



# Guia para Nutriologxs Y Dietistas

## Guía Para Nutriólogxs Y Dietistas De NAAFA

### Propósito de esta guía

NAAFA se ha unido con expertos en nutrición y dietética para crear una herramienta educativa para incrementar el conocimiento de “neutralidad sobre el peso” basada en evidencia para mantener o mejorar el bienestar nutricional. Nutriólogxs y dietistas registrados tienen la oportunidad única de mejorar su habilidad para trabajar con todo tipo de clientes sin importar su talla y erradicar la discriminación de tallas y el prejuicio de peso. Por favor nota que la palabra gordx, usado en este documento es utilizada de manera descriptiva y no como juicio de carácter o físico.

### ¿Qué es discriminación de talla y prejuicio asociado al peso?

Según el Consejo de Discriminación de Talla y Peso (Council of Size and Weight Discrimination), la discriminación de peso y talla se define como una diferencia injusta en el tratamiento dado entre pacientes por su talla o peso. Está basada en el prejuicio, el cual está definido como una opinión preconcebida o un juicio sin fundamentos o sin conocimiento suficiente.

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (The Center for Disease Control and Prevention) define el prejuicio asociado al peso como la inclinación para formar juicios sin razón basados en el peso de la persona. Estigma es el signo social que carga una persona que es víctima de prejuicio y sesgo de peso. La carga de la discriminación, del prejuicio y del estigma puede reducir la calidad de vida y tener un impacto negativo en el bienestar general de una persona.



### Implicaciones Sociales

La prevalencia de la discriminación basada en el peso se ha incrementado en las últimas 2 décadas (Andreyeva, Puhl y Brownell, 2008). Las implicaciones sociales de la discriminación y el prejuicio pueden llegar a permear de manera negativa el espacio y el ambiente laboral, el marco de salud (Reporte de Rudd, Prejuicio asociado al Peso: Un problema de justicia social, 2012) y el área de dietética y de nutrición (Swift et al 2012).

**ESPACIO LABORAL.** En 2006 Rudd Center reportó que de 2400 personas gordxs, 54% fueron estigmatizadas por sus compañerxs de trabajo por su peso, y el 43% sufrió prejuicio asociado a su peso por parte de sus empleadorxs y supervisorxs. A las personas gordxs les son negadas oportunidades para ser contratadxs o promovidxs de puesto (Puhl et al, 2008) y ganan en promedio 1 a 6% menos que sus colegas más delgadxs (Baum et al, 2004).

**ACADEMIA.** En el ambiente académico, lxs educadorxs perciben a lxs estudiantxs gordxs como descuidadxs, demasiado emocionales y con menor probabilidad de tener éxito (Neumark-Sztainer, 1999). Un estudio realizado en 1966 indicó que lxs estudiantes gordxs tenían menor probabilidad de ser aceptadxs en la universidad, aún habiendo comprobado un buen desempeño académico (Canning et al). Cuatro décadas después, los estudios siguen indicando que lxs maestrxs tienen menores expectativas de lxs estudiantes gordxs en comparación con lxs delgadxs. (O'Brien et al, 2007).

**CUIDADO DE LA SALUD.** Un estudio piloto con 400 profesionales de salud reportó que unx de cada 3 clasifica la obesidad como una condición que genera reacciones negativas (Klein et al, 1982). Clasificaron a la obesidad sólo por debajo de la adicción a las drogas, el alcoholismo y la enfermedad mental. En este mismo estudio, lxs proveedores de salud asociaron a lxs pacientes gordxs con rasgos de incumplimiento, deshonestidad y poca higiene. Esta respuesta negativa hacia la gordura se manifestó de nuevo en la Asociación Medica Americana en 2013 al tomar la decisión de etiquetar a la obesidad como enfermedad, sin tomar en cuenta la recomendación realizada por su propio comité científico asesor.

Esto, en lugar de ser una percepción positiva, puede explicar por qué las personas de mayor tamaño tardan en acudir a los servicios de salud y por lo tanto tienen resultados de salud menores a lo ideal. De hecho, en una encuesta realizada a más 500 mujeres gordas, ellas reportaron que aplazaban sus su evaluación de salud. Además, estas mujeres percibían su peso como una barrera para obtener cuidados de salud apropiados. (Amy et al, 2006).

**NUTRICION Y DIETETICA.** Tanto nutriólogxs como estudiantes de nutrición se han descubierto teniendo actitudes negativas hacia personas "obesas" (Campbell & Crawford, 2000; Harvey, Summerbell, Kirk & Hill, 2002; Berryman, Dubale, Manchester & Mittelstaedt, 2006; Puhl, Wharton, Heuer, 2009). Se necesita un mayor esfuerzo para educar a nutriólogxs y estudiantes de nutrición sobre la genética y las contribuciones socioculturales al peso, así como de los resultados negativos de las intervenciones basadas en peso, y del daño de la estigmatización cuando se provee cuidado a personas de mayor tamaño.

### El efecto negativo de la discriminación de tallas

Lxs clientes gordxs, por lo general, son vistxs como si tuvieran una condición “especial” de salud de salud tan sólo debido a su talla y son culpadx por su “condición” y vistos como flojxs y glotonxs. Estigmatizar y avergonzar a la persona no son jamás buenos motivadores para generar cambio de comportamiento. De hecho, estigmatizar a personas gordxs, puede disminuir su motivación para mejorar patrones nutricionales y de actividad física. (Myers y Rosen 1999; Puhl y Brownell 2006; Vartanian y Shaprow 2008; Vartanian and Novak 2011).

Otras implicaciones negativas tales como el aumento en trastornos alimentarios (Haines, Neumark-Sztainer, Eisenberg & Hannan, 2006), el bullying (Latner & Stunkard, 2003) y la depresión (Eisenberg, Neumark-Sztainer & Story, 2003) también han sido asociadas con la discriminación y el prejuicio basados en el tamaño del cuerpo.

**HACER DIETA.** En el esfuerzo por evitar el efecto negativo de la discriminación de tallas, personas de todas formas y tomanos deciden ponerse a dieta. Las intervenciones que tienen como objetivo el perder peso son, por lo general, ineficientes a largo plazo y pueden ser psicológica y fisiológicamente dañinas (Bacon et al., 2002; Bacon, Stern, Van Loan & Keim, 2005; Mann et al., 2007; Steinhardt, Bezner, & Adams, 1999; Ackard et al., 2002; Tomiyama, Ahlstrom, Mann 2013).

Profesionales del cuidado de la salud en muchas ocasiones promueven la pérdida de peso en el nombre de la salud, diciendo que al hacerlo se mejorarán niveles bioquímicos, tales como lípidos de la sangre, glucosa, y presión arterial. Sin embargo, estos resultados son bastante elusivos a largo plazo y está bien establecido que la baja de peso no es necesaria para mejorar la salud cardiovascular (Gaesser, 2007; Gaesser, Angadi & Sawyer, 2011; Bacon et al., 2002; Bacon et al., 2005). Además, la competencia cardiorrespiratoria es mucho más importante como predictor de mortalidad cardiovascular que el peso y la composición corporal. (Lee, Blair, & Jackson, 1999).

Hacer dieta no solo es inefectivo, sino que puede llevar a patrones alimentarios trastornados (Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg, Loth, 2011). Es por ello, que poner como objetivo el manejo de peso en los programas de salud no es el mejor abordaje para la prevención de enfermedades crónicas. Además, un argumento ético se puede hacer a favor de los programas libres de juicio y de estigmatización, y el público parece preferir programas que promueven cambios en el estilo de vida en lugar de la pérdida de peso (Thomas, Lewis, Hyde, Castle & Komesaroff, 2010).

**OPRESIÓN:** Enfocarse en el peso y promover mensajes simplistas como “come menos, ejercítate más” es ciertamente más fácil que reconocer las causas subyacentes de la inequidad de ingreso y acceso a los servicios de salud en nuestra sociedad. Sin embargo, los determinantes sociales de salud están enraizados en un sistema de privilegios y opresión y no serán abordados mientras nos distraigamos con creencias prejuiciosas de que lxs individuxs gordxs necesariamente se encuentran poco sanxs y de que lxs individuxs por sí mismos tienen el poder de cambiar su peso o su salud. Este abordaje de “responsabilidad personal” niega el rol sustancial que juega la genética, el ambiente y la neurofisiología en la determinación del peso (Bacon, 2010), así como las barreras que imponen continuamente las políticas públicas relacionadas al comer bien, especialmente entre los estadounidenses de bajos ingresos.

### Un paradigma de neutralidad ante el peso para el bienestar

Nueva evidencia ha demostrado que programas basados en Salud en Todas Las Tallas ® (HAES ®) por sus siglas en inglés) son más efectivos que los enfoques tradicionales centrados en el peso para promover cambios permanentes en el compartamiento nutricional y en la actividad física (Bacon et al., 2002; Bacon et al. 2005; Provencher et al., 2007; Provencher et al., 2009; Robison, Putnam & McKibbin 2007; Steinhardt et al., 1999; Bacon and Aphramor, 2011; Schaefer and Magnuson, 2014). Los abordajes basados en HAES incluyen recomendaciones nutricionales y de actividad física que no enfatizan un consumo restrictivo de calorías ni una pérdida de peso. Las intervenciones basadas en HAES promueven el realizar cambios conductuales saludables que dan como resultado una mejora en el rendimiento físico y en la salud, sin importar el peso. A diferencia de las dietas, las intervenciones basadas en HAES no están asociadas a ningún efecto adverso.

Los principios de HAES son:

- **Inclusividad de Pesos:** Aceptar y respetar la inherente diversidad de figuras y tallas corporales y rechazar la idealización o patologización de pesos específicos.
- **Reconociendo una Mejor de Salud:** Apoyar políticas de salud que mejoren y hagan equitativo el acceso a la información y servicios, así como prácticas personales que mejoren el bienestar humano, incluyendo atención a las necesidades individuales físicas, económicas, sociales, espirituales, emocionales y otras.
- **Cuidado Respetuoso:** Reconocer nuestros prejuicios y trabajar para poner fin a la discriminación, el estigma y el prejuicio con respecto al peso. Proporcionar información y servicios desde la comprensión de que el nivel socioeconómico, la raza, el género, la orientación sexual, la edad y otras identidades tienen un impacto en el estigma por el peso y apoyar ambientes que aborden estas inequidades.
- **Comer para el Bienestar:** Promover alimentación individualizada y flexible con base en el hambre, la saciedad, las necesidades nutricionales y el placer, en vez de cualquier plan alimentario regulado externamente y enfocado en el control del peso.
- **Movimiento que Mejora la Vida:** Promover actividades físicas que permitan a las personas de todos los tamaños, capacidades e intereses involucrarse en el movimiento disfrutable, en el grado en que ellxs elijan.

### La Aplicación de el paradigma de Salud en Todas Las Tallas en Nutrición y Dietética

**LA BÁSCULA.** El paradigma de HAES es neutral con respecto al peso. Es por ello, que lxs nutriólogxs de HAES desalientan el acto de pesar como un indicador para registrar los cambios en la salud. En cambio, se enfocan en fomentar un autocuidado compasivo. Esto, a su vez, respalda la adopción de cambios positivos en la nutrición y en la actividad física. Una vez que se desarrollen hábitos saludables, el cuerpo, con el tiempo encontrará su peso y su talla natural, genéticamente determinada.

**CÁLCULO DE PORCIONES Y CONTEO CALÓRICO.** Lxs nutriólogxs y dietistas de HAES no incitan a sus pacientes a contar calorías ni a medir ni pesar su comida. En cambio, les enseñan a regular su ingesta alimentaria basándose en señales internas, tales como el hambre, la saciedad y los antojos. Las investigaciones demuestran que lxs individuoxs que comen de manera intuitiva son menos propensxs a atracarse, tienen mejores niveles de triglicéridos y mayores niveles de colesterol HDL que aquellxs que comen basándose en señales externas. (Polivy and Herman, 1999; Tylka, 2006, Dockendroff et al, 2012; Hawks S, Madanat H, Hawks J, Harris A., 2005).)

**ALIMENTACIÓN CON CONCIENCIA.** Expertxs en nutrición que promueven el paradigma de HAES promueven que sus pacientes practiquen “mindful eating” (alimentación con conciencia) o alimentación intuitiva. (Hammond, 2007; Mathieu J, 2009). El Mindfulness permite a los pacientes atender sus señales corporales y sus respuestas ante ciertos alimentos. Mindful Eating incluye hacer consciente el placer y el disfrute de la experiencia de comer, al mismo tiempo que atiende las respuestas fisiológicas asociadas, tales como señales de glucosa en sangre, el nivel de energía, la comodidad gastrointestinal, y el hambre y la saciedad.

**TERAPIA MEDICO-NUTRICIONAL.** Lxs nutriólogxs y dietistas de HAES que dan consulta individual en casos en donde se requieren ciertas restricciones alimentarias para manejar enfermedades, pueden utilizar los principios de Mindful Eating. Por ejemplo, un paciente con celiaquía necesita evitar el consumo de alimentos que contienen gluten, a pesar de su deseo ávido por esos alimentos. Un dietista de HAES puede ayudar a su paciente a navegar por los supermercados para encontrar alimentos libres de gluten con sabores y texturas similares. además, lxs dietistas de HAES pueden promover una relación sana con la comida al fomentar que sus pacientes exploren sus señales internas y sus respuestas emocionales ante las restricciones necesarias.

Pueden haber momentos en los que lxs pacientes no puedan confiar en sus señales de hambre y saciedad para elegir el momento y la cantidad de alimentos que ingiere debido al efecto que pueden tener ciertos medicamentos o cirugías en la saciedad. Los patrones relacionados a un trastorno de alimentación también pueden interferir con la habilidad de la persona en confiar en sus señales de hambre y saciedad. Aún así, lxs nutriólogxs de HAES pueden trabajar con estos pacientes explorando otras señales internas y externas que le puedan ayudar a crear una experiencia alimentaria satisfactoria.

Lxs nutriólogxs en muchas veces son parte del equipo en clínicas bariátricas. En este contexto, un dietista de HAES informaría al paciente de los riesgos que implica la cirugía y le daría alternativas a esta. Independientemente de la decisión del paciente, el dietista puede personalizar la intervención para incluir la alimentación con conciencia, la actividad física placentera, y la aceptación corporal.

**MOVIMIENTO PLACENTERO.** Lxs Nutriólogxs de HAES que también dan consulta para la actividad física, promueven que lxs pacientes encuentren formas agradables de estar activxs y de estar atentxs a los beneficios intrínsecos de la actividad física (mejora del estado de ánimo, mejora en los patrones de sueño, incremento de la energía, diversión) en lugar de los beneficios extrínsecos (pérdida de peso). Las investigaciones sustentan que los individuos que están conectados con los beneficios intrínsecos de la actividad física, tienen más probabilidad de mantenerse activxs a largo plazo (Newburg, Kimiecik, Durand-Bush & Doell, 2002).

**NIÑXS Y PESO.** Nutriólogxs y dietistas pueden aplicar el paradigma de HAES al promover la educación y en la consulta de padres e hijxs. Lxs bebés, de manera natural usan sus señales internas para comunicarle a lxs padres cuando tienen hambre y cuando han tenido suficiente. Lxs padres pueden alentar a sus hijxs a reconocer, respetar y responder a estas señales innatas. Nutriólogxs y dietistas de HAES motivan a lxs padres a que permitan que sus hijxs determinen cuánto comer en cada comida, sin presionarlos para que coman cierto tipo de alimento o cierta cantidad (Satter, 1986). Al proveer de manera regular comidas satisfactorias, lxs niñxs típicamente comen en la cantidad adecuada para su cuerpo (Johnson & Krebs, 2009; Eneli, Crum & Tylka, 2008). Las variaciones en el patrón de crecimiento de los niñxs son normales y es importante educar a lxs padres en la aceptación corporal y en la variedad genética de figuras y tamaños.

### La Evidencia y Ética en La Práctica de Nutrición y Dietética

Dado la gran proporción de fracaso que muestran las dietas a largo plazo, es poco ético continuar prescribiendo lo que sabemos que no funciona (Mann et al., 2007; Bacon & Aphramor, 2011). El Código de Ética de Profesionales de Dietética estipula que lxs practicantes trabajen con principios basados en evidencia. Adicionalmente, el código prohíbe la discriminación (Asociación Americana de Dietética, 2009).

Educadorxs en dietética y nutrición, practicantes y estudiantes, deben, por ello, examinar el sistema de privilegios y el conflicto potencial de intereses que influyen la agenda de las investigaciones y las políticas de salud alimentaria pública en nuestro país. Por ejemplo, los subsidios incluidos en la Ley Agrícola contribuyen a la gran cantidad de opciones de alimentos pobres en nutrientes disponibles en la actualidad e influyen en las recomendaciones dietéticas (Guías Dietéticas para Americanos y “MiPlato”; USDA, 2012). Aunado a esto, las investigaciones relacionadas con el peso están fondeadas por industrias alimentarias multi-billonarias.

Una historia de opresión en los Estados Unidos ha llevado a movimientos que abogan por los derechos civiles de los grupos marginados para que todos puedan ser apoyados para maximizar su potencial sin importar su raza, clase, género, sexualidad o religión. Debido a la naturaleza interrelacionada y sistémica de todas las opresiones, nutriólogxs y dietistas de HAES creen que es hora de agregar el tamaño corporal a esta lista. Está en el mejor interés público el empezar a cambiar el enfoque en el peso a un enfoque en la salud, al mismo tiempo que se reconozca el rol de la justicia social en el bienestar personal y comunitario.

## REFERENCIAS

- Ackard, D.M., Croll, J.K., & Kearney-Cooke, A. (2002). **Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems.** *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 129-136.
- Amy, NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. (2006). **Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women.** *International Journal of Obesity*, 30, 1, 147-55
- Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. (2008). **Changes in perceived weight discrimination among Americans: 1995–1996 through 2004–2006.** *Obesity* 16, 5, 1129–1134.
- Aphramor, L. (2011). **Dietetics, weight science and ethics: Time to look again?** *NHD Magazine*, 70, 10-13.
- Bacon, L. (2010) **Health At Every Size: The Surprising Truth About Your Weight**, Ben Bella Press, Appendix?
- Bacon, L., Keim, N., Van Loan, M., Derricote, M., Gale, B., Kazaks, A., et al. (2002).
- Evaluating a ‘non-diet’ wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors.** *International Journal of Obesity*, 26, 854-865.
- Bacon, L., Stern, J.S., Van Loan, M.D., & Keim, N.L. (2005). **Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters.** *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 929-936.
- Bacon, L., Aphramor, L. (2011). **Weight Science: Evaluating the evidence for a paradigm shift.** *Nutrition Journal*, 10, 9.
- Baum II, C. L., & Ford, W. F. (2004). **The wage effects of obesity: A longitudinal study.** *Health Economics*, 13(9), 885-899. Retrieved from SCOPUS database.
- Berryman, D.E., Dubale, G.M., Manchester, D.S. & Mittelstaedt, R. (2006) **Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to non-dietetic students.** *Journal of the American Dietetic Association*. 106, 1678–1682.
- Campbell, K. & Crawford, D. (2000) **Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians.** *International Journal of Obesity*, 24, 701–710.
- Canning, H., & Mayer, J. (1966). **Obesity: An influence on high school performance.** *Journal of Clinical Nutrition*, 20, 352-54.
- Critical Dietetics: A Declaration.** (2009). <http://www.criticaldietetics.org/PDF/Critical%20Dietetics%20Declaration.pdf>. Accessed August 9, 2012.
- Dockendroff SA, Petrie TA, Greenleaf CA, Martin S. (2012). **Intuitive eating scale: an examination among early adolescents.** *Journal of Counseling Psychology*, 59, 604-611.
- Eneli IU, Crum PA & Tylka TL. **The Trust Model: A Different Feeding Paradigm for Managing Childhood Obesity.** *Obesity*, 16, 10, 2197-2204.
- Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. (2003). **Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents.** *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 8, 733-738.
- Friedman, R., Puhl, R (2012). **Rudd Report, Weight Bias, A Social Justice Issue, A Policy Brief, Yale Rudd Center for Food Policy & Obesity**
- Gaesser GA. (2007). **Exercise for Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease, Type 2 Diabetes and Metabolic Syndrome.** *Current Diabetes Reports*, 7, 1, 14-19.
- Gaesser GA, Angadi SS, Sawyer BJ. (2011). **Exercise and diet, independent of weight loss, improve cardiometabolic risk profile in overweight and obese individuals.** *The Physician and Sportsmedicine*, 39, 2, 87-97.
- Haines J, Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, & Hannan P. (2006). **Weight-teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens).** *Pediatrics*, 117, 209-15.
- Hammond M. (2007). **Ways Dietitians are Incorporating Mindfulness and Mindful Eating into Nutrition Counseling.** *Public Health and Community Nutrition Practice Group, The Digest*, Fall 2007.
- Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill AJ. (2002) **Dietitians’ views of overweight and obese people and reported management practices.** *J Hum Nutr Diet*, 15:, 331–347.
- Hawks S, Madanat H, Hawks J, Harris A. **The relationship between intuitive eating and health indicators among college women.** *American Journal of Health Education*. 2005;36:331-336.

## REFERENCIAS Continua

- Johnson, A.G. (2010). **The social construction of difference.** In Adams, M., Blumenfeld, C., Castaneda, C., Hackman, H., Peters, M. & Zuniga, X. (Eds.) *Readings for diversity and social justice*, 2nd Ed. (pp. 15-20). New York, NY: Routledge.
- Johnson, SL & Krebs, NF. (2009). **Internal vs. External Influences on Energy Intake: Are Disinhibited Eaters Born or Created?** *The Journal of Pediatrics*, 155, 5, 608-609.
- Klein, D, Najman J, Kohrman AF, Munro C (1982) **Patient Characteristics that elicit negative response from family physicians.** *J Fam Pract*, (5):881-8
- Latner JD & Stunkard AJ. (2003). **Getting worse: the stigmatization of obese children.** *Obesity Research*, 11, 3, 452-456.
- Lee CD, Blair SN & Jackson AS. (1999). **Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men.** *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 3, 373-380.
- Mann, T., Tomiyama, J., Westling, E., Lew, A., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). **Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer.** *American Psychologist*, 62, 220-233.
- Mathieu J. (2009). **What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating?** *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 12, 1982-1987.
- Meyers A, Rosen JC. (1999). **Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem.** *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23, 3, 221-230.
- Moore, C., & Cunningham, S. (2012). **Social position, psychological stress, and obesity: A systematic review.** *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112, 518-526.
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. (2011). **Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study.** *Journal of the American Dietetic Association*, 111, 1004-1011.
- Newburg D, Kimiecik J, Durand-Bush N, & Doell, K. (2002). **The role of resonance in performance excellence and life engagement.** *Journal of Applied Sport Psychology*, 74,249-267.
- O'Brien, K.S., Hunter, J.A. & Banks, M. (2007). **Implicit anti-fat bias in physical educators: Physical attributes, ideology, and socialisation.** *International Journal of Obesity*, 31, 308-314
- Pharr, S. (2010). Reflections on liberation. In Adams, M., Blumenfeld, C., Castaneda, C., Hackman, H., Peters, M., Zuniga, X. (Eds.) *Readings for diversity and social justice*, 2nd Ed. (pp. 591-598). New York, NY: Routledge.
- Polivy J & Herman P. (1999) **Distress and eating: Why do dieters overeat?** *International Journal of Eating Disorders*, 26, 153-164.
- Puhl, R., Andreyeva, T., & Brownell, K. (2008). **Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America.** *International Journal of Obesity*, 1-9.
- Puhl RM and Brownell KD. (2006). **Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults.** *Obesity* 14, 10, 1802-1815.
- Puhl, R., & Brownell, K. (2001). **Bias, discrimination, and obesity.** *Obesity Research*, 9, 788-805.
- Puhl, R.M. & Heuer, C.A. (2009) **The stigma of obesity: a review and update.** *Obesity* 17, 41-964.
- Puhl, R., Wharton, C., & Heuer, C. (2009). **Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices.** *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 438-444.
- Provencher, V., Begin, C., Tremblay, A., Mongeau, L., Boivin, S. & Lemieux, S. (2007). **Short-term effects of a "Health-At-Every-Size" approach on eating behaviors and appetite ratings.** *Obesity*, 15, 957-966.
- Provencher, V., Begin, C., Tremblay, A., Mongeau, L., Corneau, L., Dodin, S., et al. (2009). **Health-at-every-size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention.** *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 1854-1861.
- Robison, J., Putnam, K., & McKibbin, L. (2007). **Health at every size: A compassionate, effective approach for helping individuals with weight-related concerns--Part II.** *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 55, 185-192.

## REFERENCIAS Continua

Satter, E. (1986). **The Feeding Relationship.** Journal of the American Dietetic Association, 86, 352-356.

Schaefer JT, Magnuson AB. (2014) **A review of interventions that promote eating by internal cues.** Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 114, 734-760.

Schwartz, B. (2003). **Weight bias among health professionals.** Obesity Research, 11, 1033-39.

Steinhardt, M., Bezner, J., & Adams, T. (1999). **Outcomes of a traditional weight control program and a nondiet alternative: A one-year comparison.** Journal of Psychology, 133, 495-513.

Swift, J.A., Hanlon, S., El-Redy, L., Puhl, R.M., Glazebrook, C. **Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists.** Journal of Human Nutrition and Dietetics.

Thomas SL, Lewis S, Hyde J, Castle D & Komesaroff P. (2010). **“The solution needs to be complex.” Obese adults’ attitudes about the effectiveness of individual and population based interventions for obesity.** BMC Public Health, 10, 420.

Tylka T. (2006) **Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating.** Journal of Counseling Psychology, 53, 226-240.

Tomiyama AJ, Ahlstrom B, Mann T (2013). **Is Dieting Worth the Trouble?** Huffpost. Accessed 4/30/13, [https://www.huffpost.com/entry/does-dieting-work\\_b\\_2253565](https://www.huffpost.com/entry/does-dieting-work_b_2253565)

Vartanian LR, Smyth JM. (2013) **Primum Non Nocere: Obesity Stigma and Public Health.** Bioethical Inquiry, 10, 49-57.

Vartanian LR, and Novak SA. (2011) **Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on weight stigma on avoidance of exercise.** Obesity 19, 4, 757–762.

Vartanian LR and Shaprow JG. (2008) **Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: A preliminary investigation among college-aged females.** Journal of Health Psychology 13, 1, 131–138.

Welsh, T. (2011). **Healthism and the bodies of women: Pleasure and discipline in the war against obesity.** Journal of Feminist Scholarship, 1, 33-48.

Worobey, J., & Schoenfeld, D. (1999). **Eating disordered behavior in dietetics students and students in other majors.** Journal of the American Dietetic Association, 99, 1100-1102.

## RECURSOS ADICIONALES

### Organizaciones

Association for Size Diversity and Health (asdah.org)

NAAFA (naafa.org)

Critical Dietetics (www.criticaldietetics.org)

### Sitios de red

HAES Community (www.haescommunity.org)

Project Implicit. <https://implicit.harvard.edu/implicit/>

### Libros

Big Fat Lies: The Truth About Your Weight and Your Health, Glenn A. Gaesser, PhD

Health At Every Size: The Surprising Truth About Your Weight, Linda Bacon, PhD

Talking Fat Health vs. Persuasion in the War on Our Bodies, Lonie McMichael, PhD

What’s Wrong With Fat, Abigail Saguy, PhD

### Additional NAAFA Guidelines

[Guía para profesionales de la actividad física que trabajan con clientes gordxs](#)

[Guía para profesionales de salud con clientes gordxs](#)

[Guía para terapeutas que tratan clientes gordxs](#)

**CONTRIBUYENTES DIRECTRICES:**

Dawn Clifford, PhD, RD  
Associate Professor and Didactic Program in Dietetics  
Director, Department of Nutrition and Food Sciences  
California State University, Chico

Michelle Neyman Morris, PhD, RD  
Professor & Dietetic Internship Director Department of  
Nutrition & Food Sciences  
California State University, Chico

Lisa M. Tealer  
NAAFA Board Member Emeritus

**REVISORES DIRECTRICES:**

Lucy Aphramor, RD, PhD  
Director, Well Founded Ltd: Visiting Research Fellow  
Glyndwr University  
Co-Author, Body Respect, What  
Conventional health Books Get Wrong, Leave Out, and  
Just Plain Fail to Understand About Weight

Linda Bacon, PhD  
Nutrition Professor, City College of San Francisco  
Associate Nutritionist, University of California  
Author, Health At Every Size: The Surprising Truth  
about Your Weight  
Co-Author, Body Respect, What  
Conventional health Books Get Wrong, Leave Out, and  
Just Plain Fail to Understand About Weight

Kori Kostka, Bsc, RD  
ASDAH Board Member 2012-2013

Lindsay Mazur, PHEc, RD  
Women's Health Clinic, Winnipeg,  
Canada

**PATRÓN DE DISEÑO:**

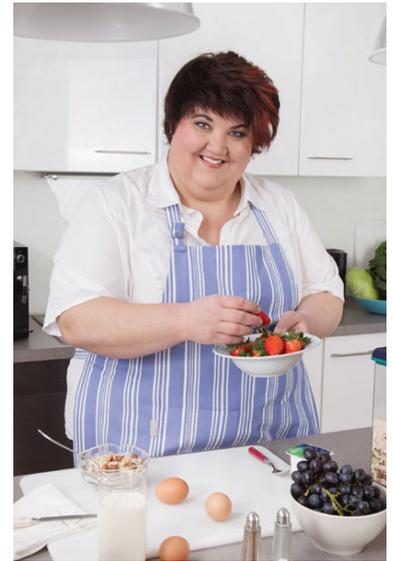
Jason Docherty, Past NAAFA Board Chair

Liz Plochec

Darlene Howell, NAAFA Board Chair

Traducción al español por el equipo de  
Mindful Eating México<sup>(R)</sup>

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.