



**Guía para profesionales de salud
con clientes gordxs**



“Si lxs médicxs tienen sentimientos negativos hacia lxs pacientes, son más despreciativxs, menos tolerantes, con menos paciencia, y pueden nublar su juicio, haciéndolxs más propensxs a errores en el diagnóstico.”

-Jerome Groopman, M. D.

GUÍA PARA PROFESIONALES DE SALUD CON CLIENTES GORDXS

Como profesional de salud, tu servicio está dirigido a personas con una diversidad de tamaños y formas. Puedes estar familiarizadx con los enfoques que actualmente se aplican a personas con pesos más elevados, pero es probable que no estés al tanto de algunas preocupaciones que han surgido en torno a estos enfoques.

Actualmente vivimos en un ambiente que estigmatiza a cualquiera que no cumpla con las categorías médica y estéticamente delimitadas como “atractivas” y/o “saludables”. Como resultado, la fobia a la gordura ha aumentado significativamente en las últimas décadas. La fobia a la gordura resulta en opresión, que incluye imperialismo cultural (un ejemplo de esto es la ausencia de personas de talla grande en las películas), prejuicio, estigma, discriminación, bullying y violencia.

Un ambiente que favorece la opresión a las personas gordxs es definido como un entorno “adipofobicogénico”.¹ Desafortunadamente, hasta ahora se vuelve patente que el enfoque médico actual, cuya atención está puesta en el peso de las personas, a veces excluyendo todos los demás factores, no sólo no ayuda, sino que es adipofobicogénico, esto es, contribuye a la opresión hacia la gordura. Las actitudes en contra de la gordura y los prejuicios de los profesionales de salud contribuyen también a esta opresión.

¿Por qué es esto importante para los profesionales de salud?

Ya hace tiempo que conocemos los efectos dañinos que puede tener la opresión. Ahora ya contamos con una gran cantidad de investigación, la cual pone en evidencia los efectos negativos que tiene la opresión por la gordura en la salud, independientemente del peso corporal que tenga la persona. Por ejemplo:

- La insatisfacción crónica con respecto al peso es un predictor importante en la aparición de diabetes Mellitus tipo.²
- La internalización del prejuicio por el peso está asociada a mayores probabilidades de desarrollar síndrome metabólico y triglicéridos altos.³
- La discriminación por el peso percibida predice mayor riesgo a 10 años de irregularidad metabólica, metabolismo de glucosa e inflamación.⁴
- El estigma por el peso deriva en cortisol elevado y estrés oxidativo.⁵

Un componente integral en el enfoque médico actual con respecto al peso es el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) para luego alertar a las personas si caen dentro de las categorías etiquetadas como “sobrepeso” u “obesidad”. Sin embargo, esta estrategia está siendo cuestionada con una robusta evidencia que demuestra que usar estas etiquetas relacionadas con el peso no reporta un incremento en las conductas que promueven la salud ni una pérdida de peso. Sin embargo, estas etiquetas estigmatizantes resultan dañinas.

La investigación ha encontrado que la etiqueta de “sobrepeso” – independientemente de cuál sea su peso – está asociada con un incremento de insatisfacción corporal, internalización del estigma con respecto al peso, afectos negativos y percepción de salud reducida.⁶ La etiqueta de “sobrepeso” también predice irregularidades cardiovasculares, en el funcionamiento inflamatorio y metabólico⁷ y en la presión arterial independientemente de cuál sea su peso.

A esto hay que sumarle la evidencia que señala causalidad directa del estigma de peso sobre el incremento del mismo con o sin cambios en la conducta alimenticia como mediador del proceso.^{8,9,10,11} Irónicamente, un entorno adipofobicogénico es un entorno “obesogénico”: un ambiente fóbico a la gordura hace que la gente engorde.

En una práctica centrada en el peso, una porción significativa de lxs clientes son erróneamente sobre y sub tratados. Es importante hacer notar que más del 50% de la población con un IMC de 25 a 29 y el 30% de la población con un IMC de 30 o superior están metabólicamente saludables. En contraste, alrededor de un 25% de las personas con un IMC de 18 a 25 están metabólicamente no saludables.¹² Extrapolando estas cifras, el IMC tiene una tasa de falso positivos superior al 51% y una tasa de falsos negativos de casi 18% como prueba de salud metabólica. Estos rangos son inaceptablemente altos para una prueba médica.

También hay que estar conscientes de la creciente evidencia referente a la “paradoja de la obesidad”. Estudios en diferentes países han revelado tasas más bajas de mortalidad en individuos que se encuentra en la categoría de IMC entre 25 y 29 y ningún incremento en el riesgo de mortalidad en la categoría de 30 a 34 de IMC. Además, hay una amplia gama de condiciones en donde las personas con un IMC de 30 o más tienen una tasa de mortalidad más baja, incluyendo en éstas la aterosclerosis aórtica,¹³ la hipertensión, falla cardíaca^{14,15}, revascularización percutánea, cirugía de bypass coronario, enfermedad arterial periférica, derivaciones de ecocardiografía y CVD comórbida y DMT2.^{16,17,18,19,20,21,22}

Por lo tanto, es evidente que tener un peso mayor tiene impactos positivos y negativos en la salud. Como Ernsberger y Haskew (1987) comentaron hace décadas: “... ya no es apropiado considerar la obesidad como enfermedad si tiene tanto beneficios como riesgos.”²³ La “paradoja de la obesidad” es sólo una paradoja en un ambiente adipofóbico.

El actual ambiente ‘adipofobicogénico’ que perpetúa la opresión por la gordura y pesa, etiqueta y estigmatiza a los usuarios del sistema de salud, es inexacto, ineficaz y iatrogénico. La ‘guerra’ en contra de la obesidad es en sí misma un determinante negativo para la salud.^{24,25,26,27} No es un enfoque ético o basado en evidencia para la procuración de salud.

Siendo profesional de salud, la opresión por la gordura reduce tu capacidad para proporcionar un cuidado de alta calidad para tus pacientes gordxs. Las personas gordas se enfrentan a una gran cantidad de barreras para obtener una atención médica adecuada y apropiada, y muchas de ellas evitan buscar atención médica preventiva y tratamiento médico. Lxs proveedores de servicios de salud juegan un papel determinante en la reducción de las desigualdades creadas por la opresión por la gordura.

Los esfuerzos para perder peso tienen una probabilidad extremadamente baja de éxito a lo largo del tiempo, el 95% de las personas recuperan todo el peso perdido en un periodo de 2 a 5 años, y dos tercios de las personas recuperan más peso del que habían perdido. ¿Qué pasaría si atendiéramos las quejas reales de la gente sin tratar de cambiar su tamaño corporal? A este concepto le llamamos inclusividad de peso ¿Cómo podrías cambiar tu práctica para lograr un enfoque inclusivo con el peso en lugar de un enfoque centrado en el peso?

Brindar la más alta calidad de cuidado a las personas gordas y apoyar a tus clientes gordxs en el manejo de sus desafíos corporales particulares, requiere centrarnos en la experiencia de las personas de talla grande y que sean ellas las que nos muestren cómo han vivido la opresión en sus vidas, su capacidad de resiliencia, sus habilidades y recursos, y cómo los proveedores de salud pueden apoyar su bienestar.²⁹ Como organización de derechos civiles dedicada a expresar las necesidades de las personas gordas, NAAFA ofrece las siguientes estrategias para ayudarte a brindar la mejor atención posible a tus clientes gordxs y ayudar a reducir las inequidades en el sistema de salud creadas por la opresión a la gordura.

Esto es lo que puedes hacer.

VERIFICA SU LENGUAJE

Pregunta a tus clientes qué término prefieren usar para describirse a sí mismos. Algunas personas prefieren el término “gordx”, como hace NAAFA. Otras personas prefieren términos como “grande” o “de mayor peso”. Muy pocas personas se sienten cómodas con el término ‘sobrepeso’ y casi nadie prefiere ‘obesx’. Además de los daños de tales etiquetas descritas anteriormente, muchas personas perciben los términos ‘sobrepeso’ y ‘obeso’ como microagresiones. Si no verificas con tus clientes el uso de tales términos puedes causar daño, no intencional, pero significativo en tu relación con ellos.

PRACTICA SALUD EN TODAS LAS TALLAS (HEALTH AT EVERY SIZE)

Familiarízate con el enfoque de Salud en Todas las Tallas, Health at Every Size® (HAES®)³⁰ e incorpóralo adecuadamente en tu práctica. HAES es un enfoque de justicia social para mejorar tanto las acciones y condiciones de vida como la salud y el bienestar de las personas de todos los tamaños. Utilizar el enfoque HAES como proveedor de servicios de salud significa enfocarse en:

- La inclusividad de peso: Respetar y apreciar la diversidad inherente en las formas y tamaños del cuerpo sin idealizar o patologizar pesos específicos.
- La mejora de la salud: apoyar las políticas de salud que mejoren el acceso a información y servicios, y adoptar prácticas de atención médica que mejoren el bienestar humano, incluyendo la atención a las necesidades físicas, mentales, sociales, de salud y bienestar espiritual, económico y ambiental tanto para los individuos como para las comunidades.
- El cuidado respetuoso: Reconocer nuestros prejuicios; trabajar para terminar con la discriminación por el peso, el estigma de peso y los prejuicios asociados al peso; proporcionar información y servicios entendiendo que el nivel socioeconómico, la raza, el género, la orientación sexual, la edad y otras identidades impactan en la estigmatización por el peso. Favorecer entornos de apoyo que aborden estas inequidades.
- El comer bien: promover una alimentación flexible e individualizada basada en las señales internas de hambre, saciedad, placer, apetito y necesidades nutricionales individuales, en lugar de un plan de alimentación que se base en reglas externas o una dieta para controlar el peso.
- El movimiento que mejora la vida: apoyar las actividades físicas que estimulen la vitalidad y permitan a las personas de todos tamaños, habilidades e intereses participar en un movimiento placentero en la medida que lo deseen, en lugar de tener un plan de ejercicio regulado externamente o enfocado en controlar el peso.

PON A PRUEBA TU PROPIO PREJUICIO EN CONTRA DE LA GORDURA

Reflexiona sobre tu prejuicio potencial en contra de la gordura. Una forma de poner a prueba tus actitudes implícitas es la Prueba de Asociaciones Implícitas de Harvard.³¹ Esta prueba puede ayudarte a comprender mejor tus supuestos y creencias en relación a la gordura y la grasa corporal. Las personas gordas están muy familiarizadas con el estigma por el peso y podrán reconocer tu prejuicio anti gordura, incluso cuando trates de ocultarlo.

PIENSA CUIDADOSAMENTE ANTES DE PESAR A TUS CLIENTES

- Deja de pesar a todxs tus clientes de manera automática; sólo pesa al/la cliente si hay una razón médica apremiante para hacerlo. Si es necesario hacerlo, asegúrate de que sea pesado de manera privada y no en presencia de otrxs clientes o del personal.
- Haz que el cliente se pare de espaldas en la báscula mirando hacia el otro lado de la lectura del peso.
- Registra el peso en silencio, libre de cualquier comentario.
- No asumas que tu cliente quiere que le comuniquen su peso.

CUANDO HAGAS UN DIAGNÓSTICO MÉDICO

- Respeta las prioridades de clientes y aborda su principal preocupación.
- Realiza las mismas pruebas diagnósticas que le harías a un cliente más delgado con síntomas similares.
- No asumas que el peso es la causa de todos los síntomas o condiciones.
- No asumas que las personas gordas ingieren más alimentos ricos en calorías y energía, o que son menos activas físicamente que las personas más delgadas.
- No asumas que las personas gordas tienen o no un trastorno alimentario.

CUANDO APLIQUES UN TRATAMIENTO MÉDICO

- Considera cómo tratarías a clientes más delgadxs con síntomas similares.
- No demores el tratamiento ni insistas en que tu clientx pierda peso antes de recibir el tratamiento.
- Sé precavidx al recetar las dosis de medicamento; algunas personas son muy sensibles y reaccionan a dosis pequeñas de medicamento, mientras que otras requieren dosis más altas.
- Ofrece revisar los medicamentos y la dosis según sea necesario.

CUANDO REALICES PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

- Usa equipo médico duradero que satisfaga las necesidades de lxs clientes gordxs.
- Usa el equipo más apropiado para cada cliente SIN hacer comentarios.
- Ten disponibles mangas para medir la presión sanguínea en varios tamaños; usar una manga pequeña en un brazo grande puede dar lecturas falsas.
- Ten en tu inventario agujas y torniquetes más largos para extraer sangre a tus clientes gordxs.
- Asegúrate de que tu sanitario tenga un asiento que se divida al frente para permitir que lxs clientes gordxs puedan sostener más fácilmente en su lugar la taza recolectora para las muestras de orina; es preferible un dispositivo de recolección de orina con mango o con “gorro”.
- Durante la sedación monitorea muy de cerca la respiración si clientes tiene apnea del sueño o problemas en las vías respiratorias.

CUANDO PROPORCIONES EDUCACIÓN SANITARIA

- Evita dar consejos no solicitados para perder peso a lxs clientes de talla grande.
- Pregunta a tus clientes de talla grande sobre sus comportamientos de salud; no hagas suposiciones sobre su comportamiento basándote en su peso.
- Si tu cliente gordx no es físicamente activx, trae a la conversación la actividad física sin vincularla al peso; un aumento en la actividad física mejora la presión arterial y la regulación de la glucosa, disminuye los síntomas de la artritis y aumenta el bienestar general, independientemente de los cambios en el peso.
- Si tu cliente de gordx no está comiendo bien, habla les sobre la alimentación y la nutrición sin vincularlas al peso; enfócate en que tu cliente desarrolle habilidades para la alimentación intuitiva basándose en sus señales de hambre y saciedad y en la satisfacción de sus necesidades nutricionales.
- Explica a lxs clientxs que los beneficios de salud sostenibles vienen de prácticas de autocuidado, incluyendo ser amable con uno mismo.

EN LA SALA DE ESPERA

- Procura tener en tu sala de espera varias sillas firmes y sin brazos, sofás o bancos. Las sillas con descansabrazos a menudo no son las ideales para personas gordas.
- Asegúrate de que haya entre seis y ocho pulgadas de espacio entre los asientos.
- Proporciona sofás que sean firmes y lo suficientemente altos para garantizar que tus clientes puedan ponerse de pie y sentarse con facilidad. No es fácil levantarse de los sofás bajos y suaves.
- Asegúrate de que la información que proporcionas en tu sala de espera (revistas, folletos, etc.) y en las paredes tenga un mensaje corporal positivo y no promueva las dietas o refuerce el estigma por el peso.

EN LA SALA DE EXPLORACIÓN

- Proporciona camas anchas, que estén atornilladas al suelo o a la pared, o que puedan ajustar la altura hidráulicamente para no se vayan de lado cuando tu cliente se siente o acueste en ellas.
- Procura un taburete resistente para que lxs clientxs gordxs puedan apoyarse para subir a la mesa de exploración.
- Ten disponibles batas médicas en variedad de tamaños que incluyan tallas más grandes.
- Asegúrate de que el ambiente sea de aceptación e inclusión corporal y que no refuerce el estigma por el peso.

CON EL PERSONAL

- Evita discriminar por el peso o tamaño corporal cuando contrates a tu personal.
- Contrata personal teniendo en cuenta la diversidad y proporcionales entrenamiento en diversidad corporal.
- Desarrolla estrategias que te permitan incorporar la diversidad en tu práctica y que mejoren tu capacidad para proporcionar atención médica de calidad a personas de todas las formas y tamaños.

REFERENCIAS

1. O'Hara L, Taylor J. **Health at Every Size: a Weight-neutral Approach for Empowerment, Resilience and Peace**. International Journal of Social Work and Human Services Practice. 2014;2(6):273-282.
2. Wirth MD, Blake CE, Hébert JR, Sui X, Blair SN. **Chronic weight dissatisfaction predicts type 2 diabetes risk: Aerobic Center Longitudinal Study**. Health Psychology. 03/03 2014;33(8):912-919.
3. Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, et al. **Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity**. Obesity. 2017;25(2):317-322.
4. Vadiveloo M, Mattei J. **Perceived Weight Discrimination and 10-Year Risk of Allostatic Load Among US Adults**. Annals of Behavioral Medicine. 2017;51.
5. Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, et al. **Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity**. Health Psychology. 2014;33(8):862-867.
6. Essayli JH, Murakami JM, Wilson RE, Latner JD. **The Impact of Weight Labels on Body Image, Internalized Weight Stigma, Affect, Perceived Health, and Intended Weight Loss Behaviors in Normal-Weight and Overweight College Women**. American Journal of Health Promotion. August 23, 2016 2016.
7. Daly M, Robinson E, Sutin AR. **Does Knowing Hurt? Perceiving Oneself as Overweight Predicts Future Physical Health and Well-Being**. Psychological Science. 2017.
8. Unger ES, Kawachi I, Milliren CE, et al. **Protective Misperception? Prospective Study of Weight Self-Perception and Blood Pressure in Adolescents With Overweight and Obesity**. Journal of Adolescent Health. 2017.
9. Almond D, Lee A, Schwartz AE. **Impacts of classifying New York City students as overweight**. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 03/14 2016;113(13):3488-3491
10. Hunger JM, Tomiyama AJ. **Weight labeling and obesity: A longitudinal study of girls aged 10 to 19 years**. JAMA Pediatrics. 2014;168(6):579-580.
11. Robinson E, Hunger J, Daly M. **Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults**. International journal of obesity. 2015:1-6.
12. Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, et al. **The Obese Without Cardiometabolic Risk Factor Clustering and the Normal Weight With Cardiometabolic Risk Factor Clustering: Prevalence and Correlates of 2 Phenotypes Among the US Population (NHANES 1999-2004)**. Archives of Internal Medicine. August 11, 2008 2008;168(15):1617-1624.
13. Brodsky SV, Barth RF, Mo X, et al. **An obesity paradox: an inverse correlation between body mass index and atherosclerosis of the aorta**. Cardiovascular Pathology. 2016/11/01/ 2016;25(6):515-520.
14. Zapatero A, Barba R, Gonzalez N, et al. **Influence of Obesity and Malnutrition on Acute Heart Failure**. Revista Española de Cardiología (English Edition). 2011(0).
15. Komukai K MK, Arase S, Ogawa T, Nakane T, Nagoshi T, Kayama Y, Abe Y, Morimoto S, Ogawa K, Fujii S, Sekiyama H, Date T, Kawai M, Hongo K, Taniguchi I, Yoshimura M. **Impact of Body Mass Index on Clinical Outcome in Patients Hospitalized With Congestive Heart Failure**. Circulation Journal. 2011;Nov 16. [Epub ahead of print].
16. Lavie CJ, Milani RV, Ventura HO. **Obesity and Cardiovascular Disease: Risk Factor, Paradox, and Impact of Weight Loss**. Journal of the American College of Cardiology. 2009;53(21):1925-1932.
17. Davenport DL, Xenos ES, Hosokawa P, Radford J, Henderson WG, Endean ED. **The influence of body mass index obesity status on vascular surgery 30-day morbidity and mortality**. Journal of Vascular Surgery. 2009;49(1):140-147.e141.
18. Doehner W, Erdmann E, Cairns R, et al. **Inverse relation of body weight and weight change with mortality and morbidity in patients with type 2 diabetes and cardiovascular co-morbidity: An analysis of the PROactive study population**. International Journal of Cardiology. 2012;162:20-26.

REFERENCIAS Continua

19. Hong NS, Kim KS, Lee IK, et al. **The association between obesity and mortality in the elderly differs by serum concentrations of persistent organic pollutants: a possible explanation for the obesity paradox.** Int J Obes. 2011
20. Raiszadeh F, Travin M. **Are people with normal radionuclide perfusion imaging studies better-off if they are obese?** Journal of Nuclear Cardiology. 2010;17(3):350-353.
21. Sohn M-W, Budiman-Mak E, Oh EH, et al. **Obesity Paradox in Amputation Risk Among Nonelderly Diabetic Men.** Obesity. 2011.
22. Uretsky S, Supariwala A, Singh P, et al. **Impact of weight on long-term survival among patients without known coronary artery disease and a normal stress SPECT MPI.** Journal of Nuclear Cardiology. February 23, 2010 2010;17(3):390-397.
23. Ernsberger P, Haskew P. **Rethinking obesity: an alternative view of its health implications.** Journal of Obesity and Weight Regulation. 1987;6(2):42-44.24.
24. Salas XR. **The ineffectiveness and unintended consequences of the public health war on obesity.** Canadian Journal of Public Health. 2015;106(2):e79-e81.
25. O'Hara L, Gregg J. **Human rights casualties from the “war on obesity”: Why focusing on body weight is inconsistent with a human rights approach to health.** Fat Studies. 2012;1(1):32-46.
26. O'Hara L, Gregg J. **The war on obesity: a social determinant of health.** Health Promotion Journal of Australia. 2006;17(3):260-263.
27. Medvedyuk S, Ali A, Raphael D. **Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship.** Critical Public Health. 2017:1-13.
28. Mann T, et al. **Medicare's Search for Effective Obesity Treatments-Diets Are Not the Answer.** American Psychologist 2007; 62(3):220-233.
29. Burgard D. **Healthcare Providers Get Our Marching Orders for the War on Fat People.** The HAES® Files. Vol 2017. Health at Every Size Blog; 2017.
30. Association for Size Diversity and Health. <https://asdah.org/>
31. Harvard Implicit Associations Test. <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html>

RECURSOS

Poodle Science – YouTube

<https://www.youtube.com/watch?v=H89QQfXtc-k>

Fat Friendly Health Professionals Lists

<http://fatfriendlydocs.com>

<https://haescommunity.com/search/>

Medical, Health and Fitness Products for Large Size People and Healthcare Professionals <https://amplestuff.com/medical.aspx>

[NAAFA's I Am Not a Disease fact sheet](#)

RECURSOS Continua

The Association for Size Diversity and Health (ASDAH) Health At Every Size ® (HAES®) Webpage <https://asdah.org/>

[NAAFA's Healthcare Bill of Rights](#)

HAES® Community
<https://haescommunity.com>

Health at Every Size: Toward a New Paradigm of Weight and Health
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1681635/>

Weight Bias Against Physicians

Puhl, RM, Gold, JA, et al. **The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust, and adherence to medical advice.** International Journal of Obesity (2013) 37, 1415–1421.

https://www.researchgate.net/publication/26821248_Physician_Respect_for_Patients_with_Obesity

The Surprising Reason Why Being Overweight Isn't Healthy—Fat bias in health care

<http://www.cnn.com/2010/HEALTH/01/21/obesity.discrimination/index.html>

Syed, A, Lemkau, J, et al. **Toward Sensitive Treatment of Obese Patients.** Family Practice Management 2002 Jan; 9(1)25-28. <http://www.aafp.org/fpm/2002/0100/p25.pdf>

Huizinga, M, Cooper, L, et al. **Physician Respect for Patients with Obesity.** Journal of Internal Medicine, 2009 Nov. 24(11)1236-1239.

Arnold, C **Animals are getting fatter, too.** The Scientist Magazine, Nov. 24, 2010.

<http://www.the-scientist.com/?articles.view/articleNo/29373/title/Animals-are-getting-fatter--too/>

Recursos para niños

Satter, Ellyn **Your Child's Weight: Helping without harming Spanish (PDF)**

<https://www.ellynsatterinstitute.org/wp-content/uploads/2016/11/Handout-Your-Childs-Weight-Helping-without-Harming-Spanish.pdf>

The Body Positive, <http://www.thebodypositive.org>

Este folleto se proporciona con propósito educativo y no substituye la consulta médica. NAAFA no se hace responsable por cualquier acción o resultado derivado del contenido de este folleto.

Editores y colaboradores de este folleto

Barbara Altman Bruno, Ph.D., DCSW
Lily O'Hara, BSc, Postgrad Dip Hlth Prom, MPH, Ph.D.
Pat Lyons, RN, MA
Lenny Husen, M.D.
Toni Martin, M.D.
Rick Kausman, M.D.
Katja Rowell, M.D.
Peggy Howell, NAAFA Board of Directors



Diseño

Darliene Howell, NAAFA Board of Directors

Traducción al español por el equipo de
Mindful Eating México^(R)

Editado por Marlú Abarca



Este folleto se proporciona únicamente con fines educativos. NAAFA no es responsable de ninguna acción o resultado que resulte del contenido proporcionado en este folleto.

NAAFA no es responsable del contenido o la precisión de la información proporcionada por otros sitios web, revistas, artículos y libros. Algunos de los recursos enumerados pueden no reflejar Políticas de NAAFA. Se permite la distribución de este folleto. El uso de secciones específicas requiere permiso de NAAFA.

Health At Every Size® es una marca registrada de ASDAH.