Lineamientos de la AED para los programas de prevención de obesidad infantil

Sigrún Daníelsdóttir, Cand.Psych., Deb Burgard, Ph.D., y Wendy Oliver-Pyatt, M.D.

Estudios alrededor del mundo muestran que el peso corporal en los jóvenes ha incrementado durante las pasadas décadas (Chinn & Rona, 2001; Kautiainen, Rimpelä, Vikat, & Virtanen, 2002; Tremblay & Willms, 2000; Troiano & Flegal, 1998), a pesar de que la evidencia más reciente sugiere que éste incremento puede estar estabilizándose, al menos en los Estados Unidos (Ogden, Carroll, & Flegal, 2008). La preocupación por el aumento de peso ha estimulado a varias intervenciones de comunidades e intervenciones escolares con el objetivo de bajar el sobrepeso en la niñez. Esto incluye el monitoreo obligatorio del Índice de Masa Corporal de los niños, la prohibición de "comida chatarra" en las cafeterías escolares, limitar las máquinas de venta de productos en las escuelas y campañas promocionales enfatizando los peligros del exceso de peso. Muchos profesionales de la salud han expresado su preocupación sobre la seguridad y eficacia de éstas intervenciones, temiendo que tengan poco efecto positivo y puedan contribuir inadvertidamente a una preocupación excesiva sobre el peso, la figura y prácticas dañinas de control de peso (e.g. Berg, 2001; Cogan, Smith, & Maine, 2008; Ikeda, Crawford, & Woodward-Lopez, 2006; Neumark-Sztainer, Wall, Story & van den Berg, 2008).

Un cuerpo sustancial de evidencia en la literatura de trastornos de la conducta alimentaria, demuestra que un énfasis general sobre la apariencia y el control de peso puede promover comportamientos de trastornos de la conducta alimentaria. Por ejemplo, cuando agentes importantes en el ambiente social de los niños (ej. padres o compañeros) aprueban una preferencia por la delgadez y le dan importancia al control de peso, esto puede contribuir a un disgusto corporal, llevar a cabo dietas, baja autoestima y prejuicio del peso entre niños y adolescentes (Davison & Birch, 2001; Davison & Birch, 2004; Dohnt & Tiggemann, 2006; Smolak, Levine, & Schermer, 1999). Adicionalmente, las prácticas de control de peso entre gente joven, preveen de manera fiable un aumento de peso mayor, sin importar el peso base, que aquellos adolescentes que no llevan a cabo dichas prácticas (Neumark-Sztainer et al., 2006). Por lo tanto, es importante evaluar las consecuencias no deseadas de los programas de "prevención de obesidad", que puedan llevar a comportamientos dañinos y desplazamientos de peso en ambas direcciones.

Desafortunadamente, pocos estudios han examinado los efectos sobre factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, tales como insatisfacción corporal y dietas para bajar de peso. Aquellos que han sugerido que enfocarse en la salud, no en el peso, pudiera ser la clave para evitar daños a la imagen corporal y comportamientos alimenticios. Por ejemplo, Austin, Field, Wiecha, Peterson & Gortmaker (2005) encontraron menores tasas de alimentación desordenada en una intervención basada en escuela que se enfocaba en promover una dieta saludable y patrones de actividad, en lugar del peso per se. Éstos resultados enfatizan la viabilidad de simultáneamente promover la autoestima corporal y el comportamientos de un estilo de vida saludable en jóvenes, tal como otros han sugerido (Neumark-Sztainer, 2005). Expandiendo la visión de incluir la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y problemas relacionados en los programas de "prevención de obesidad", pudiera ayudar a asegurar que promueven sobre todo, la salud y seguridad.

El peso corporal no puede ser evaluado al vacío. No es representante fidedigno por sí solo de la conducta alimentaria y actividad física. Aunque existen asociaciones estadísticas entre peso corporal y el riesgo de morbi-mortalidad, estar pesado o delgado, no es por definición patológico. La correlación no implica causalidad y el peso promedio puede ocultar una gran cantidad de prácticas poco saludables. Ya que el vivir saludablemente es importante para niños de todos los tamaños, las intervenciones deben enfocarse en estilo de vida en lugar del peso.

La Academia para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AED) aplaude los esfuerzos por hacer los ambientes para niños lo más saludable posible. Sin embargo, es importante que se tenga cuidado especial en la construcción e implementación de programas de "prevención de obesidad" para minimizar cualquier daño que pueda resultar. Con este fin los siguientes lineamientos han sido desarrollados para intervenciones basadas en comunidades o escuelas que hacen frente al aumento de peso en la juventud.

- Las intervenciones deben enfocarse hacia la salud, no el peso, para no contribuir a la sobreevaluación del peso, la figura y las actitudes negativas sobre gordura que son comunes entre los niños y que tienen efectos dañinos en su bienestar físico, social y psicológico.

- La Organización Mundial de la Salud define salud como: *un estado de completo bienestar físico, mental y psicológico y no que simplemente exista ausencia de enfermedad.* Coherente con esta definición, las intervenciones destinadas a hacer frente a las preocupaciones de peso deberán ser construidas desde una perspectiva holística, donde se den consideraciones iguales a los aspectos sociales, emocionales y físicos de la salud de los niños.

- Las intervenciones deben enfocarse no solo en proveer oportunidades para niveles apropiados de actividad física y dietas saludables, sino también promover la autoestima, satisfacción corporal, y respeto hacia la diversidad de tamaños corporales. Estudios prospectivos demuestran que la insatisfacción corporal y bromas relacionadas con el peso están asociadas con los atracones y otros comportamientos alimenticios desordenados, menores niveles de actividad física y aumento de peso con el paso del tiempo. Por lo tanto, construyendo un ambiente social donde todos los niños se apoyen en sentirse bien con sus cuerpos, es esencial al promover la salud en jóvenes.

- Las intervenciones deberán enfocarse sólo en conductas modificables (ej. actividad física, ingesta de bebidas azucaradas, burlas, tiempo que pasa viendo la televisión), donde hay evidencia de que dicha modificación mejorará la salud del niño.

- El peso no es una conducta, por lo tanto no es un objetivo apropiado para la modificación de conducta. Los niños en todo el espectro de peso, se benefician al limitarse el tiempo que pasan viendo la televisión y al llevar una dieta saludable. Las intervenciones deberán ser neutrales en cuanto al peso, por ejemplo, no tener metas específicas para el cambio de peso pero tener como objetivo aumentar la vida saludable en cualquier tamaño o talla.

- Es poco realista esperar que todos los niños entren dentro de la categoría de "peso normal". Por lo tanto, las intervenciones no deberán ser comercializadas como "prevención de obesidad". En lugar de eso, las intervenciones deberán ser referidas como "promoción de la salud", ya que la meta es la salud y el bienestar de todos los niños, y la salud abarca muchos factores además del peso.

- Las intervenciones escolares deberán evitar el lenguaje de "sobrepeso" y "obesidad" ya que estos términos pueden promover estigmas basados en peso. Por otra parte, varias de las intervenciones más efectivas no se han enfocado en el peso per se.

- Las intervenciones deberán enfocarse en lograr ambientes más saludables para los niños, más que únicamente enfocarse en responsabilidad personal. En el ámbito escolar, esto incluye servir comida saludable, proporcionar oportunidades para actividad física divertida, implementar una política de no burlas, y proporcionar a los estudiantes y trabajadores de la escuela, sesiones educativas sobre imagen corporal, alfabetización de los medios, y prejuicio del peso. En el entorno comunitario, esto incluye hacer los vecindarios más seguros, proporcionar acceso a comidas nutritivas, construir banquetas y carriles para ciclistas, construir áreas seguras de juego al aire libre, y fomentar que los padres tengan comidas familiares regulares, crear un ambiente de comida sin distracciones y proveer más alternativas de actividades que el ver la televisión.

- En las intervenciones se deberá tener cuidado de no utilizar lenguaje que tenga mensajes implícitos o explícitos sobre anti-gordura, tales como "estar gordo es malo", "la gente gorda come mucho", etc.

- Los niños de todas las tallas merecen ambientes sanos y serán beneficiados con un estilo de vida saludable y una imagen de sí mismos positiva. Las intervenciones escolares no deberán marcar como objetivo específicamente a niños más pesados, para estar en programas separados dirigidos a la reducción de peso. Sin embargo, esto no deberá desalentar esfuerzos para proporcionar actividades físicas a la medida para cuerpos más grandes o direccionar las experiencias que los niños más pesados comparten en grupo.

- Determinar el crecimiento normal o anormal en niños deberá depender en la consistencia de su crecimiento con el paso del tiempo y no solamente en el percentil en el cual van creciendo. El sobrepeso infantil se define como una divergencia de peso a la alza que no es normal para un niño en particular, que sólo puede determinarse mediante la comparación del niño con él o ella misma con el paso del tiempo. Esto se puede lograr mediante la consulta de una tabla de crecimiento individual, en lugar de un índice de masa corporal de punto de corte arbitrario.

- Las intervenciones deberán tener como objetivo el mantenimiento de pesos individuales adecuados, eso es que los niños continuarán creciendo a su ritmo natural y seguirán su propia curva de crecimiento, subrayando que un peso saludable no es un número fijo, si no que varía para cada individuo.

- Un cambio repentino en la curva de crecimiento en cualquier dirección indicará un problema, pero es necesaria más información sobre hábitos de estilo de vida, datos físicos y funcionamiento psicológico, antes de realizar un diagnóstico. Los cambios en el peso no son siempre signos de un desarrollo anormal. Un aumento en el peso frecuentemente precede a una aceleración de crecimiento en niños y algunas niñas comienzan a ganar grasa corporal como parte de una adolescencia normal a edad temprana. .

- El pesar estudiantes sólo deberá realizarse cuando exista una clara necesidad de esa información. La estatura y el peso de un niño deberán medirse de una manera sensible, sencilla y amigable y en un lugar privado. La estatura y el peso se registrarán sin hacer comentarios. Más adelante, la evaluación del IMC se considerará como sólo una parte de una evaluación general de salud y no como único indicador para el estado de salud de un estudiante.

- El peso deberá ser manejado con cuidado como cualquier otra información de identificación de salud individual.

- La intervención ideal es un enfoque integrado que aborde los factores de riesgo para el espectro de los problemas relacionados con el peso, incluyendo monitoreo de las conductas dañinas de control de peso; y promueve conductas de protección tales como disminuir hacer dietas, aumentar la nutrición balanceada, fomentar una alimentación consciente, aumentar la actividad, promover una imagen corporal positiva y disminuir las burlas u hostigamiento relacionados con el peso.

- Las intervenciones deberán honrar el papel de los padres al fomentar la salud de los niños y ayudar a apoyarlos y enseñarles conductas sanas en casa sin sobrevalorar el peso.

- Las intervenciones deberán proporcionar diferentes capacitaciones para padres, maestros y trabajadores de las escuelas con el objetivo de reconocer y abordar los problemas y el acoso relacionados con el peso y construir un entorno amigable dentro y fuera de la escuela.

- Las intervenciones serán creadas y guiadas por profesionales calificados de la salud quienes reconocen la importancia de enfocarse en la salud en lugar del peso cuando tenemos como objetivo las preocupaciones de estilo de vida y peso en los jóvenes.

- Los representantes de la comunidad a ser estudiada deberán ser incluidos en el proceso de planeación para asegurar que las intervenciones sean sensibles a las diferentes normas, tradiciones y prácticas culturales. En este sentido, es importante que las intervenciones se pongan a prueba antes de su implementación con el fin de recolectar retroalimentación cuantitativa y cualitativa por parte de los mismos participantes.

- Es importante que las intervenciones sean evaluadas por profesionales calificados de la salud o investigadores, quienes estén familiarizados con la investigación sobre factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, al ser implementadas las intervenciones en las escuelas y las comunidades. Idealmente, la evaluación no solo deberá evaluar cambios en la alimentación o en los niveles de actividad pero también en el autoestima, funcionamiento social, prejuicio del peso y factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, tales como insatisfacción corporal, hacer dietas y la idealización de la delgadez.

Referencias

Austin, S.B., Field, A.E., Wiecha, J, Peterson, K.E. & Gortmaker, S.L. (2005). The impact of a school-based prevention trial on disordered weight control behaviors in early adolescent girls. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *159*, 225-230.

Berg, F. M. (2001). *Children and Teens Afraid to Eat: Helping Youth in Today's Weight Obsessed World* (3rd Ed). Hettinger, ND: Healthy Weight Network.

Chinn, S., & Rona, R. J. (2001). Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children 1974-94. *British Medical Journal*, *322*, 24-26.

Cogan, J. C., Smith, J. P., & Maine, M. D. (2008). The risks of a quick fix: A case against mandatory body mass index reporting laws. *Eating Disorders*, *16*, 2-13.

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*, *107*, 46-53.

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2004). Predictors of fat stereotypes among 9-year old girls and their parents. *Obesity Research*, *12*, 86-94.

Dohnt, H., & Tiggemann, M. (2006). The contribution of peer and media influences to the development of body dissatisfaction and self-esteem in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, *42*, 929-936.

Ikeda, J. P., Crawford, P. B., & Woodward-Lopez, G. (2006). BMI screening in schools: Helpful or harmful? *Health Education Research*, *21*, 761-769.

Kautiainen, S., Rimpelä, A.,Vikat, A., & Virtanen, S. M. (2002). Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977-1999. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, *26*, 544-552.

Neumark-Stzainer, D. (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *International Journal of Eating Disorders*, *38*, 220-227.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare five years later? *Journal of the American Dietetic Association*, *106*, 559-568

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & van den Berg, P. (2008). Accurate parental classification of overweight adolescents' weight status: does it matter? *Pediatrics*, *121*, e1495-e1502.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., & Flegal, K.M. (2008). High body mass index for age among U.S. children and adolescents, 2003-2006. *Journal of the American Medical Association*, *299*, 2401-2405.

Smolak, L., Levine, M. P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, *25*, 263-271.

Tremblay, M. S., & Willms, J. D. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Canadian Medical Association Journal*, *28*, 1429-1433.

Troiano, R. P,. & Flegal, K. M. (1998). Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics*, *101*, 497-504.