann, T., *Long-term effects of dieting: Is weight loss related to health?* *Social and Personality Psychology Compass*, 2013
- [21] L. Bacon, L. Aphramor, *Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift*, *Nutrition Journal*, 2

¿Qué hay de nuevo en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria?



Entrevista a Jennifer Rollin MSW, LGSW psicoterapeuta especializada en Trastornos de la Conducta Alimentaria e Imagen Corporal. Traducción y adaptación libre: Asociación Estima

1. ¿Qué piensa que ha cambiado en la forma en que son tratados los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los últimos 10 años?

Ha habido muchos cambios en el tratamiento de los TCA y aún tenemos mucho por hacer. Uno de los grandes cambios es que el tratamiento está más basado en evidencia, ahora hacemos un mayor énfasis en tratamientos que han demostrado ser efectivos.

También hemos incorporado los principios de “Health at Every Size (HAES)”, estamos experimentando más inclinación hacia un cuidado más neutral del peso y reduciendo la “fat phobia” o fobia a la gordura que ha interferido en el tratamiento en el pasado. Los profesionales de la salud expertos están reconociendo que los TCA impactan a personas de todas las tallas. Trabajamos en erradicar la fobia a la gordura por ser increíblemente dañina.

Estamos viendo un cambio de enfoque en los proveedores de tratamiento en cuando a las personas de todas las tallas, pero debemos que educar al público en que las personas que sufren de TCA pueden tener cualquier talla, raza, situación económica y género.

Es necesario progresar en términos de aceptar a personas con todos los tipos de cuerpo. Muchas personas que sufren un TCA no buscan tratamiento porque no encajan en el estereotipo o, cuando lo buscan no son tratados adecuadamente. La cultura de las dietas ha normalizado los TCA a tal punto que algunas personas ni siquiera realizan que tienen este problema. Las personas de talla grande que sufren de un TCA son vistas como alguien que está buscando ser saludable y perder peso.

2. ¿Cómo trabaja con adolescentes que sufren de TCA?

Lo más importante al trabajar, especialmente con adolescentes, es crear una relación. Puede ser difícil

ganarse la confianza de los adolescentes, especialmente si no sienten conexión con su terapeuta o proveedor de salud, podemos tener todas las habilidades clínicas, pero si no logramos conectarnos con un adolescente, no conseguimos su confianza y no seremos efectivos. Personalmente, me esfuerzo por mantenerme al tanto de todas las tendencias de la juventud a fin de relacionarme con su mundo y por lo tanto, con sus luchas más profundas.

Cuando trabajamos con un adolescente, tenemos usualmente el beneficio de poder trabajar con su familia, lo cual realmente ayuda al tratamiento. Yo utilizo a la familia hasta donde es posible, debemos trabajar muy de cerca con la dinámica familiar para determinar la mejor forma de hacer equipo a fin de alcanzar un tratamiento óptimo.



Algunas veces uso el Family Based Therapy (FBT), especialmente si estoy tratando a un muchacho joven y se trata de un TCA puramente

restrictivo. Encuentro que lo que más ayuda es modificar el tratamiento para cada joven y cada sistema familiar, debemos ver cada caso de forma individual, no todo es apropiado para todos y no todas las familias pueden o deben aplicar el FBT.

3. ¿Cómo involucra a los padres en el tratamiento del TCA de un joven?

Esto depende totalmente de la persona y de la situación, siempre hay que compartir con los padres el hecho de que pueden involucrarse todo lo que quieran. Algunas veces es necesario empujar un mayor involucramiento. Envié correos semanales con actualizaciones a los padres y los animo que respondan poniéndome al tanto, de tal forma que pueda saber que está pasando en casa. Invito a los padres a sesiones y algunas veces hago sesiones familiares, pero siempre estoy consciente de que mi paciente es el joven con el TCA.

Puede ser difícil manejar la fobia a la gordura en una cultura de dietas, los padres tienen muy buenas intenciones y aman a sus hijos, pero, puedo ver que ellos están atrapados en las expectativas sociales relacionadas al peso. Un proceso de recuperación informado basado en HAES involucra aceptación del cuerpo tal como es, pero me encuentro con padres que preguntan cómo pueden ayudar a su hijo a perder peso de una forma saludable. Acá es donde debemos

hacer mucho trabajo educando en cuanto a la futilidad y peligros de perder peso intencionalmente.

Cuando trato a un joven con TCA, estoy muy consciente de la forma en que piensan los padres acerca del peso, hago un acercamiento educativo gentil y les digo que, en mi opinión profesional, cualquier enfoque en la pérdida de peso no ayuda a nadie, especialmente a alguien en recuperación de un TCA. Se que los padres quieren lo mejor para sus hijos y que la cultura de dietas los ha convencido de que algunas comidas son malas o que un peso más alto es malo, los padres quieren hacer lo correcto, pero, deben entender que eso puede hacer daño.

Algunas veces recomiendo a los padres reunirse con un nutricionista informado en HAES, quien les puede ayudar a entender los conceptos. La analogía es que tener comidas de dieta en la casa, hablar de dietas y, enfocarse en la pérdida de peso es como tener un bar en la casa de alguien que se está recuperando de alcoholismo.

4. ¿Qué es lo que más les cuesta entender a los padres acerca del TCA de su hijo?

Creo que lo que más les cuesta es entender que los TCA no son una decisión, les es difícil aceptarlo. Muchos padres se sienten molestos

cuando el hijo no sigue el plan de recuperación con exactitud, dicen cosas como “tienes todas estas habilidades ¿Por qué no las estas usando?” Pero es aquí donde se pone complicado, un TCA no es algo que se escoge, pero la recuperación sí. Esto significa que los TCA pueden tener recaídas en cualquier momento y la persona en recuperación tiene que hacer un esfuerzo tremendo para siempre escoger recuperarse. Ayuda muchísimo saber que la recuperación es un proceso, no un evento, y que la recuperación es diferente para cada persona.



Los padres se sienten decepcionados cuando ven a los hijos recaer, pero deben entender que estos sentimientos son normales y que no los tienen que mencionar en voz alta, especialmente con su hijo enfermo.

Tengo varios pacientes que se sienten culpables por complicarles la vida y preocupar a sus padres. Es cierto que los papás tienen que trabajar mucho

cuando su hijo sufre de un TCA, pero si el niño tuviera cáncer los padres reconocerían que no es su culpa, es la misma situación con los TCA.

Algunos padres se resignan a que su hijo siempre estará enfermo, también hay papas que piensan que si el peso está bien, el niño está bien. Debemos reconocer que los TCA son enfermedades mentales y no podemos decir que tan sana esta la persona basándonos en cómo se ve o cómo se comporta.

5. ¿Qué aconsejaría a padres que tienen un hijo que sufre un TCA?

Primero, tengan compasión de sí mismos, muchos padres se culpan por la enfermedad. Es necesario seguir adelante, haga tiempo para su autocuidado, ayudar a alguien que está en recuperación es desgastante.



Segundo, tenga compasión por su hijo y por los comportamientos de TCA. Algunas veces esos comportamientos

son la mejor forma en que su hijo puede afrontar el momento, recuerde que el TCA está atendiendo un propósito para ellos. Su hijo está tratando de mejorarse, simplemente no está haciéndolo de la forma correcta.

Creo necesario comenzar con una aceptación radical. Aceptar no significa que te guste, significa que reconoces que el TCA está allí y debes cuidarte de no enemistarte con él pues, puede parecer a tu hijo enfermo, que lo estas criticando o desaprobando a él y no al TCA.



Si necesitas orientación
puedes contactarnos:

asocestima@gmail.com

www.asociacionestima.org

  [@asociacionestima](https://www.instagram.com/asociacionestima)