

DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y CULTURALES RELACIONADOS CON
HABITOS ALIMENTARIOS Y DESARROLLO DE OBESIDAD INFANTIL EN
FAMILIAS EN SITUACIÓN DE MARGINALIDAD DE SANTA FE, CIUDAD DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del 3 de abril
de 1981



“DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y CULTURALES RELACIONADOS CON
HABITOS ALIMENTARIOS Y DESARROLLO DE OBESIDAD INFANTIL EN FAMILIAS
EN SITUACIÓN DE MARGINALIDAD DE SANTA FE, CIUDAD DE MÉXICO”

TESIS

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN NUTRIOLOGÍA APLICADA

Presenta

MARIA DEL CARMEN MENA RANGEL

Directora:

Dra. Ericka Ileana Escalante Izeta

Lectores:

Dr. Bernardo Turnbull Plaza

Dra. Teresa Ochoa Rivera

Índice

1. Resumen	3
2. Factores psicosociales y salud infantil	5
2.1. Desarrollo y crecimiento infantil	10
2.2. Factores psicosociales en la infancia y estado de salud	13
2.3. Estilos de crianza y salud infantil	19
3. Obesidad infantil	26
3.1. Epidemiología	30
4. Determinantes de la obesidad infantil	33
4.1. Biológicos	35
4.2 Psicológicos	37
4.3. Ambientales	40
4.4. Culturales	44
4.5. De estilo de vida	48
5. Intervenciones centradas en la familia para el tratamiento de la obesidad infantil	53
6. Justificación	56
7. Estudio empírico	58
7.1. Población de estudio	59
8. Metodología y diseño	63
8.1. Objetivos	69
9. Resultados	70
10. Conclusiones	121
10.1. Limitaciones	132
10.2. Aportaciones	133
11. Anexos	134
12. Bibliografía	140

Agradecimientos

Quisiera agradecer a mi familia, mi novio y mis amigos por siempre creer en mi trabajo y por escuchar mis pláticas interminables sobre la cultura alimentaria y el papel social de la comida.

A mi directora de tesis, maestra, jefa y amiga Ericka Escalante por ser tantas cosas al mismo tiempo, por contagiarme su pasión por la investigación, compartir sus conocimientos y experiencias conmigo y por impulsarme a mejorar siempre.

A mi compañera y amiga Adina, gracias por ser esa mezcla de ideologías, por enseñarme a ser fiel en lo que creo y por todos los cafés, comidas y pláticas interminables sobre la sociedad que hemos compartido, sin tu ayuda esta tesis seguiría en la portada.

A Bernardo Turnbull, por su invaluable apoyo en el manejo de software y metodología cualitativa, a Tere Ochoa, al Padre Chava, Paty Campuzano y a todos los colaboradores de la Casa Ernesto Meneses, a Graciela Longinos, al Instituto de Nutrición y Salud Kellog's por darle una oportunidad a mi trabajo, y finalmente, pero no por ello menos importante, a todas las personas de la comunidad del Pueblo de Santa Fe. Gracias por abrirme las puertas de sus casas, por creer en mí y por permitirme echar un vistazo a sus vidas, este trabajo fue por y para ustedes.

1. Resumen

México es uno de los países más afectados por el incremento en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en toda la población, afectando a 1 de cada 3 niños actualmente.

Algunos estudios señalan una asociación entre el desarrollo de enfermedades crónicas con factores psicosociales adversos, tales como bajo nivel socioeconómico, privaciones y traumas. Igualmente influyen en las disparidades en salud como el bajo peso al nacer, rebote de adiposidad temprano y mayor tasa de mortalidad infantil.

La Universidad Iberoamericana, consciente de los problemas sociales que existen en la zona del antiguo Pueblo de Santa Fe, inauguró en 2011 la Casa Ernesto Meneses como un espacio comunitario para brindar orientación y servicios a los habitantes del pueblo.

Así, el presente trabajo forma parte de un proyecto macro, para la implementación de un programa familiar y comunitario para la prevención de la obesidad infantil en el Pueblo de Santa Fe en la Ciudad de México. Debido a que ya se han probado estrategias familiares en colaboración con la Casa Ernesto Meneses de la Universidad Iberoamericana pero no han tenido la audiencia ni el éxito esperado, a pesar de ser un programa gratuito. Surge la necesidad de indagar las barreras que impiden a las familias asistir al taller y apegarse al tratamiento para la obesidad infantil propuesto por el Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana: "Intervención centrada en la familia para la prevención de la obesidad infantil en una localidad urbano-marginada de la Ciudad de México". Además es necesario indagar por qué les resultaba tan complicado seguir las recomendaciones nutricionales aparentemente tan sencillas que se daban en el programa.

Tomando en cuenta todo lo anterior, se optó por indagar los determinantes psicosociales y culturales que inciden en el desarrollo del sobrepeso/obesidad

infantil en familias para a largo plazo proponer una estrategia de prevención y tratamiento que tome en cuenta dichos factores.

Por ello se llevó a cabo mediante la metodología cualitativa, específicamente fenomenología, ya que el principal interés era el de conocer la experiencia de las familias de niños con obesidad para indagar sobre la construcción social de significados, perspectivas y creencias en torno a la obesidad infantil.

Tras aplicar 20 entrevistas (por separado a una muestra de 10 niños con sobrepeso y obesidad de una escuela pública en el Pueblo de Santa Fe y a sus cuidadores), se transcribió y analizó la información obtenida con apoyo del software NVivo 10 con base en 4 categorías preestablecidas: 1) Percepciones sobre salud, desarrollo y crecimiento infantil, 2) Creencias y actitudes en torno a la obesidad, 3) Estilos de crianza y su relación con la presencia de obesidad y 4) Percepciones y emociones de los niños que presentan el problema.

Una vez realizado el análisis, se obtuvo una descripción general de cómo son las familias de estos niños, cómo interactúan entre sí y con otros y cuales son los problemas con los que viven día a día. De este modo, fue percibido que probablemente los niños no sientan que cuentan con apoyo familiar o social debido a que la mayor parte del tiempo están solos y que, si bien tanto las madres como los niños identifican a la obesidad como un problema, no es el más importante debido a la gran cantidad de preocupaciones cotidianas que enfrentan, por lo que el tratamiento para la obesidad no es prioritario.

2. Factores psicosociales y Salud infantil

En los últimos años, se ha documentado una asociación clara entre el estrato socioeconómico (NSE) y el estado de salud a lo largo de la vida de una persona. Las personas con rezagos en educación, menores ingresos, con puestos mal remunerados u ocupaciones de menor reconocimiento se encuentran en mayor riesgo de padecer un sin número de enfermedades o de sufrir muerte prematura, dicha asociación se presenta sin distinción de sexo, grupo étnico, o grupo de edad (niños, adolescentes y adultos mayores) (1).

Las asociaciones encontradas son inversamente proporcionales al NSE, de manera que a menor estrato socioeconómico mayor es el riesgo de presentar problemas de salud. De la misma manera, se han observado una gran variedad de factores en los estratos socioeconómicos más bajos que podrían afectar negativamente el estado de salud de la persona, algunos ejemplos son la exposición a tóxicos ambientales, empleo en trabajos con alto riesgo de lesiones o discapacidad, falta de acceso a servicios de salud de calidad y servicios de medicina preventiva, inseguridad médica y alimenticia, malnutrición y adopción de conductas nocivas a la salud como consumo de tabaco, alcohol, drogas y sedentarismo (2).

Desde la perspectiva psicosocial, las potenciales vías principales para el deterioro de la salud relacionado a bajo NSE tienen que ver con la frecuencia y la intensidad de la exposición al estrés y las consecuentes respuestas emocionales. Los ambientes de bajo NSE están asociados con una exposición de mayor intensidad y frecuencia a situaciones amenazantes o peligrosas y a experiencias menos gratificantes (como son el vivir en barrios con altos índices de delincuencia y exposición a toxinas ambientales, trabajos mal remunerados y con alto riesgo de sufrir lesiones, poco acceso a servicios de salud preventivos, desnutrición, situaciones familiares adversas o violencia) que en los ambientes de mayor NSE (1).

Diversos estudios señalan que los individuos con menos NSE presentan más estresores crónicos, como puede ser el vivir en una colonia que se percibe

como poco segura, y perciben eventos cotidianos (cruzar una calle, trasladarse al trabajo) como más estresantes, lo que tiene un impacto negativo directo en sus experiencias emocionales debido a que tienen una menor capacidad de reserva de recursos tangibles, interpersonales (redes de apoyo social) e intrapersonales (estrategias de afrontamiento emocional), para hacer frente de manera constructiva a situaciones que generan estrés (1, 3, 4).

Dicha capacidad de reserva actúa como una influencia protectora genérica y puede estar disminuida en los individuos de bajo NSE por dos razones principales: a) los individuos de bajo NSE están expuestos a una mayor cantidad de situaciones estresantes por lo que requieren usar todos sus recursos para afrontarlas, y b) vivir en un ambiente de bajo NSE impide el desarrollo y la reposición de lo que se ha denominado recursos de reserva y que en su gran mayoría son estados psicológicos positivos que derivan de experiencias satisfactorias (obtener un empleo bien pagado, tener una pareja estable, ser reconocido en su círculo social), lo que agrava los efectos de los eventos estresantes y, además, deteriora los existentes, lo que vuelve al individuo más vulnerable ante situaciones futuras (1, 5).

Así, un flujo elevado de emociones y percepciones negativas acompañado de situaciones y experiencias positivas reducidas, conlleva a vías fisiológicas intermedias que derivan en malas condiciones de salud (1, 4, 5).

Pero antes de seguir, es necesario comprender el significado de los factores psicosociales. Anteriormente, los factores psicosociales sólo eran contemplados en el área laboral y como determinantes de la salud mental ocupacional. Se definían como *"... aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que tienen la capacidad de afectar tanto a la salud del trabajador como al desarrollo de su trabajo"* (3).

Otra definición es la del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) que determina que los factores psicosociales en el trabajo son *"interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su*

organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento". Señala como variables psicosociales la carga de trabajo, las jornadas exhaustivas, las malas condiciones de trabajo (riesgos de sufrir lesiones, trayectos largos, espacios inadecuados), escasa utilización de habilidades propias (como cuando una persona es hábil en la redacción de documentos y su trabajo se limita a contestar teléfonos), falta de reconocimiento, pobre apoyo social, supervisión estricta, entre muchos otros que eventualmente producen estrés crónico (6).

Recientemente, numerosas investigaciones han sugerido una relación entre los factores psicosociales y efectos en la salud, generalmente caracterizados por rutas de estrés fisiológico. Dichas investigaciones han señalado el ambiente comunitario, laboral y del hogar como factores psicosociales potenciales de desequilibrio fisiológico y conductual que aumentan el riesgo de efectos negativos en la salud, los cuales son más frecuentes por la presencia de eventos y experiencias negativas en el estrato socioeconómico bajo (1).

Por otro lado, sentimientos negativos frecuentes e intensos, como depresión, ansiedad y enojo, han sido relacionadas a diversos niveles de estrés y a subsecuentes problemas de salud, principalmente de enfermedades cardiovasculares, lo que representa otra ruta psicosocial para el deterioro de la salud de una persona. En su revisión del tema, Matthews (2010) enfatiza lo que Schnittker (2004) señala como neuroticismo, definido como la susceptibilidad de experimentar emociones negativas frecuentemente, y la depresión como responsables del 15 al 37% y del 16 al 26% respectivamente, de la asociación entre ingresos/nivel educacional y el número de condiciones crónicas de salud reportadas (1, 7).

Otro grupo de factores que han demostrado tener un papel mediador en el desarrollo de enfermedades crónicas son los recursos sociales. Entre ellos que se encuentran el apoyo social y la identidad o integración social, denominados

factores interpersonales. Los recursos psicológicos como la autoestima y el dominio de tareas se consideran recursos intrapersonales (1).

Algunos estudios no han encontrado ningún papel mediador entre este subgrupo de factores psicosociales y la presencia de enfermedad (8), sin embargo numerosas investigaciones han encontrado disminuciones en el riesgo de padecer enfermedades crónicas y cardiovasculares en individuos de estrato socioeconómico bajo con mayor apoyo comunitario e integración social, lo que permite pensar en dichos determinantes como factores de riesgo (1, 9, 10, 11, 12).

En las revisiones existentes de la literatura, las relaciones más claras entre la presencia de factores psicosociales y desarrollo de enfermedad se han encontrado en cuanto a la percepción de los recursos intrapersonales reportados por cada persona (auto control, auto estima, dominio), así como la tensión laboral. Gallo et.al. (2012) encontraron que a menor nivel socioeconómico las personas presentaban una mayor circunferencia de cintura asociado a lo que se ha determinado como capacidad de reserva, la cual está determinada por las redes de apoyo social, la auto estima, capacidades personales y el optimismo. Así, a menor capacidad de reserva exista en una persona podemos esperar que presente una mayor circunferencia de cintura (13).

En todos los casos, estos factores parecen tener un papel de mediación directa más que de moderación, ya que los estudios que probaron la relación, controlando alguno de los factores (redes de apoyo social, auto estima, capacidades personales u optimismo), no muestran resultados en la disminución de los efectos del estrés (1).

A pesar de ello, se conoce que los estresores psicosociales que se presentan en la niñez, se han asociado positivamente al índice de salud/enfermedad en la adultez, especialmente a mortalidad por infarto y cáncer de estómago, así como prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Cabe mencionar que la

presencia continua y prolongada de dichos factores se ha observado con mayor frecuencia en niños de estrato socioeconómico bajo (14, 15).

Además, los estudios realizados en niños y adolescentes han mostrado una fuerte relación entre el bajo estrato socioeconómico y educativo de los padres con indicadores del estado de salud infantil, como severidad de asma, frecuencia de enfermedad, limitaciones físicas e inactividad física. Estos resultados sugieren que las asociaciones entre los factores psicosociales y los efectos de salud a largo plazo comienzan a temprana edad (16).

A partir de la evidencia existente, se ha generado un modelo que explica como la exposición a situaciones de estrés durante la infancia puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y aumentar la vulnerabilidad del individuo a padecer enfermedades cardiovasculares, desórdenes autoinmunes, obesidad y mortalidad prematura, a través de mecanismos biológicos, hormonales y conductuales (17).

Dicho modelo establece que a lo largo de la vida se desencadenan factores pro inflamatorios exacerbados por propensiones conductuales negativas y desregulaciones hormonales, ambos productos de la exposición temprana al estrés crónico. Este estrés temprano favorece que los niños desarrollen desconfianza en otros y en su entorno, relaciones sociales pobres, auto regulación deficiente y elecciones poco saludables. A nivel hormonal, se alteran las rutas endocrinas y la activación autonómica, amplificando la inflamación sistémica mediada por macrófagos que al interactuar con factores ambientales y genéticos desencadenan mecanismos patogénicos que en última instancia favorecen la aparición de enfermedades crónicas (17).

Para comprender completamente la importancia y la relevancia que tienen la presencia de los factores psicosociales en la salud del niño, es necesario conocer primero lo que se ha definido como rangos de normalidad en cuanto al crecimiento y desarrollo de los niños, así como a la percepción que tienen las madres respecto al estado de salud de sus hijos.

Este capítulo aborda, desde la evidencia existente en la literatura, el proceso de desarrollo de enfermedades mediado por la presencia prolongada y continua de estresores psicosociales durante la infancia (particularmente en niños de bajo estrato socioeconómico) así como la relación entre estilos de crianza y la salud de los niños.

2.1. Desarrollo y crecimiento infantil

Actualmente, se han identificado una serie de factores demográficos, laborales, socioeconómicos, culturales y de estilo de vida que han conducido a la modificación de hábitos alimentarios, de actividad física y de atención en los niños. Mismos que impactan de manera negativa en su salud física, emocional, social y, por ende, en su crecimiento y desarrollo adecuado.

De acuerdo con Casanueva (2001) (18), durante los primeros 12 meses de vida, el niño experimenta una etapa de crecimiento muy rápida que contrasta con su desaceleración a partir del primer año de edad. En esta etapa, la estatura del niño incrementa alrededor de 50 por ciento y el peso al nacimiento se triplica, sin embargo de los 2 a los 6 años el peso apenas se duplica.

Esta disminución en la velocidad de crecimiento trae como consecuencia una disminución en el apetito, lo que en ocasiones constituye una señal de alarma para las madres. Además hay una disminución en la masa grasa acompañada de un aumento de la masa muscular y la masa ósea, responsables de la modificación de la silueta y del desarrollo de habilidades psicomotoras.

Además, en esta etapa de la vida se establecen los hábitos y conductas alimentarias que el niño tendrá el resto de su vida, por lo que una relación alimentaria ideal en esta edad es la que ofrece libertad y apoyo para favorecer la autonomía del niño pero marcando límites claros que fomenten la seguridad. El establecimiento de una conducta alimentaria correcta, propicia el desarrollo de habilidades para la alimentación, aceptación de gran variedad de alimentos y socialización (18).

Durante el periodo escolar, que comprende de los 6 a los 12 años, el niño entra en la etapa denominada de “crecimiento latente”, debido a que los incrementos en peso y estatura, al igual que los cambios corporales son estables. En esta etapa, las diferencias entre niños y niñas se hacen evidentes ya que las niñas experimentan la velocidad máxima de crecimiento alrededor de los 11 años, mientras que los niños lo hacen hasta dos años después.

Adicionalmente, entre los 6 y los 9 años, las niñas experimentan un brote de crecimiento debido al aumento de masa grasa que servirá de reserva para la etapa de desarrollo puberal, mientras que los niños presentan un balance negativo de grasa y crecimiento por aumento de masa muscular (18).

Las características detalladas sobre el crecimiento infantil, raramente son conocidas por los padres o cuidadores de los niños, quienes no consultan tablas de crecimiento para determinar si un niño tiene un crecimiento de acuerdo a lo esperado o si presenta exceso de peso. En general, los padres tienden a creer que el tamaño de un niño (entendido como peso y estatura) es heredado. Llegan a identificar problemas de peso en sus hijos cuando éstos ya sufren burlas en la escuela o presentan alguna discapacidad motora. Los padres que sí reconocen problemas de peso en sus hijos mantienen la creencia de que este exceso de peso es temporal y desaparecerá cuando el niño crezca. Por otro lado, desconocen que tienen mayor riesgo de convertirse en adultos con obesidad (19).

En un estudio realizado por Amy et.al. (2000), en clínicas y consultorios privados en Estados Unidos con 622 madres (20) se observó que a pesar de que la mayoría de las madres que presentaban obesidad sí identificaban el problema en ellas mismas, eran incapaces de identificar el problema en sus hijos, siendo esto más frecuente en las madres con menor nivel educativo.

Específicamente las madres de bajo nivel socioeconómico consideran que mientras los niños sean activos, tengan una “buena dieta” y buen apetito no tienen problemas de peso y son saludables. Creen que el control sobre la dieta

de sus hijos en ocasiones es impugnado por otros miembros de la familia, sobre todo el padre o abuelos, y les resulta difícil negarles el alimentos a los niños aún si éstos acaban de comer (21).

Las madres de estratos más bajos y con menor nivel de educación tienden a describir a los niños con sobrepeso u obesidad como “robustos”, “grandotes” o “macizos” y están convencidas de que cuando los familiares de los niños tienen problemas del peso, sus hijos tendrán una tendencia hereditaria a presentarlos también, independientemente de los factores ambientales o la dieta (21).

Al parecer lo anterior puede ser atribuible a la influencia de la norma social (22), entendida como una serie de estándares implícitos y entendidos por un grupo y que surgen de la interacción entre los miembros del mismo (23). En Estados Unidos se ha observado que en padres hispanos este tipo de verbalización sobre la obesidad en sus hijos es más común, a pesar de ello, la mayoría de los padres tienen conocimientos básicos sobre lo que es una dieta saludable, sobre todo en cuanto a la importancia de limitar el consumo excesivo de azúcares y grasas (19).

El papel de los padres en el desarrollo y tratamiento de la obesidad infantil es fundamental. Estudios realizados en países como Estados Unidos, Chile, Argentina, Italia y España (23,24,25,26) reportan que la mayoría de los padres y madres tienden a subestimar el peso de sus hijos, lo que se ve reflejado en sus hábitos y conductas alimentarias (27).

Por el contrario, se ha observado que cuando la madre tiene una percepción adecuada del crecimiento e imagen corporal de su hijo presenta una mayor disponibilidad y presta mayor atención a la alimentación de su familia, propiciando que adopte hábitos alimentarios saludables. Ortiz y Posa (2007) señalan que lo anterior depende del reconocimiento de la obesidad como una enfermedad y de los problemas que ésta conlleva (27, 28).

En México se ha indagado muy poco al respecto, el estudio de Cabello (2011) habla sobre las percepciones sobre la alimentación infantil en madres de niños

con problemas de obesidad en México (27), quienes contribuyen a un mayor entendimiento de la enfermedad y las barreras que tienen los niños para adoptar una alimentación más saludable. Cuando se preguntó a las madres si su hijo tenía obesidad, las respuestas obtenidas fueron evasivas, encaminadas a justificar la existencia del problema o a responsabilizar a los niños por lo que comen. Aun así, perciben la obesidad como algo “normal” y hasta aceptable.

Las madres mencionan que los niños deben comer más que los adultos porque están creciendo y gastan más energía. Su concepción sobre una buena alimentación se limita al consumo de frutas y verduras, mismas que no les dan a los niños porque afirman que no son bien aceptadas, a menos que su preparación sea en postres o cremas. Esto que indica que la preparación de alimentos también es un obstáculo para la adopción de hábitos alimentarios saludables. Argumentaron que el poco reconocimiento de los problemas de peso en sus hijos se debe a la falta de indicadores claros que les permitan diferenciar entre un niño “llenito” y un niño “gordito”, lo que hace que justifiquen el estado de sus hijos y no asuman la enfermedad (27).

La evidencia existente señala que las madres reconocen que los niños mal alimentados pueden enfermarse, sin embargo está claro que no inician cambios a menos que perciban que el peso de su hijo representa un problema o que el menor está presentando otros problemas como consecuencia de su peso, por ello es tan importante conocer y entender las percepciones maternas y de los cuidadores de los niños para el tratamiento y prevención del problema.

2.2. Factores Psicosociales en la Infancia y Estado de Salud

Como ya se mencionó anteriormente en este capítulo, los estresores psicosociales son factores que alteran el bienestar del individuo, representando una barrera para el desarrollo de las capacidades físicas y mentales de las personas, lo que influye de manera negativa en el autocuidado de su salud, el cual se ha definido como las medidas adoptadas por uno mismo en beneficio de la salud (2, 29).

Desde 1994, Lissau y Sorensen (30), identificaron que algunos factores psicosociales durante la infancia, como la educación y ocupación de los padres, la calidad de la vivienda y la estructura familiar, estaban relacionados con la presencia de obesidad infantil. A pesar de ello, existe poca evidencia que documente la relación entre la presencia de factores psicosociales adversos y el desarrollo de obesidad (31).

Dichos factores se refieren a dos dimensiones de experiencias: los psicológicos (cognitivos y afectivos) y los sociales (interacciones sociales, actividades de la vida diaria). Ambas influyen sobre la percepción de dolor y ésta a su vez influye sobre el bienestar psicosocial y la participación social, por lo que resultan relevantes al abordar la salud de la persona como un todo (31).

Vamósi et. al. (2009) realizaron una revisión sistemática en la que encontraron como principales factores psicosociales adversos relacionados a la presencia de obesidad en la adolescencia y la adultez el abuso infantil (definido como violencia psicológica o física), depresión, escaso apoyo parental/familiar y dificultades académicas. En general, el ambiente familiar y del hogar resulta relevante al favorecer problemas de sueño durante la infancia, lo que a su vez, están relacionados al desarrollo de obesidad en etapas posteriores (31).

Así mismo, diversas investigaciones psiquiátricas en niños y adolescentes han revelado que las adversidades familiares, entre las que se incluyen baja escolaridad de los padres, bajo ingreso familiar, alta relación de personas por habitación, depresión materna y baja seguridad otorgada por los cuidadores, se han asociado a crianza inadecuada y a una pobre relación padres-hijos, comprometiendo el desarrollo físico, intelectual y emocional de los niños (32).

En particular, la exposición crónica al estrés familiar, el cual puede estar caracterizado por la presencia de desordenes mentales, enfermedades de los padres o bajo nivel socio económico, podría contribuir a la aparición de baja autoestima, problemas de interacción entre pares y asilamiento social, representando factores de riesgo para el desarrollo de depresión (33).

Las consecuencias negativas de un ambiente familiar disfuncional en el desarrollo de los niños operan como un factor estresor, siendo percibida por los niños como una condición amenazante. Por ende, el niño debe desarrollar una estrategia de afrontamiento, que es la manera en que los individuos tratan de evitar y manejar las situaciones de estrés. Cuando el estresor se percibe como difícil de controlar, como es el caso de la violencia familiar, los individuos son propensos a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en emociones (tienden a la evasión del problema, preocupación, abuso de sustancias químicas, alcohol o comida como distractores, reacciones fantásticas o ilógicas) (31, 34).

Este tipo de afrontamiento de estresores busca reducir el sentimiento de estrés y malestar, buscando situaciones que generen sentimientos de bienestar aunque sean momentáneos. Esto es contrario a lo que se hace en el afrontamiento centrado en el problema, cuyo objetivo consiste en eliminar la fuente de estrés en sí. Una de las estrategias de afrontamiento centrado en emociones es el uso de comida calificada como “confortante” para tranquilizarse y evadir emociones negativas, de manera que los niños podrían aumentar su consumo de alimentos con alto contenido de grasa y azúcar como una manera poco constructiva de afrontar sus problemas (31).

En cuanto a la depresión, ha sido el factor que se encontró con mayor relación con la presencia de obesidad, especialmente en mujeres adultas. En comparación con la población masculina, las mujeres presentan mayores síntomas de retraso psicomotor, aumento del apetito; caracterizado por desregularización de las comidas y atracones; y mayor ganancia de peso. Otro factor importante ligado a la depresión, es su tratamiento, dado que incluyen diversos fármacos que favorecen la ganancia de peso. Además, se especula que tanto depresión como obesidad podrían tener un factor subyacente en común de origen genético, conductual, socioeconómico o psicológico que condiciona la manifestación de una de las dos condiciones sin necesidad de ser consecuencia de la otra (31).

Por otro lado, el entorno físico en el que viven los niños también puede incidir de manera negativa sobre su salud. Los estudios que han documentado dicho impacto, se han enfocado en algunos aspectos del entorno social, Singh et.al. (2010) se enfocan especialmente en el capital social del vecindario, compuesto de la confianza interpersonal y normas de conducta aceptadas, seguridad barrial percibida y grado de privación de la zona (35).

Señalan que los aspectos del entorno físico como índice de pobreza, tasa de crimen, violencia e inequidad de ingresos han sido relacionados a mayores tasas de obesidad e inactividad física en niños de Estado Unidos, Canadá y el Reino Unido. El análisis de los factores psicosociales relacionados al entorno físico y social es de suma importancia ya que su relación no se limita a la inactividad física, el consumo de dietas poco saludables y desarrollo de obesidad, si no que también se ha asociado conductas como fumar, depresión y pobre percepción del bienestar subjetivo de los individuos, lo que conlleva a mayores tasas de morbi-mortalidad (35).

En este mismo estudio (35) encontraron que alrededor de 20% de los niños que viven en vecindarios con condiciones sociales menos favorables presentaban obesidad y 37% sobrepeso, mientras que en vecindarios con mejores condiciones y de mayor nivel socio económico sólo el 14.7% eran obesos y el 29% de los niños presentaban sobrepeso. Así mismo, los niños en vecindarios con problemas de basura, escasez de servicios y malas condiciones de vivienda eran 29% más propensos a presentar problemas de peso que aquellos que no presentaban estas condiciones en sus barrios y también observaron que el problema era mayor en las colonias con menos servicios de salud, menor promotoría de salud y menor acceso a espacios y actividades recreativas.

Por otro lado, diversos estudios sugieren que la selección de comida de los niños es fuertemente influenciada por los padres y cuidadores, la presión de pares y la información en los medios, así como la disponibilidad y oferta de comida fuera de casa, sin embargo existe poca evidencia sobre la oferta de

alimentos determinada por el entorno y su papel sobre la elección de consumo de los individuos (36).

Adicionalmente, existe evidencia de la preocupación de los padres por el tráfico en los vecindarios, la falta de semáforos o la necesidad de cruzar múltiples avenidas para que los niños puedan acceder a espacios recreativos, a la escuela o diferentes destinos en la comunidad, lo que se ha asociado a la disminución de la actividad física por cuestiones de seguridad (37).

Existe suficiente evidencia de que todos los factores ya mencionados ocasionan respuestas desfavorables en los individuos, siendo el estrés la principal de todas. Se sabe que entre las personas que se enfrentan a mayores estresores durante etapas tempranas de la vida, la presencia de enfermedades es directamente proporcional.

Miller et. al. del Departamento de Psicología de la Universidad de British Columbia en coordinación con la Universidad de Stanford, presentaron un Modelo de Incorporación Biológica (2011) que describe los procesos metabólicos, conductuales y hormonales mediante los cuales la exposición continua y prolongada a estrés en los niños favorece el desarrollo de enfermedades crónicas (38).

Segerstrom (2010) y Jaremka (2013) también mencionan que los estados de ánimo, en especial el estrés y la depresión, desencadenan una serie de señalizaciones metabólicas que favorecen la inflamación sistémica (39,40). Los estados inflamatorios son mediados por el sistema inmunológico en respuesta a los cambios que se originan por los estados psicológicos y emocionales, además la activación del sistema inmune aumenta la demanda energética, lo cual no es deseable cuando el organismo realmente no está en riesgo de infección (39, 41).

Dado que no es la intención del presente trabajo el establecimiento de rutas metabólicas de enfermedad relacionadas a la presencia de estrés, no se entrará en detalle sobre los mecanismos descritos en el modelo mencionado.

A manera breve, el modelo establece que el estrés durante la infancia instituye un fenotipo pro inflamatorio en las células autoinmunes denominadas macrófagos. Como resultado estas células permanecen constantemente activas con tendencias pro inflamatorias que se manifiestan en respuestas exageradas y disminución de respuesta a las señales inhibitorias (38).

A lo largo de la vida, estas tendencias son exacerbadas por las inclinaciones conductuales y desregularizaciones hormonales, ambos productos del estrés infantil. En cuanto al comportamiento, el modelo sostiene que el estrés favorece la predisposición a la amenaza y desconfianza, lo que evita la formación de lazos profundos sociales con la subsecuente falta de apoyo e identidad social. Además, se afecta la auto regulación, generando una propensión a la adopción de conductas no saludables y alterando los patrones de secreción endocrina. Esto último, trae como consecuencia la liberación descontrolada de hormonas, transmisores y péptidos acentuando la acción pro inflamatoria de los macrófagos. Así, la inflamación crónica resultante desencadena los mecanismos patogénicos de las enfermedades crónicas entre las que destacan hipertensión arterial, resistencia a la insulina, destrucción tisular y progresión tumoral (38).

La evidencia presentada se enfoca en dos experiencias que generan estrés crónico severo en la infancia: el abuso o maltrato parental y la inequidad o marginalidad socioeconómica. La comprensión de los efectos de los factores de estrés psicosociales en el desarrollo de los niños, sobre todo los reflejados en el peso corporal, pueden ser especialmente importantes para los niños que crecen en hogares de bajos ingresos (Ver figura 1) (42).

Figura 1. Modelo Interaccional de Factores Psicosociales y el Desarrollo de Obesidad



*Adaptado de: Matthews, K. et. al. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health conditions? A progress review and blueprint for the future. (2010). Annals of the New York Academy of Sciences. 1186: 146-173.

La complejidad de la obesidad infantil y el bajo impacto que han tenido las acciones preventivas y curativas hasta ahora emprendidas a nivel mundial, nos obligan a evaluar también los determinantes psicosociales y emocionales que influyen en lo que los niños comen y deberían comer. La evidencia científica existente sugiere que el mejoramiento de las condiciones barriales y sociales en las que viven los niños, están relacionadas significativamente con la reducción de la obesidad infantil, lo que a su vez podría conducir a una reducción en las inequidades en salud entre subgrupos poblacionales.

2.3. Estilos de crianza y salud infantil

La familia y los padres representan una de las influencias más centrales y duraderas en la vida de los niños. La familia representa una estructura en la que el niño se desenvuelve y aprehende las aptitudes que le permitirán

relacionarse, mientras que los padres sirven de modelos de conducta e influencia de sus actitudes, valores, creencias y conductas. En las últimas décadas, el modelo familiar ha evolucionado como resultado de los cambios sociales, culturales y económicos. Se registra mayor presencia de familias monoparentales, reconstituidas o combinadas, extendidas y de acogida, mientras que la configuración tradicional de la familia con dos padres biológicos se ha vuelto menos común. A pesar de ello, el principio general de la familia continúa siendo el mismo, el de atender a las necesidades físicas y psicológicas de sus miembros (43). La paternidad/maternidad es base de la construcción de la familia, no es algo intrínseco, es una capacidad que se aprende y se desarrolla a través de la relación con el niño y de consejos y actitudes aprendidas de otros (43).

Los valores culturales pueden proporcionar un modelo general o inicial para guiar las decisiones de los padres y sus prácticas de socialización. Debido a que las actitudes de los padres hacia la educación de sus hijos son influenciados por las normas culturales y cuestiones socio-culturales, las prácticas de crianza pueden diferir entre grupos étnicos (44).

La cultura mexicana ha sido descrita como una cultura que enfatiza el respeto a la autoridad, teniendo padres que emplean reglas estrictas para disciplinar a sus hijos. Sin embargo, en las últimas generaciones y en familias mexicano-americanas se observa una gran variedad de estilos de crianza encaminados a prevenir problemas de conducta en los niños que son influenciados por factores socioeconómicos y asociados con la condición de minoría (por ejemplo, bajo nivel educativo y de ingresos) (44).

Los 4 estilos de crianza descritos por Maccoby y Martin (1983) fueron definidos de acuerdo con dos dimensiones, a) demanda de madurez y auto control del niño y, b) el grado de involucramiento emocional y de sensibilidad de los padres (Ver figura 2) (45). Dichos estilos de crianza son:

1) Autoritario: caracterizado por bajo nivel de atención y alto grado de control, los padres son en extremo demandantes. Este estilo de crianza suele crear

ambientes represivos con altos grados de presión y, en casos extremos, puede resultar abusivo.

2) Negligente: este tipo de padres no abarcan ninguna de las dos dimensiones, sus hijos pueden hacer lo que deseen pero no los apoyan ni los acompañan en sus elecciones y actividades, en casos extremos se puede volver abandono.

3) Autoritativo: en este caso los padres abarcan ambas dimensiones de manera equilibrada, son más comprensivos que punitivos y ejercen control tomando en cuenta la independencia de sus hijos.

4) Permisivo: estos padres son sumamente receptivos pero no demandantes. Permiten comportamientos que otros padres no permitirían para evitar la confrontación, sin embargo a diferencia del estilo negligente suelen brindar acompañamiento y apoyo. (46)

Los estilos de crianza han sido definidos en función de cuatro aspectos observados en la conducta de los padres hacia los hijos: afecto, grado de control, grado de madurez y comunicación entre padres e hijos (47). En su revisión sobre el tema, Torío (2008) define al afecto como un condicionante del apoyo que el padre ofrece al niño haciéndolo sentir cómodo y aceptado, y el control como dimensión crucial para guiar la conducta del niño y que éste aprenda a auto regularse. Ambos aspectos (afecto y control) estarán condicionados por las exigencias que se imponen a los niños o grado de madurez y la capacidad de los progenitores para establecer un ambiente comunicativo (47).

Figura 2. Relación de los estilos de crianza de acuerdo al nivel de sensibilidad que muestran los padres a las necesidades de sus hijos y las exigencias de autocontrol que imponen los padres a sus hijos.

	Alta expectativa de autocontrol	Baja expectativa de auto control
Alta sensibilidad	Autoritativo	Permisivo
Baja sensibilidad	Autoritario	Indulgente

*Adaptado de: Rhee, K. et. al. Parenting styles and health status in first grade. (2006) Pediatrics. 117(6): 2047-2054

Se ha establecido que los padres adoptan uno u otro estilo de acuerdo con sus experiencias y circunstancias actuales. Se ha documentado que en las familias donde impera la pobreza y una situación social desventajosa los padres tienden a adoptar estilos de crianza más rígidos, punitivos, inconsistentes, negligentes y coercitivos (2).

Al respecto, se ha observado que cuando los padres presentan mayores niveles de exigencia pero también de sensibilidad a las necesidades de sus hijos, los niños demuestran un mejor desempeño académico, mejor autoestima y autocontrol, mejor manejo de emociones y adaptación, así como menos síntomas de depresión y conductas de riesgo (consumo de sustancias químicas, tabaco o alcohol, actividades delictivas, aislamiento social, trastornos de la alimentación, etc). Por el contrario, cuando los padres demuestran menor grado de exigencia y poca consideración por las necesidades de los niños, generalmente tienen más problemas académicos, problemas de conducta, depresión y tendencia a adoptar las conductas de riesgo mencionadas (45).

Los estilos de crianza se han considerado como una característica de los padres que se establece a lo largo del tiempo y que constituye el contexto ambiental y emocional en el que se desarrolla, educa y socializa el niño. Dicho estilo de crianza establece un marco en el que el niño interpreta comportamientos particulares que establecerán su manera de actuar. Por ello, se ha planteado que los estilos de crianza tienen un gran impacto en las actividades diarias, el manejo emocional, conductas alimentarias y de riesgo, socialización y, en última instancia, la presencia de enfermedades como la obesidad (45). Los niños aprenden a interpretar las conductas de sus padres, mismas que pueden ser percibidas como amenazas. Tal es el caso del control excesivo y hostil, donde las situaciones que funcionan como estresores en los niños pueden afectar la salud emocional y mental, así mismo las actitudes parentales y familiares, los patrones alimentarios y el estrés familiar

desempeñan un papel importante en la externalización o internalización de los problemas (48).

Cuando estos factores estresores están fuera del control del niño, como en el caso de la violencia intrafamiliar, se recurren a estrategias de afrontamiento evasivas, donde se compensa la presencia del estresor con conductas que producen sensaciones de placer y bienestar. Es por ello que muchos niños recurren a la comida, en general con altos contenidos de grasas y azúcares, como una manera de sentirse bien (48).

Una fuente común de estrés familiar que ha sido estudiada con mayor atención corresponde a los conflictos y disoluciones maritales. En general, estos problemas derivan en una menor supervisión de los niños, menores expresiones de afecto y calidez, cambios en la comunicación y cambios en la disciplina previamente establecida (1). En estos casos, los niños tienden a tener pocas habilidades para regular emociones negativas, son inseguros y tienen poco arraigo por figuras importantes en sus vidas. Esta baja regulación emocional y el bajo sentido de seguridad durante la infancia favorecen que el niño desarrolle un sentido de desconfianza en otros y malas estrategias de afrontamiento emocional, que al repetirse constantemente favorecen la presencia de sentimientos como la melancolía, miedo o enojo que si no se toman en cuenta y se manejan adecuadamente, a la larga pueden convertirse en depresión o ansiedad (1).

A esto le debemos sumar que cuando el conflicto marital termina en divorcio el nivel socioeconómico de la familia tiende a empeorar, lo que aumenta el estrés psicológico al tener inseguridad financiera y la preocupación constante de los miembros de la familia por tratar de tener suficientes recursos. Ante esta situación, los niños se convierten en adultos con menos probabilidades de tener una educación superior, tienen mayor riesgo de ser desempleados, de perpetuar la inseguridad financiera y tienden a tener más problemas para establecer relaciones interpersonales sanas (1). De este modo, la presencia de estrés psicológico es constante y continua representando una vía intermedia en el deterioro biológico de la persona.

Otras fuentes de estrés familiar son la presencia de desordenes mentales, enfermedades de los padres o bajo nivel socio económico. En particular, la exposición crónica al estrés familiar podría contribuir a la aparición de baja autoestima, problemas de interacción entre pares y asilamiento social, representando factores de riesgo para el desarrollo de depresión, el cual se ha asociado a mayores índices de riesgo de obesidad u obesidad IMC en niños en edad escolar (48).

Complementando lo anterior, en el estudio realizado por Arredondo et. al. (2006) (44) encontraron que los hijos de padres que supervisan y refuerzan positivamente las conductas saludables comieron más alimentos saludables y eran más activos en comparación con los hijos de padres que no utilizan estos estilos de crianza.

Además, este estudio sugiere que los estilos de crianza de los padres que se caracterizan por el uso de la disciplina apropiada, entendiéndose por esto el tipo de educación que establece límites y favorece la reflexión en los niños, propician el consumo de alimentos más sanos. Por el contrario, Olvera-Ezell et. al. (1990) (49) encontraron que los padres que utilizan amenazas y sobornos tenían niños que consumen alimentos menos saludables (por lo general con altos contenidos de grasas y azúcares). También se observó menor consumo de frutas y verduras en los niños de padres que utilizan estilos autoritarios.

En general, el ambiente familiar es de importancia al abordar la obesidad infantil. Se ha sugerido que cuando los individuos se enfrentan a situaciones de estrés que se perciben como difíciles de controlar, como podría ser problemas de los padres o violencia, los niños son más propensos a usar el afrontamiento emocional centrado, lo cual quiere decir que evaden el problema y en lugar de eliminar el estresor en sí, utilizan estrategias de auto pacificación que generen sensación de bienestar, como puede ser el consumo de alimentos azucarados o con alto contenido de grasa (50, 34).

A pesar de que no existen datos específicos al respecto sobre la población mexicana, un estudio realizado en poblaciones de mexicanos de bajos ingresos

en Estados Unidos, encontró que los hijos de madres indulgentes podrían estar en mayor riesgo para el desarrollo de la obesidad por varias razones. En primer lugar, las madres indulgentes suelen mostrar bajos niveles de control en el contexto de la alimentación, permitiendo así que los niños tengan demasiadas opciones de alimentos poco saludables. En segundo lugar, estos padres no pueden proporcionar a los niños la orientación que necesitan para el desarrollo de la autorregulación, tanto en lo que respecta a la alimentación como a otros dominios (51).

Además, otras posibilidades son que las madres indulgentes suelen atender más a las preferencias alimentarias de sus hijos y en consecuencia servir alimentos menos saludables. También es probable que la incitación a la actividad física por parte de madres indulgentes sea más débil y/o permitan a sus hijos realizar actividades más sedentarias (por ejemplo, ver televisión, videojuegos, etc.) (51).

Investigaciones psiquiátricas en niños y adolescentes han revelado que las características familiares, en las que se incluyen baja escolaridad de los padres, bajo ingreso familiar, alta relación de personas por habitación, depresión materna y baja seguridad otorgada por los cuidadores, se han asociado a crianza inadecuada y a una pobre relación padres-hijos, lo que compromete el desarrollo físico, intelectual y emocional de los niños (52).

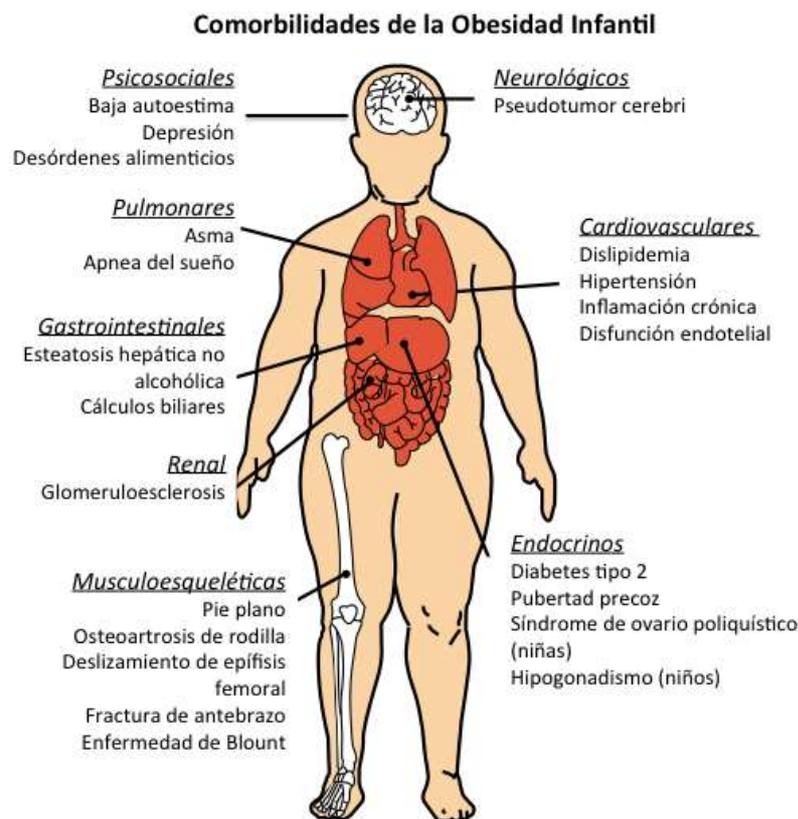
A pesar de que se ha documentado extensamente el impacto y la influencia que ejerce la familia sobre las conductas, hábitos saludables, desarrollo e incluso la relación entre la presencia de obesidad infantil y los estilos de crianza y de estructuración familiar (26), los resultados de las investigaciones son inconsistentes y escasos, sobre todo en lo que respecta a la población mexicana donde el tema se ha abordado de manera muy general y sin profundizar en el mismo (44, 48, 53).

3. Obesidad Infantil

Anteriormente y en la mayoría de las sociedades, un niño con exceso de peso era visto como un niño sano y con menores riesgos de contraer enfermedades o desnutrición. Sin embargo, en las últimas décadas, la rapidez con la que han aumentado la cantidad de niños con pesos mayores a los esperados para su edad ha llamado la atención de los expertos, clasificando la excesiva acumulación de grasa en los niños como el principal problema de salud en varios países, sin importar su nivel de desarrollo (54).

La obesidad infantil se ha definido como una enfermedad inflamatoria multisistémica con consecuencias graves (Ver figura 3) a nivel neuronal, pulmonar, gastrointestinal, renal, cardiovascular, irregularidades endocrinas, anomalías musculoesqueléticas y también consecuencias psicológicas (54). En este apartado hablaremos brevemente de las consecuencias y comorbilidades asociadas a la obesidad infantil, así como de su diagnóstico.

Figura 3. Comorbilidades de la obesidad infantil.



* Adaptado de: Ebbelin, C. Childhood Obesity: public health crisis, common sense cure. (2002) The Lancet. 360: 473-482.

El diagnóstico de la obesidad infantil continúa siendo tema de debate debido a la falta de un método preciso, simple, reproducible y de bajo costo para la medición de grasa corporal en niños y adolescentes, así como a la falta de puntos de corte para indicadores de masa grasa en esta población.

De acuerdo al Consenso Internacional de Expertos en Pediatría, Israel 2005; el diagnóstico de la obesidad infantil debe indagar sobre la historia clínica y nutricional del niño, de manera que se pueda diferenciar entre obesidad primaria o idiopática y obesidad secundaria originada por trastornos endocrinos, genéticos, neurológicos o lesiones (55).

Según las recomendaciones de dicho Consenso de Expertos, esta evaluación debe indagar sobre la alimentación temprana del niño, desde si recibió lactancia materna o fórmula, edad a la que se introdujeron alimentos sólidos, evaluación de ingesta calórica y calidad de la dieta. Además, se debe indagar sobre el nivel de actividad física del niño, dificultades que pudiera presentar para realizarla y patrones de sueño. El examen físico deberá ir dirigido a determinar las proporciones corporales llevando un monitoreo del Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura, peso y talla en cada visita (55).

En cuanto a la estimación de la masa grasa corporal total, la evidencia más reciente ha demostrado que el indicador de IMC correlaciona adecuadamente la estatura y el peso con la cantidad de grasa. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) desarrolló unas tablas de percentilas de IMC por sexo y edad para niños de 2 a 19 años, con las cuales se clasifica como sobrepeso a los niños que tienen un IMC mayor a la percentila 85 y con obesidad a aquellos con IMC mayor a la percentila 95 para su edad (55). A pesar que la evidencia científica señala que dichas tablas son adecuadas, se debe tomar en cuenta que fueron diseñadas tomando como referencia a niños de la población americana, por lo

que sus características difieren de niños de otras regiones del niño y pudieran no ser aplicables en todo el mundo.

Debido a lo mencionado, se ha sugerido el uso del índice de estatura-cintura, el cual es un método simple, barato, reproducible y ha probado ser un indicador más eficaz para la predicción de grasa visceral y riesgo cardiovascular en niños (56). Para circunferencia de cintura se clasifica a los niños con valores por encima del percentil 90 por edad y género con obesidad. En el caso del índice de estatura-cintura aquellos con valores mayores a 0.5 se diagnostican con obesidad, este punto de corte no se emplea en niños menores de 5 años ya que se podría sobreestimar la medición (56).

Además de la evaluación del IMC y el índice de estatura-cintura, existen otros métodos como la evaluación de pliegues cutáneos con tablas de percentilas por género y edad, peso bajo el agua, bioimpedancia e índice de cintura-cadera, sin embargo existe mucha controversia en torno a los puntos de corte que se deben considerar en niños y adolescentes, por lo que su uso es poco recomendado o complementario (55).

El diagnóstico temprano de obesidad infantil permitirá el tratamiento oportuno. Se sabe que un niño con obesidad tiene mayores probabilidades de convertirse en un adulto obeso y con mayor tasa de morbi-mortalidad. Al igual que en los adultos, la obesidad en los niños causa hipertensión, dislipidemia, inflamación crónica, disfunción endotelial e hiperinsulinemia, factores que aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovascular por medio del Síndrome Metabólico (54).

Además, la Diabetes Mellitus tipo 2, que apenas en el año 2000 empezó a ser estudiada en población adolescente (57), representa casi la mitad de todos los nuevos casos diagnosticados en algunos países. Por ello, resulta preocupante observar en los niños de edad escolar un estado prediabético de resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, ambos estados altamente prevalentes en niños severamente obesos independientemente de su grupo étnico y antes de realizar un diagnóstico formal de Diabetes (54).

La complicación pulmonar más frecuente, relacionada con la obesidad infantil, es la apnea del sueño, misma que afecta el rendimiento físico e intelectual de los niños. También se le asocian el asma y fatiga con el ejercicio, que a su vez puede relacionarse con mayor ganancia de peso. Estos niños también son más propensos a sufrir complicaciones hepáticas, renales y musculoesqueléticas serias durante la adolescencia (54). Algunas de estas enfermedades son esteatosis hepática no alcohólica, insuficiencia renal y osteoartrosis de rodilla. No profundizaré en el tema de las comorbilidades relacionadas a la obesidad infantil al no ser el tema principal de este trabajo, sin embargo es importante señalar que dichas enfermedades comprometen el crecimiento y desarrollo normal del niño y, a su vez, favorecen la presencia de marcadores proinflamatorios que desencadenan mecanismos que favorecen el desarrollo del Síndrome Metabólico.

Además de las consecuencias fisiológicas que conlleva la obesidad infantil, existe amplia evidencia sobre las consecuencias psicológicas que tiene la misma en los niños y que en ocasiones pudieran ocasionar daños mayores en su salud mental. Desde siempre se ha estereotipado al niño con obesidad como descuidado, poco exitoso, poco higiénico y flojo. Expertos en el tema afirman que los niños que sufren este padecimiento desarrollan una baja autoestima y una auto-imagen negativa desde edades tan tempranas, como los 5 años. Los adolescentes obesos presentan síntomas asociados con la tristeza, soledad, nerviosismo y mayor propensión a adoptar conductas de riesgo como el uso del tabaco, el alcohol y las drogas (54).

Dichas consecuencias en la salud mental de los niños se dan principalmente por las relaciones negativas entre pares, tienden a mostrar dificultad para hacer amigos, sufren constantes burlas y malas experiencias en la escuela y son más propensos al bullying. Este último se refiere a la victimización repetida y frecuente de un niño por otros niños con la intención de hacerle daño, involucra una situación de desventaja de poder y fuerza ya sea real o percibida (56).

El bullying puede ser físico, con golpes y empujones, verbal o social, excluyendo al niño del grupo y es moderadamente estable entre niños de 5

años, lo cual significa que cuando un niño es estereotipado por su condición de obesidad y sufre de bullying, esta condición difícilmente dejará de existir en los años subsecuentes. El ser blanco constante de burlas y maltratos genera un aumento de la ansiedad en los niños, mala adaptación social, síntomas de depresión, baja autoestima y problemas de conducta a largo plazo (56).

Lo anterior, así como los ideales de belleza de la sociedad actual y el constante bombardeo de información mediática al que están expuestos los niños, donde la estigmatización de la persona obesa se perpetúa, también representa una exposición crónica al estrés, lo que imposibilita al niño el manejo adecuado de sus emociones y favorece el desarrollo de depresión, cayendo en un círculo vicioso del que es difícil salir, ya que cuanto mayores sean los pensamientos negativos del niño menor será su capacidad de autocuidado (58, 59).

3.1. Epidemiología

La obesidad es uno de los problemas de salud con mayor prevalencia a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el 2011, que más de 40 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso y estima que en el 2015, 2.3 billones de personas mayores de 15 años presentarán sobrepeso y 700 millones más, obesidad (60).

En los últimos años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños se ha incrementado de manera alarmante a nivel mundial, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública relacionados al estilo de vida y la alimentación en países como Estados Unidos, Gran Bretaña, Sur América y el Sureste de Europa (60).

México no es la excepción, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 se reportó que la población mexicana en edad escolar (5-11 años) presenta una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad, de acuerdo con los criterios de diagnóstico de la OMS, de 34.4%, lo que representa alrededor de 5, 664, 870 niños y niñas con problemas de peso en todo el país (61). De no

atenderse este problema, estos niños se convertirán en jóvenes y adultos obesos con mayor predisposición a desarrollar Enfermedades Crónicas No Transmisibles en edades tempranas.

La distribución de la obesidad en la población mexicana es otro problema para el diseño de estrategias y programas que aborden el mismo. México se caracteriza por tener diferencias muy marcadas entre regiones urbanas/rurales y por estratos socio-económicos, esta polarización se debe a la transición nutricional y epidemiológica que atraviesa actualmente nuestro país (62). Dicha transición es característica de los países en vías de desarrollo, donde una parte de la población tiene problemas de acceso a los alimentos, lo cual puede provocar problemas de desnutrición y al mismo tiempo ocasionar obesidad debido a la gran disponibilidad de alimentos industrializados de bajo costo y pobre valor nutrimental (63). Así, no resulta extraño encontrar casos de obesidad mórbida tanto en estratos socio económicos bajos y contextos rurales como en zonas urbanas de mayores ingresos, sin embargo la FAO reporta que a nivel mundial cada vez es más marcada la tendencia a resultar los primeros más afectados (63, 64).

En México, esta tendencia no ha sido bien definida y según los resultados de la ENSANUT 2012 la prevalencia de sobrepeso y obesidad es ligeramente mayor en las zonas urbanas y en estrato socio económico alto. Sin embargo, al evaluar esta situación considerando el gasto mensual promedio y el nivel de seguridad alimentaria, definida como tener acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos (65), se encontró que en los niveles leve y moderado de inseguridad alimentaria aumenta la prevalencia de sobrepeso y obesidad atribuible al patrón alterado de comidas, la sobreingestión de alimentos después de un periodo de escasez o a que los alimentos más económicos tienden a tener una mayor densidad energética (66).

Por si fuera poco, la grave epidemia de obesidad que afecta a nuestro país no sólo está causando estragos en la salud de la población, si no también en su bolsillo. Se estima que el costo directo de esta epidemia, originado por las

comorbilidades asociadas al sobrepeso y obesidad, como son la Diabetes y las Enfermedades Cardiovasculares, sería de 77, 919 millones de pesos para el 2017; mientras que los costos indirectos atribuibles a una disminución de la productividad por discapacidad o muerte prematura presentan una tasa de crecimiento anual de 13.51%, representando un costo total estimado de 150, 860 millones de pesos si la tendencia sigue a la alta en el 2017 (67).

Según los datos encontrados en la ENSANUT 2012, la tendencia de sobrepeso/obesidad ha logrado detenerse, disminuyendo en 1% la prevalencia de obesidad infantil respecto a los resultados reportados en la ENSANUT 2006 (61). A pesar de ello, las cifras continúan siendo alarmantemente altas, lo que indica que las soluciones hasta ahora propuestas para abordar el problema no han sido eficaces.

4. Determinantes de la obesidad infantil

Actualmente la obesidad es reconocida en todos los sectores poblacionales como una enfermedad con consecuencias importantes para la salud y se define de manera muy sencilla como un exceso de grasa corporal. Sin embargo, en la década de los 80's en los países más desarrollados como Estados Unidos se le consideraba únicamente como un estilo de vida desfavorable y no fue hasta junio del 2008 que el Consejo de la Sociedad Americana de Obesidad le otorgó la categoría de enfermedad, con la finalidad de que las aseguradoras cubrieran los gastos derivados de la misma (68).

Para entender el problema de obesidad infantil, es necesario tomar en cuenta que no hay un factor único responsable. Es resultado de la conjunción de una serie de factores, donde cada uno van a tener cierta influencia sobre el individuo (68). Tradicionalmente, se pensaba que la obesidad estaba relacionada únicamente a factores dietéticos y a la adopción de estilos de vida sedentarios reduciendo el problema a un desequilibrio energético, sin embargo, actualmente se sabe que la etiología del problema es multifactorial, compuesta por factores modificables y no modificables (50,69).

Las causas modificables que han sido relacionadas al desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil incluyen la falta de actividad física, alta frecuencia de horas/pantalla (televisión o computadora), bajo ingreso familiar, padres desempleados, alta ingesta energética, consumo de alimentos mientras se ve la televisión o se hacen las tareas escolares y sobreexposición a publicidad sobre alimentos de alto contenido energético y bajo valor nutrimental (69).

Algunos estudios han asociado la dinámica y el ambiente familiar con la aparición del problema. Se ha observado que los niños con problemas de peso frecuentemente sufren de factores psicosociales adversos. Dichos factores se clasifican en dos dimensiones, 1) los psicológicos (factores cognitivos y afectivos) y 2) los sociales (interacción con la familia y sociedad), influyendo sobre la percepción de dolor o malestar, al tiempo que el mismo dolor influye sobre la percepción psicológica de bienestar y pertenencia social (50).

Por otro lado, también se han reportado asociaciones entre la obesidad infantil y el ambiente “construido”, que incluye el acceso a comercios que ofrecen alimentos saludables, proximidad a parques y áreas recreativas, seguridad y condiciones de vivienda, siendo mayor la prevalencia de este padecimiento en aquellos ambientes que carecen de los factores mencionados. Otros aspectos relacionados con el entorno social y el barrio en el que viven los niños son la confianza interpersonal, seguridad percibida, las normas de conducta aceptadas y la privación del área, observando una mayor incidencia de obesidad infantil en ambientes con mayores índices de pobreza, crimen e inequidad social (70).

El modelo ecológico asociado al desarrollo de obesidad, ha sido descrito como “multinivel”, tomando en consideración los componentes multi-estructurales (ambiente físico, nivel socio económico, capital social) y las conductas multifactoriales del estilo de vida (dieta, actividad física, estrés, actividades recreativas) que interactúan entre sí a diferentes niveles institucionales (escuela, familia, gobierno local). Las interrelaciones de estos factores facilitan la comprensión de los factores emocionales negativos que influyen directamente sobre el peso corporal (71).

Partiendo de una comprensión integral de la obesidad donde la causalidad no es lineal ni unifactorial como ya se ha mencionado, para su prevención se requieren acciones que no abarquen únicamente el balance adecuado de nutrientes en la dieta o la cantidad adecuada de calorías, sino una comprensión holística del hecho alimentario, así como sus implicaciones físicas, emocionales, sociales y culturales. Esto es, proponer acciones que aporten a la salud y bienestar integral de la persona y su entorno (72,73,74,75,76,77).

Con la finalidad de comprender mejor la causalidad de la obesidad infantil, hemos clasificado a la etiología descrita en la literatura en 5 determinantes principales: biológicos, emocionales, culturales, ambientales y de estilo de vida.

4.1. Determinantes Biológicos de la obesidad infantil

En décadas pasadas, se reducía la comprensión de la obesidad a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético de los individuos, dicho desequilibrio se debía a un aumento en la ingesta calórica proveniente de dietas de alta densidad energética y a la disminución de la actividad física. Por ende, el problema en teoría se revertiría al ajustar este desequilibrio. Sin embargo, se sabe que la obesidad esta determinada por más factores, aún en el ámbito biológico. Entre estos factores se encuentran los desórdenes endocrinos, desórdenes neurológicos y estructurales del hipotálamo, la epigenética e incluso, el consumo de ciertos medicamentos que favorecen la ganancia de peso (74).

La genética sostiene que el hombre ha evolucionado bajo situaciones de estrés fisiológico, por lo que la respuesta adaptativa del cuerpo más apropiada se tradujo en el almacenamiento de grasa. Esta propensión genética a la acumulación de masa grasa como mecanismo de defensa contra la falta de alimentos, lo que sucede gracias a la activación de los genes llamados “ahorradores”, es la que en adición a la gran disponibilidad de comida de alta densidad energética y el sedentarismo que predominan en la actualidad ha contribuido al desarrollo de sobrepeso y obesidad (55, 78).

Además, se han identificado más de 300 genes en humanos y en roedores que están involucrados en la regulación del peso corporal, sin embargo las anormalidades hormonales, sindrómicas o genéticas asociadas a la presencia de obesidad sólo explican el 5% de los casos de obesidad en el mundo (55). A la par se ha observado que la expresión de la mayoría de dichos genes, está directamente relacionada con la interacción de determinantes ambientales específicos (74). Datos científicos sugieren que entre el 60 y 80% de las variaciones en el peso corporal se deben a factores genéticos heredados, clasificados como efectos poligénicos, sin poder llegar a un acuerdo sobre si son genes con mayores efectos o si la obesidad en sí sería el resultado de la suma de los efectos de una gran cantidad de genes (78).

También se sabe de desórdenes genéticos específicos que expresan obesidad como parte del fenotipo, tal es el caso del Síndrome de Prader-Willi, donde los pacientes se caracterizan por ser individuos de baja estatura, presentan hipogonadismo, retraso mental y obesidad. Se debe a la disfunción de un solo gen en el cromosoma 15, por lo que se considera una enfermedad monogénica en la que el desarrollo de obesidad es independiente de otros factores (78).

Por lo tanto, se ha establecido que el 95% de los casos de obesidad se deben a causas poligénicas. La ausencia de modificaciones importantes en la codificación genética de los seres humanos en los últimos 40 años, aunado a la prevalencia inusualmente alta de obesidad en la población mundial, sugieren que la obesidad es una enfermedad principalmente causada por el ambiente, al haber factores externos afectando la expresión de dichos genes y el desbalance energético (74).

Además de la genética, se ha estudiado el efecto de diversos medicamentos sobre el desarrollo de obesidad. Algunos de los más importantes que favorecen su desarrollo son: glucocorticoides, medicamentos antidiabéticos (insulina, sulfonilureas, análogos de meglitidina y tiazolineidonas), antidepresivos, antiepilépticos, progestágenos y algunos antiestamínicos y bloqueadores beta (78).

Por otro lado, se han identificado tres desórdenes endocrinos que pueden provocar aumento de peso: 1) el hipotiroidismo, que ocasiona ganancia de peso en dos de cada tres casos debido a la caída del metabolismo basal, 2) Síndrome de Cushing y 3) Síndrome de Ovario Poliquístico, presente hasta en un 50% de las mujeres quienes lo padecen (78).

Como se describió de manera breve, existen múltiples factores de orden biológico que favorecen el desarrollo de obesidad, siendo evidente que la más importante corresponde a la expresión poligenética. Lo anterior no quiere decir que la obesidad es una enfermedad hereditaria, ya que la manifestación de estos genes depende de la combinación de factores externos, mayormente de carácter ambiental.

4.2. Determinantes Psicológicos de la obesidad infantil

Los factores psicológicos y conductuales asociados con la obesidad tienen un papel importante tanto en la causalidad como en las consecuencias de la misma. Y no sólo eso, además los problemas psicológicos determinarán el éxito del tratamiento una vez que la persona decida controlar su peso.

En general, los psicólogos sugieren que los estilos de vida actuales requieren una gran demanda cognitiva debido a la gran cantidad de actividades que una persona debe cubrir, lo que favorece que se viva en estado de estrés y esto a su vez podría contribuir al aumento en el consumo de alimentos, aumento del sedentarismo y alteraciones del sueño (79).

Además debemos tomar en cuenta que vivimos en una sociedad sumamente exigente donde todo aquello que no entre dentro de los ideales de belleza, éxito, felicidad y otros es rápidamente estigmatizado. En lo referente a imagen corporal, el mundo ha otorgado un valor exorbitante a la delgadez, de manera tal que son pocas las figuras que califican como tal. Esto trae como consecuencia mayor riesgo para la aparición de depresión, ansiedad, baja autoestima, pobre opinión de la autoimagen corporal, rechazo y aislamiento social, todos ellos disparadores de conductas compensatorias, siendo las más popular la sobreingesta de comida (79, 80).

La comida es a menudo utilizada como un mecanismo de defensa por las personas con problemas de peso, sobre todo cuando están tristes, ansiosas, estresadas, solas y frustradas. En muchos individuos con obesidad parece existir un ciclo perpetuo de perturbación de ánimo, comer en exceso y aumento de peso. El placer de comer puede resultar en una atenuación temporal de su estado de ánimo angustiado, sin embargo el aumento de peso que deriva de esto puede provocar un estado de ánimo disfórico, debido a su incapacidad para controlar su estrés, la culpa reactiva el ciclo, y crea un patrón continuo de la utilización de alimentos para hacer frente a las emociones (81).

Otros factores de riesgo incluyen comportamientos alimentarios problemáticos como el trastorno por atracones, el cual se caracteriza por episodios recurrentes de comer durante un período discreto de tiempo (por lo menos 2 días a la semana durante un período de 6 meses); las cantidades de comida son mucho más grandes de lo que la mayoría de la gente come en el mismo espacio de tiempo, existe una sensación de falta de control durante los episodios y sentimientos de culpa o angustia tras los mismos, lo que puede llevar a una mayor ingesta de alimentos como estrategia de afrontamiento (81).

Los factores arriba mencionados conllevan de manera inconsciente a lo que se conoce como “comer emociones”. Nuestras asociaciones, creencias y decisiones en torno a la comida y el comer tienen fuertes vínculos con nuestra infancia, a través de observaciones e interacciones con los demás las personas van construyendo un aprendizaje en torno a como utilizar la comida en sus vidas (82).

Todas estas asociaciones tempranas determinan la manera en que son interpretados los acontecimientos cotidianos, convirtiéndose en disparadores emocionales. Dependiendo de la forma en que las personas han aprendido a sentir, expresar y manejar las emociones este disparador determinará la acción que sigue. Cuando se reprime la emoción, se ha documentado una tendencia a consumir alimentos para evadir los sentimientos (42, 81, 82).

Lo anterior, fue evidenciado en un estudio (81) con 25 niños de 3 a 5 años y sus madres, al comparar los hábitos de alimentación de los niños en ausencia de hambre y las prácticas de alimentación reportadas por las madres, encontrando que los hijos de las madres que utilizaban la comida para regular y controlar la expresión emocional de los niños tienden a consumir alimentos de mayor palatabilidad y contenido de azúcar que los niños que no reciben este condicionamiento y esta conducta ocurre con mayor frecuencia en contextos emocionales negativos.

Durante la infancia, diversos conflictos psicológicos pueden generar emociones negativas o difíciles de afrontar. Entre ellos destacan (78):

- Abuso: El abuso infantil puede ser sexual, físico, psicológico o emocional. Cuando hay abuso por parte de una figura adulta, el niño tratará de hacer frente a su situación y calmar su caos emocional. En los casos en los que esta situación no es manejable, la comida puede asociarse positivamente al manejo de la emoción, por el buen sabor, es vista como un lujo y cambia la química del cerebro. Es así como se aprende a usar la comida para evitar el dolor y suprimir las emociones. Además, en la vida adulta la comida puede seguirse usando para calmar las emociones difíciles, como reflejo establecido durante la infancia.
-
- Negligencia: Cuando los padres están ocupados con el trabajo, cuando carecen de habilidades de crianza adecuadas o que luchan para hacer frente con poco dinero y una familia numerosa, el resultado a menudo se puede sentir como abandono. Aquí, el niño puede vivir un vacío para el amor, el reconocimiento y la aceptación, llenándolo entonces con alimentos.
-
- Reglas: Un equilibrio entre la disciplina, la orientación y el cuidado, es óptimo para apoyar el desarrollo sano del niño. Sin embargo cuando la disciplina y el control se manifiestan como reglas rígidas e inflexibles, la voluntad del niño finalmente se rebela contra la autoridad. A edad temprana un niño puede aprender a rebelarse a través de los alimentos, ya que la forma de comer es lo único que siente que puede controlar por sí sólo.
-
- Trauma: ante situaciones traumáticas, es posible la aparición de emociones caóticas. Cuando de antemano se usa la comida para afrontar situaciones difíciles, fácilmente puede ser empleada como un medio para sentirse mejor. Esto puede perdurar cuando la persona es incapaz de tener un proceso normal de duelo.
-
- Imagen corporal: Las primeras experiencias corporales son perdurables a través de los años y se convierten en la base de la construcción de la imagen corporal. Ésta puede distorsionarse ante insultos emitidos por

los padres, la intimidación de otros niños en la escuela y momentos de humillación y vergüenza. La obesidad, cuando se ha padecido durante un periodo prolongado de tiempo, puede llegar a ser una etiqueta que define y confirma la propia identidad, representando una barrera cuando la persona comienza a perder peso.

-
- Aprendizaje de la alimentación: Cada familia tiene sus propios rituales, patrones de comportamiento, creencias, valores y cultura alrededor de la comida. Los niños los aprenden, y establecen una relación común con los alimentos, el peso y la forma de comer. Algunos de estos aprendizajes se hacen parte de la identidad de la persona, dándole sentido de pertenencia a un grupo. Por ello, al cabo de un tiempo, es difícil cambiarlos y reaprender nuevas costumbres alimentarias.
-

En este capítulo se ha puesto de relieve una breve explicación de las numerosas y complejas interacciones entre la obesidad y algunos factores psicológicos que se le asocian. Queda de manifiesto que actualmente es necesario ir más allá de simples explicaciones de causa-efecto con el fin de comprender la forma en los problemas psicológicos favorecen y perpetúan la obesidad. Las personas obesas se enfrentan a retos psicosociales que pueden haberse originado desde la infancia. El impacto acumulativo de múltiples acontecimientos y circunstancias negativas puede contribuir al desarrollo de la obesidad, por lo que es importante tomar en cuenta estos factores, tanto para la prevención como para su tratamiento (78).

4.3. Ambientales: entorno físico y social

Al hablar de ambiente en estudios sociales o de salud nos referimos al conjunto de factores que constituyen el contexto en el que se desarrolla una persona, por definirlo de una manera simplista podemos decir que es el escenario y todos los elementos que existen en él y en donde la persona lleva a cabo su vida (83).

Se ha observado que estos factores contextuales, que incluyen tanto al ambiente físico como social, determinan en gran medida las creencias, actitudes y prácticas de las personas. Estos factores incluyen el hogar, la

escuela, la comunidad y el entorno inmediato o familiar, las interacciones entre estos factores pueden tener un impacto negativo sobre la persona y su salud. Para facilitar el estudio de estos factores y la interacción entre ellos se desarrolló el llamado Modelo Ecológico (Brofenbrenner, 1979) (71, 84).

El modelo ecológico de obesidad ha sido descrito como “multinivel”, tomando en consideración los componentes multiestructurales (ambiente físico, nivel socio económico, capital social) y las conductas multifactoriales del estilo de vida (dieta, actividad física, estrés, actividades recreativas) que interactúan entre sí a diferentes niveles institucionales (escuela, familia, gobierno local). Las interrelaciones de estos factores facilitan la comprensión de los factores emocionales negativos que influyen directamente sobre el peso corporal (71).

El primer contexto en el que se desenvuelve el niño es la familia y el hogar, los ambientes familiares difíciles han sido relacionados con conductas de salud indeseables, altos niveles de depresión, hostilidad y ansiedad. Todo ello activa respuestas biológicas autonómicas teniendo como consecuencia elevados niveles de cortisol el cual, a la larga, favorece un estado pro inflamatorio que eventualmente deteriora el estado de salud de la persona (1).

Las características familiares más relevantes en este sentido incluyen conflictos que desencadenan episodios recurrentes de enojo y agresiones, relaciones familiares frías, distantes y hostiles, negligencia y poca atención a las necesidades de los niños y falta de apoyo. En estas familias los niños se vuelven más vulnerables a una serie de desórdenes físicos y emocionales debido a la falta de experiencias positivas que les ayuden al desarrollo efectivo de habilidades sociales y emocionales (1).

Además, son más propensos a experimentar afectos negativos crónicos y dificultades para crear y mantener relaciones y redes de apoyo social, por lo que prevalece en ellos un sentimiento de estrés continuo y constante que, en interacción con ciertos factores predisponentes de su composición genética, la adopción de conductas de riesgo y el desarrollo de malos hábitos de salud,

favorezcan la acumulación de daños biológicos sistémicos y el desarrollo de enfermedades metabólicas, como son la obesidad y la diabetes (1).

Por otro lado, también existen los factores del “entorno construido”, que se refiere al área urbana que rodea a las personas. Estos factores incluyen el acceso a establecimientos de comida, proximidad de áreas de juego y espacios recreativos, estructura vial y vivienda. Todos estos factores pueden influenciar de manera positiva o negativa las conductas de salud de las personas, dependiendo del acceso a entornos que favorezcan la salud (85).

¿Pero cómo influye el ambiente en las decisiones que hace la gente sobre qué comer y qué no? Según la literatura (71), las conductas que favorecen el desarrollo de obesidad incluyen el consumo frecuente de comida rápida, las comidas fuera de casa, el aumento de tamaño en las porciones, alto consumo de bebidas azucaradas y la omisión del desayuno. Cabe señalar que dichas conductas están condicionadas por circunstancias que escapan al control de las personas y que se han asociado a variables multiestructurales del ambiente físico. Algunas de estas variables, como son el acceso a grandes cadenas de supermercados con alta oferta de alimentos industrializados, la concentración de restaurantes y establecimientos de comida rápida, la falta de lugares recreativos, el nivel socio económico que limita el acceso a algunos alimentos y la baja seguridad percibida, dependen en gran medida del contexto institucional y político de la comunidad en la que habitan las personas (71).

Todas las variables mencionadas guardan una importante relación entre el ambiente, el hogar y la ingesta de alimentos, confirmando lo que establece la teoría del modelo ecológico, la cual menciona que el contexto facilita o limita la decisión individual al momento de adoptar una conducta, o en este caso específico, de seleccionar y consumir un alimento (71).

En cuanto al estudio del ambiente social relacionado con la obesidad, resulta aún mucho más complejo. Tomando en cuenta que la alimentación implica mucho más que el acto de comer, su estudio engloba las modas alimentarias, las nuevas tendencias y formas de relacionarse alrededor de la alimentación, la

vinculación de la alimentación con el cuerpo/estética y los efectos de los alimentos en términos de salud o enfermedad (86).

La alimentación cumple con una función social esencial, estudiada por las ciencias sociales desde el uso de los alimentos como sacrificio, la magia y formas de religión, hasta más tarde, en el marco del funcionalismo británico con Audrey Richards (1956), quien comenzó a buscar la asociación entre nutrición y relaciones humanas, observando los sistemas normativos socialmente contruidos desde las prácticas y representaciones diferenciadas en cada sociedad. Actualmente, la antropología alimentaria se basa en el estudio de las construcciones colectivas y valoraciones subjetivas por medio de la etnografía, documentando mediante la descripción de la vida cotidiana tanto las representaciones alimentarias como sus prácticas. Esto ha dando como resultado la descripción de lo que se ha denominado cultura alimentaria (86, 87).

De esta manera se establece que comida, dieta y cultura ocupan un lugar relevante en la vida diaria por la función que desempeña en relación con el conocimiento y el equilibrio de una sociedad o comunidad saludable, y el significado o atributos que se le da a los alimentos (88). La desestructuración de la dieta tiene como consecuencia no sólo cambios en qué y cuánto se come, si no también en cómo se come. Estos cambios tienen un efecto negativo en la salud, al presentarse una mayor variedad de alimentos y preparaciones. Si tomamos en cuenta la ideología moderna que establece que vivimos en sociedades democráticas e individualizadas en las que podemos y debemos manifestar las opiniones y referencias personales sin importar edad ni género, no debe sorprendernos que la alimentación sea usada por niños y adultos como un medio más de expresar su individualidad (88).

Además de toda esta serie de representaciones, prácticas y relaciones que se establecen por medio de los alimentos y, a su vez, que devienen en normas sociales, el rol social en lo que respecta a alimentación también tiene que ver con la identidad y la cohesión social en los grupos (89).

Todo lo anterior contribuye a la existencia de un panorama confuso respecto a la alimentación, creando insatisfacción en el individuo al seleccionar alimentos por su sabor y precio accesible. Esto implica expectativas sociales, dilemas morales y percepciones personales adversas; sin embargo como se ha establecido en este capítulo, dichas elecciones individuales están influenciadas en gran medida por el contexto social, cultural y económico de las personas al depender de un sistema social y político que determina el acceso a ciertos alimentos, a cómo y cuánto se debe comer (88,90).

4.4. Determinantes Culturales de la obesidad

Las ciencias sociales plantean la obesidad como una construcción social que varía en función del contexto en que se conforman, convirtiéndose en un síndrome delimitado culturalmente, por lo que en este sentido, mejorar los hábitos alimentarios resulta tan difícil (91).

A pesar de ello, el mundo médico se ha empeñado en la normalización dietética que se concreta en una dieta equilibrada, dando como resultado un patrón alimentario basado en prescripciones y restricciones con el objetivo de modificar la conducta alimentaria de las personas, enmarcándose principalmente en aspectos nutricionales (91).

Guerrero (2006) cita a Tylor para definir “cultura” como formas de comportamiento, hábitos, leyes, producciones materiales y creencias de cada grupo humano. Incluye los conocimientos y concepciones del mundo social y natural, así como de la tecnología, las relaciones y vínculos sociales, siendo lo que da significado a todo lo que se dice, se hace y se piensa en una determinada sociedad (92). Así, Gracia (2002) ha definido a la cultura alimentaria como el “conjunto de actividades establecidas por los grupos humanos para obtener del entorno los alimentos que posibilitan su subsistencia, abarcando desde el aprovisionamiento, la producción, la distribución, el almacenamiento, la conservación y la preparación de los alimentos hasta su consumo, e incluyendo todos los aspectos simbólicos y materiales que acompañan a las diferentes fases del proceso” (88).

Hoy en día, varias encuestas sobre prácticas alimentarias en diversos países ponen en evidencia el abandono de los modelos alimentarios tradicionales por la ingestión de alimentos de fácil acceso, preparación y consumo (72). Además, con la inclusión de la mujer al ámbito laboral estas prácticas, que se transmitían de generación en generación, se han olvidado. Las abuelas eran quienes las pasaban a las madres y éstas a su vez a sus hijas, pero esto se ha perdido con las exigencias cotidianas cada vez mayores, dejando poco tiempo para dicha labor. También cambia la forma culinaria de preparación del alimento y la forma de comerlo, prevaleciendo las comidas en solitario, durante los trayectos al lugar de trabajo o la escuela, las comidas durante el trabajo y la falta de un espacio y tiempo asignados exclusivamente a la comida (72), una combinación perfecta para las grandes cadenas de comida rápida.

Todo ello aunado a la idealización y el culto al cuerpo, ha llevado a profundos cambios ideológicos, de creencias y actitudes en las sociedades modernas, por lo que también es importante diferenciar obesidad, concebido como un término médico para referirse a una enfermedad, y gordura, la cual se refiere a cánones de belleza femenina en muchas sociedades de África, Centro América e incluso Europa y que nada tiene que ver con un riesgo para la salud (93).

Después de la segunda guerra mundial (94), el sobrepeso era un atributo deseable. La gente había sufrido durante la guerra y la mayoría pasaba hambre, por lo que las restricciones alimentarias y la normalización dietética eran algo impensable y la delgadez un fantasma de la guerra poco deseable.

Considerando lo anterior, es lógico preguntarse ¿Por qué se considera a la obesidad un problema? ¿Para quién representa un problema? ¿Cuáles son sus causas? Para poder responder a estas preguntas se plantea la necesidad de considerar que no se puede generalizar a la obesidad debido a que existen diferentes individuos y cada uno tiene su historia, lo que implica oportunidades de alimentarse y de cuidar su salud, muy distintas. Igualmente, cada uno aporta sus propios conocimientos, percepciones, creencias y actitudes, individuales, familiares y colectivas mediadas por sus contextos cotidianos y sus experiencias de vida (93,94).

Gracia, M. (2009) enfatiza y expone claramente esta cuestión, afirmando que “...antes de pretender cambiar la alimentación de un grupo es necesario conocer más sobre las causas y efectos de los cambios en los estilos de vida y su relación con la alimentación...” (58). La autora manifiesta que se ha dejado de lado el hecho de que la cultura es una conducta social colectiva, por lo que el consumo de alimentos no se trata de una elección individual.

Sin embargo, las estrategias actuales se empeñan en hablar de responsabilidades individuales y de soluciones universales, deviniendo en una normalización dietética y corporal que ha llevado a la uniformidad de los patrones alimentarios y a la construcción de la delgadez como un ideal de salud y belleza deseable, dejando de lado las motivaciones económicas, simbólicas o rituales que condicionan la conducta alimentaria en cualquier persona, olvidando que debe fomentarse un compromiso colectivo que contribuya a disminuir las desigualdades sociales y a mejorar las condiciones de vida (58).

De lo anterior, se desprende la necesidad de pensar en la alimentación como un fenómeno complejo que depende de factores biológicos, psicológicos y sociales; y que si bien la elección de alimentos es un acto libre e individual, esta condicionado en gran medida por el contexto social y cultural en el que se desarrolla el individuo (58).

Nuestras conductas, incluida la alimentaria, tienen una base claramente estructural por lo que toda práctica esta relacionada con lógicas económicas y políticas, por lo que los factores socioculturales no pueden ser abordados aisladamente, es por ello que las exigencias diarias de muchas personas no permiten seguir las recomendaciones actuales porque como lo han demostrado algunos estudios ya que “para cambiar de dieta sería necesario cambiar de vida” (58).

Otra de las áreas en las que la cultura y la sociedad parecen tener gran incidencia es en las creencias sobre la salud general, crecimiento y alimentación de los niños. Los factores de riesgo en la infancia asociados al

desarrollo de obesidad incluyen prácticas de alimentación infantil, respuesta parental al temperamento de los niños y la percepción de los padres respecto a la salud y crecimiento de sus hijos. El que estos factores favorezcan o no el desarrollo de obesidad en los niños es mediado por las diferencias en las creencias y prácticas culturales, diferencia étnica en la percepción de la imagen corporal, grado de aculturación y percepciones sobre tiempo de sueño y actividad física (95, 96).

La influencia que tiene la cultura sobre estos factores también se observó en un estudio con 38 padres de niños menores de 1 año en Inglaterra, donde se realizaron grupos focales en los que se identificaron 5 temas principales: a) preocupación de los padres acerca de la leche materna, la alegría infantil y el crecimiento; b) la creencia de que la principal causa de la angustia infantil es el hambre; c) preferencia por bebés de mayor tamaño; d) la incertidumbre de los padres acerca de la identificación y manejo de los bebés en riesgo de obesidad y e) las intenciones de conducta en relación a estilo de vida saludable (96).

Este estudio concluye que las creencias, las inconsistencias percibidas por los padres en cuanto a la información recibida y el peso que tienen los consejos que reciben de familiares y amigos, conllevan a pobres prácticas de alimentación infantil, interrupción temprana de la lactancia materna y sobrealimentación de los niños al no saber como responder ante el llanto o la angustia infantil, atribuyéndolo por percepción cultural en casi todos los casos al hambre (96). Independientemente de los errores en la atención de las necesidades de los niños, es evidente que en nuestra cultura es muy importante la información que se recibe de familiares y amigos a quienes les atribuimos cierta autoridad en el tema en cuestión.

Si bien, se han realizado diversos estudios para evaluar el grado de retención e interiorización de lo que nutricionalmente se define como una “dieta óptima” y se ha identificado que la mayoría de la gente considera a la salud como una preocupación primordial, las prácticas alimentarias siguen condicionadas por distintos constructos materiales y simbólicos que no permiten que exista una

correspondencia entre lo que se sabe que deben consumir y lo que se consume realmente (88, 94).

Sabiendo esto, no es casualidad que la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* (DPAS) adoptada por la *57a Asamblea Mundial de la Salud* (AMS) en mayo de 2004 precisara que las decisiones sobre alimentación y nutrición estuvieran basadas en la cultura y las tradiciones para que los planes de acción nacionales tuvieran en cuenta estas diferencias y pudieran ser culturalmente apropiados, adecuándose a los cambios registrados en el curso del tiempo (58).

En este sentido, y lo que muchos tomadores de decisiones todavía no consideran, es que la exploración de la cultura alimentaria, nos permitirá entender el significado relativo de los alimentos y el porqué los seres humanos respondemos a circunstancias alimenticias más que a señales biológicas de hambre y saciedad, analizando esa relación orgánica que existe entre la alimentación, la sociedad y la cultura. Es la cultura la que crea, entre los seres humanos, el sistema de comunicación que dictamina sobre lo que se debe comer y lo que no, sobre cuando se debe comer, cómo se debe comer, sobre lo que es bueno o no para comer, en fin porque comemos lo que comemos que tiene su razón de ser en cuestiones ceremoniales y sociales (92).

4.5. De Estilo de Vida

Hasta aquí, se han descrito de manera breve los principales factores relacionados al desarrollo de obesidad, la evidencia científica señala que ésta es una enfermedad genético-ambiental identificando más de 300 genes involucrados cuya expresión está directamente relacionado con su interacción con factores ambientales específicos (97).

La conjunción de algunos o todos los factores predisponentes al desarrollo de obesidad dependerán en gran parte del estilo de vida de la persona. En la actualidad y gracias a la explotación aspiracional publicitaria del término, resulta difícil conceptualizar que es el estilo de vida.

Casimiro et.al. (1999) definen estilo de vida como *"los comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes"*. Gutiérrez (2000) lo define como *"la forma de vivir que adopta una persona o grupo, la manera de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos..."* (98).

La Organización Mundial de la Salud en su glosario para la promoción de la salud define estilo de vida como la manera de vivir *"compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones"* (98).

Según Gutiérrez (2000) los estilos de vida saludables o no saludables se pueden abordar como patrones con implicaciones para la salud que son aprendidos y surgen de una elección individual interna consciente e inconsciente. La parte consciente deriva de la elección individual entre una amplia gama de conductas posibles en su ambiente, y la parte inconsciente se refiere a la limitación de dicha elección debido a las condiciones sociales y ambientales que no dependen de la persona (98).

Mendoza (1994), reporta que el estilo de vida de una persona está condicionado por cuatro factores, similares a los establecidos en el Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner, que interaccionan entre sí y que de manera conjunta moldean los estilos de vida de los individuos y sociedades (98):

1. Características individuales: personalidad, intereses, educación recibida, gustos y preferencias.
2. Características del entorno microsocial: vivienda, condiciones barriales, familia, amigos, ambiente laboral o estudiantil.

3. Factores macrosociales: sistema político y social, la cultura, los medios de comunicación, tecnologías y avances científicos.

Medio físico geográfico: área rural o urbana, modificaciones ambientales, acceso y disponibilidad de recursos materiales, vías de comunicación y caminos.

Así, es importante considerar que la modificación de un factor macro estructural o macrosocial, como puede ser el caso de la aparición de la televisión, conlleva a un cambio significativo en el estilo de vida y a variaciones en las conductas tanto individuales como colectivas.

Teniendo en cuenta esto, se debe considerar que al igual que no hay una sola “obesidad” tampoco existe un solo “estilo de vida saludable” que se deba promover, hay tantos estilos de vida como individuos en el planeta, por lo que la fórmula única tan buscada y deseada para prevenir la obesidad fomentando un solo estilo de vida saludable podría ser, en realidad, una utopía.

Partiendo de esta premisa se puede resaltar que lo que se come hoy en día probablemente no es peor ni mejor de lo que se comía en décadas pasadas, simplemente nuestra forma de vida es diferente. Nuestras prácticas alimentarias continúan estando condicionadas por todos los factores mencionados en los capítulos anteriores (culturales, normas sociales, estados de ánimo, sistemas políticos, etc.), por lo que existe una discrepancia entre las recomendaciones nutricionales y su puesta en práctica (88).

Por lo tanto ¿a qué podemos atribuir esta falta de correspondencia tomando en cuenta que la gran mayoría de la población conoce, de manera muy general, las recomendaciones nutricionales básicas? ¿Por qué la gente, a pesar de conocer las consecuencias negativas de los malos hábitos alimentarios y de la obesidad, continúa con conductas que ponen en riesgo su salud?

Parte de la respuesta puede ser atribuible a los gustos y preferencias individuales, los cuales responden la gran disponibilidad y variabilidad de alimentos que existen actualmente. En el caso de niños y niñas desarrollan sus

vidas y su aprendizaje sobre conductas alimentarias en espacios no coercitivos (88), con concesiones y tolerancias que “respetan” sus gustos, preferencias y opiniones.

Lo anterior, pone de manifiesto el costo de la reducción del tiempo asignado para la crianza, debido a las largas jornadas laborales y la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado fuera del hogar. Lo que disminuye el tiempo otorgado a la atención a los hijos, dejando pocas alternativas a las madres, quienes buscan alternativas para delegar la responsabilidad de la alimentación en otros miembros del hogar y en algunos casos hasta a los niños (27).

Por otra parte y como segunda razón a esta discrepancia entre lo que se debería comer y lo que se come, está la incorporación de la mujer al ámbito productivo fuera del hogar. Este hecho ha llevado a un cambio macrosocial en las actividades que tienen un impacto en las labores domésticas del hogar. En el caso de la alimentación, dichas modificaciones han dado cabida a la revolución tecnológica del equipamiento doméstico, de la proliferación de comidas industrializadas rápidas y cómodas o compras de alimentos en tiendas de conveniencia y de la falta de espacios y tiempos destinados a las comidas, sin mencionar la cada vez más extinta práctica de las comidas familiares (27).

Los imperativos marcados, principalmente por: 1) el aumento del trabajo asalariado femenino, 2) la gestión del tiempo; entre la que se debe considerar la duración de las jornadas laborales, los tiempos de traslado y la reducción de la jornada escolar, y 3) el reparto del trabajo culinario doméstico; en el que continúan participando de manera inequitativa los diferentes miembros de la familia, contribuyen a aumentar las exigencias de las vidas diarias de las personas y favorecen el reinado de los denominados “estilos de vida acelerados”.

Es por ello que la gestión del tiempo y los condicionantes que supone cocinar o preparar alimentos no siempre se articulan fácilmente, de forma que este factor

repercute de diferentes formas en la calidad de la alimentación y en estilo de vida saludable y equilibrado que las autoridades sanitarias recomiendan (88).

Debido a ello y como una manera de adaptación a las exigencias del estilo de vida actual, Poulain (2001) ha identificado 3 cambios que se han dado en las comidas afectando de manera negativa la calidad de las mismas: el primero se trata de la simplificación de las comidas (preparaciones poco elaboradas y rápidas), el segundo consiste en saltarse tiempos de comida y el tercer cambio ha sido la incorporación de comidas en el espacio de trabajo. Como consecuencia, hay un aumento en la ingesta de alimentos entre comidas, entre otros (99).

Poulain concluye que la cuestión en el mejoramiento de los hábitos alimentarios no consiste en tratar de cambiar la selección de alimentos, sino en favorecer prácticas apropiadas para individuos y sociedades concretas que viven en un momento y circunstancias concretas (100). Es decir, la propuesta es centrar las recomendaciones en el cómo comer, además del qué comer.

Gracia Arnaiz (2009) señala que seguir un régimen alimentario con las recomendaciones nutricionales que marcan los expertos, implica una rutinización difícil de seguir dentro de un contexto caracterizado por la multiplicidad de actividades cotidianas y la incompatibilidad horaria entre las responsabilidades laborales y el tiempo destinado a preparar la comida (88).

Tomando en cuenta todo lo anterior y teniendo presente que las elecciones alimentarias de las personas responden a los modos de vida más o menos impuestos (88), la respuesta lógica para favorecer la adopción de conductas más saludables está más que en generalizar y normar qué comer, en posibilitar soluciones macro estructurales que inciten cambios en el apremiante estilo de vida de la gran mayoría de la población.

5. Intervenciones centradas en la familia

Fomentar la cultura alimentaria desde el seno familiar es importante dado que se ha demostrado que los patrones dietarios y la preferencia por ciertos alimentos se forman dentro de la estructura familiar. También es una herramienta para contribuir al bienestar de la persona y disminuir el consumo de alimentos procesados o comida rápida (27).

Los padres tienen gran influencia en los hábitos alimentarios y de actividad física de sus hijos, tanto que se ha observado que en una familia donde uno de los padres tiene sobrepeso el niño tiene 40% más riesgo de desarrollar obesidad, mismo que se incrementa a 80% cuando ambos padres presentan el problema. Esto contrasta con el 7% de riesgo en niños donde ambos padres tienen peso normal, por lo que cualquier tratamiento para prevenir la obesidad infantil estaría incompleto si no contempla a la familia (101).

Al hacer intervenciones familiares, existen varios aspectos éticos que se deben contemplar, como son el derecho y la responsabilidad de los padres a proteger a sus hijos, las percepciones de los padres respecto a la obesidad y el rol de los padres como tomadores de decisiones basadas en intereses propios y hechas en nombre de sus hijos, las cuales en ocasiones no son las más adecuadas debido a las limitaciones de comprensión sobre los riesgos y beneficios que pueden tener los niños al entrar a un programa o iniciar un tratamiento (101).

El más importante podría ser el hecho de que los padres tienen derecho a criar a sus hijos de acuerdo a lo que consideren mejor, incluyendo la selección de alimentos y de actividad física, por lo que muchos estudiosos de la obesidad infantil los consideran directamente responsables de la obesidad de sus hijos. A pesar de ello, las intervenciones encaminadas a favorecer la adopción de hábitos saludables en familias deben tener límites claros en cuanto al nivel de intervención y responsabilidad de los padres sobre la salud de los niños (101).

Adicionalmente, otro factor que ha resaltado la importancia de realizar estas intervenciones consiste en la insatisfacción corporal y el aislamiento social que presentan los niños cuando son sometidos a tratamientos individuales con dietas restrictivas, al tiempo que contribuye a perpetuar el ciclo de pérdida-ganancia de peso que refuerza la baja autoestima y un pobre concepto de sí mismos (101).

A pesar de existir programas escolares e individuales exitosos, las evaluaciones de éstos han demostrado que más del 20% no terminan el programa y que de aquellos que si terminan aproximadamente el 37% resultan en experiencias no exitosas. Particularmente en los niños, es importante evitar este tipo de situaciones que resultan desalentadoras y contribuyen al deterioro de la salud emocional de los niños, por lo que en este caso el acompañamiento de la familia cobra una mayor relevancia (52).

En un estudio que llevó a cabo la Cruz Roja de Alemania en 111 niños y adolescentes con obesidad y su familia, reportó que la depresión materna y el compromiso materno ante el programa fueron factores determinantes para terminar el mismo con una pérdida de peso mayor al 5%. Consistió en una intervención de dos fases (intervención de 3 meses y fase de mantenimiento por 9 meses) y que incluía terapia cognitivo-conductual. Se identificó que la edad del niño era un factor determinante en el resultado, entre más pequeños tenían más probabilidad de éxito (52).

Los resultados presentados plantean la importancia que tiene el manejo del ambiente no compartido (familiar) en el manejo de los niños con obesidad, debido a las consecuencias observadas por la falta de apoyo por parte de los padres (52).

Uno de los programas que a la fecha ha tenido resultados prometedores es el MEND Program (Mind, exercise, nutrition, do it, por sus siglas en inglés) en Inglaterra, donde los niños asistieron con sus padres a 18 sesiones grupales de 2 horas que incluye educación alimentaria, actividad física y manejo emocional.

Se lleva a cabo en centros comunitarios por facilitadores no profesionales o expertos en el tema pero que son miembros de la comunidad (102).

Según su evaluación, el programa obtuvo una asistencia de 86%, y los participantes lograron reducir su circunferencia de cintura (-4.1. cm) y el IMC (-1.2 kg/m²) en 6 meses. Además, se observó un incremento en la actividad física de toda la familia y mantenimiento de los cambios 9 meses después de la intervención. Las principales ventajas que se reportaron y que favorecieron a los resultados fueron el hecho de que se impartió por actores de la comunidad, en multilocalidades y se observó alta aceptación de los elementos del programa por las familias (102).

A pesar de que las recomendaciones internacionales concuerdan en incluir a la familia para el tratamiento del niño con obesidad, existe poca evidencia, los estudios disponibles se han realizado en centros académicos o clínicos y las intervenciones no son comparables, por lo que se requieren mayores estudios en escenarios comunitarios e intervenciones dirigidas al primer nivel de atención.

Además, las acciones hasta ahora emprendidas por las autoridades competentes se han limitado a informar a la población, homogenizando estrategias y limitando la concepción y solución de problema a lo que se come, dejando de lado el por qué se come lo que se come. Es necesario integrar enfoques interdisciplinarios para tener una mejor comprensión del problema, particularmente de su naturaleza y dimensiones sociales, asumiendo la historicidad de su proceso y la articulación de los diferentes factores implicados (58).

6. Justificación

La obesidad es uno de los problemas con mayor prevalencia a nivel mundial. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 en México, el 34.6% de los niños entre 5 y 11 años de edad presentan exceso de peso, relacionado a causas fisiológicas y ambientales.

Se sabe que el problema es atribuible a diversas causas, entre los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la obesidad infantil destacan la residencia en las ciudades metropolitanas, el sexo femenino, el desconocimiento y falsas creencias acerca de la nutrición, la comercialización por las empresas transnacionales de la alimentación, aumento del estrés por factores psicosociales y la inactividad física (103).

En nuestro país, el problema siempre ha sido abordado desde los malos hábitos alimenticios y la inactividad física, que si bien son de los determinantes más importantes para el desarrollo del padecimiento, no explican por completo el problema. Por ello, uno de los factores especialmente relevantes y necesarios a estudiar en México son los determinantes psicosociales, siendo de mayor importancia su comprensión en niños de bajo nivel socioeconómico. Las disfunciones causadas por el estrés psicosocial relacionado a la pobreza, en los niños conduce a problemas de salud mental (depresión y ansiedad) representando una barrera en las capacidades físicas y mentales para el autocuidado (42).

Además, se ha señalado que algunas consecuencias de la obesidad infantil son psicosociales, el estrés psicológico de la estigmatización y el rechazo social pueden ocasionar baja autoestima, los niños con sobrepeso experimentan más burlas y la condición de exceso de peso es un factor predictivo de la vulnerabilidad a la intimidación entre pares o bullying, lo que a su vez, puede interferir con su rendimiento académico y social, y persistir en la edad adulta (103).

Datos disponibles indican que a mayores síntomas de depresión hay mayores tasas de deserción en los programas de tratamiento de obesidad y mayor angustia de los padres. Así mismo los problemas sociales (divorcios, pareja y familia disfuncional, problemas de salud mental en los padres, enfermedades físicas crónicas en algún miembro en la familia, violencia doméstica, abuso infantil) se asocian con mayor prevalencia de obesidad, menores resultados en la pérdida de peso y menores cambios en el estilo de vida en niños (104).

Lo anterior señala la necesidad de considerar los problemas psicosociales y culturales dentro de un modelo de tratamiento de la obesidad en las familias que la padecen, como precedente para el diseño de intervenciones exitosas que consideren no solo los factores biológicos y nutricionales, sino que incluyan los determinantes conductuales, características de la familia (crianza), elementos culturales del entorno y la identificación de creencias y emociones infantiles (depresión, ansiedad).

Por otro lado, los gobiernos demandan acciones que obtengan resultados en periodos cortos de tiempo, sin embargo Lang & Rayner (2007) señalan que la obesidad es un problema que se ha desarrollado a lo largo de décadas por lo que es probable que se requiera de más tiempo para controlar y revertir el problema, a la vez que señalan la falta de evidencia sobre que camino es el mejor a seguir (105).

Así mismo, señalan la relación de la obesidad con otras tendencias sociales como el cambio en la producción de alimentos, aumento del transporte motorizado y el trabajo desde el hogar y cambios en los patrones de estilo de vida. Todo lo anterior plantea la necesidad de reformar las políticas públicas no sólo en salud, si no en una serie de áreas como son: agricultura, industria, educación, cultura, comercio y economía, al incidir todas en el proceso de producción, distribución y elección de alimentos (94).

En México existe poca evidencia al respecto, las estrategias para promover hábitos más saludables han sido homogenizadas y medicalizadas (58), faltan propuestas que contemplen la historicidad de los procesos y la desigualdad de

su impacto social, que averigüen las causas macro y microestructurales que favorecen la perpetuación de ciertas conductas y que articulen las posibles necesidades, los diferentes niveles de intervención y sobre todo la diversidad de sus determinantes.

El escaso éxito hasta ahora obtenido para la prevención y tratamiento de la obesidad infantil puede radicar en una simple razón: se ha optado por abordar cuestiones de orden cualitativo con propuestas principalmente cuantitativas (58).

Si bien, las consecuencias físicas y metabólicas de la obesidad infantil son importantes y afectarán la salud del niño en la adultez, las consecuencias emocionales y psicológicas de la misma también son relevantes y han sido relegadas a segundo término en los tratamientos y programas actuales que han surgido para la prevención y control de la obesidad infantil, por lo que es urgente diseñar estrategias que entiendan y contribuyan a mejorar la emocionalidad del niño con obesidad.

El presente estudio tiene la fortaleza de indagar dichos aspectos con la finalidad de documentarlos para, en un mediano plazo, se puedan tomar en cuenta en el diseño de una intervención comunitaria que aborde de manera holística el manejo del niño con obesidad.

7. Estudio empírico

Este trabajo es parte de un proyecto macro, para la implementación de un programa familiar y comunitario para la prevención de la obesidad infantil en el Pueblo de Santa Fe en la Ciudad de México. Debido a que ya se han probado estrategias familiares en colaboración con la Casa Ernesto Meneses de la Universidad Iberoamericana pero no han tenido la audiencia ni el éxito esperado, surge la necesidad de indagar las barreras que impiden a las familias asistir a las actividades propuestas y apegarse al tratamiento. Además es necesario indagar por qué les resultaba tan complicado seguir las

recomendaciones nutricionales aparentemente tan sencillas que se daban en el programa probado durante el proyecto “Intervención familiar para el tratamiento y prevención de la obesidad infantil en Santa Fe”.

A partir de lo anterior, y tras consultar la escasa literatura existente sobre los factores psicosociales en el tratamiento de la obesidad infantil, así como de los programas existentes que han logrado un mayor apego, se decidió indagar la experiencia de las familias que tienen hijos con problemas de exceso de peso, así como la manera en que tanto los padres como los niños perciben a la obesidad. También resultó relevante describir su día a día, los problemas cotidianos que enfrentan, la percepción de su cuerpo y, sobre todo, las emociones relacionadas a su condición.

Antes de hablar sobre el diseño del estudio, es importante conocer de manera breve la comunidad en la que se desenvuelven, es decir el Pueblo de Santa Fe, que es el universo que dicta las circunstancias que condicionan las acciones de estas familias.

7.1. Población de Estudio

La zona llamada "Santa Fe" abarca desde la unidad Habitacional Santa Fe del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en la esquina de las avenidas Camino Real a Toluca y Escuadrón 201, a pocos minutos de las colonias Tacubaya y Observatorio. Los barrios que pertenecen a Santa Fe son: Cuevitas, Belem, La Mexicana, La Cañada hacia el sur, pasando el panteón hacia el norte se ubica el pueblo de Santa Fe que incluye los barrios de Bejero, Tecolalco y Tlapechico, barrios que con el tiempo se han convertido en pequeñas colonias (106).

El Pueblo de Santa Fe nació de las ruinas del pueblo-hospital de la Santa Fe creado por Vasco de Quiroga en 1537 durante la época de la colonia. Acogía a los mexicas para brindarles protección, cultura, salud y religión (106).

Al ser trasladado su fundador a Michoacán, las disputas internas y las leyes de regularización del virreinato terminaron con el pueblo-hospital, sin embargo este seguía siendo paso obligado entre la Ciudad de México y otros puntos importantes como Toluca, por lo que existió una clase de industria mercantil. Una vez consumada la Independencia, se instaló en el pueblo la fábrica de pólvora, la cual fue saqueada en la invasión estadounidense de 1838 y estuvo prácticamente deshabitado durante la revolución debido a la ocupación zapatista sin embargo continuó funcionando hasta los años 90 que fue clausurada debido a una explosión (106).

Desde la década de los 80's se le ha considerado como una zona conflictiva debido al vandalismo y la delincuencia que se desató como consecuencia de la sobrepoblación y el desempleo que predominan en el Pueblo (106), además de la evidente falta de identidad y cohesión social debido a la gran cantidad de gente que ha inmigrado de otros estados.

La mayoría de sus moradores se dedican a la carpintería, son obreros o albañiles, algunos conductores de transporte público y otros pocos son profesionistas empleados en la zona empresarial de Santa Fe. Las mujeres por lo general laboran en servicios de limpieza, como empleadas domésticas o tienen comercios de ropa o papelería, comercio informal de comida o puestos en el tianguis (107).

La Universidad Iberoamericana en el Pueblo de Santa Fe

En 1982, la Universidad Iberoamericana construyó su campus Santa Fe en la zona que antiguamente correspondía a los tiraderos de basura, con lo que cambió todo el área pasando a ser una zona habitacional y comercial de gran nivel económico.

Consciente de los problemas sociales que esto ocasionó, la Universidad Iberoamericana inauguró en 2011 la Casa Ernesto Meneses ubicada en el antiguo Pueblo de Santa Fe como un espacio comunitario para brindar orientación y servicios a los habitantes del pueblo.

A través del trabajo continuo entre miembros de la Universidad y la población del lugar, se han realizado una serie de observaciones e intervenciones dirigidas a la prevención de la obesidad, el cual ha sido identificado previamente como uno de los principales problemas de salud de la zona (108). Dicho diagnóstico se obtuvo a través de mediciones antropométricas en varias escuelas de educación básica. También se registraron las percepciones que tiene la gente sobre los principales problemas de salud, siendo la obesidad mencionada entre los primeros 5, junto con la Diabetes y la Hipertensión. Dichos problemas son atribuidos a la mala alimentación, la falta de actividad física y la apatía (109).

A raíz de esto, la Casa Meneses se ha preocupado por ofrecer consultas de nutrición con un costo representativo y programas familiares de orientación alimentaria y cocina saludable para los niños y sus padres, sin embargo hasta la fecha se ha observado una baja adhesión a las actividades propuestas, inasistencia a los talleres impartidos y poco mantenimiento de los resultados y logros alcanzados.

Espacios y oferta de alimentos

Entre las observaciones realizadas por diversos equipos de trabajo se encontró principalmente que se cuentan con pocos espacios para realizar actividad física así como espacios recreativos. A pesar de que en algunas colonias existen dichos espacios, como pueden ser canchas de fútbol o áreas de juegos, es importante señalar como lo mencionan los mismos moradores y líderes comunitarios, que estas facilidades no se encuentran al alcance de todos, ya que se deben de pedir permisos a los representantes vecinales para hacer uso de los mismos y por supuesto ser vecinos de la colonia en cuestión, de lo contrario su uso les será negado.

Además, los habitantes reportan severos problemas de drogadicción e inseguridad, por lo que en muchas ocasiones evitan hacer uso de los espacios públicos ya que estos son invadidos por bandas y drogadictos.

En cuanto a la oferta de comida, se encuentra el mercado delegacional, el cual es famoso por la venta de tlacoyos y gorditas consideradas la comida típica de la zona. Sin embargo a pesar de que los habitantes sí acuden al mercado, los establecimientos más encontrados en la comunidad son tiendas de abarrotes, tiendas de antojitos mexicanos, tortillerías, pollerías, heladerías, puestos de comida rápida, pastelerías y panificadora, Oxxo y 7Eleven, así como el comercio informal de papas, chicharrones, tacos, tamales, hamburguesas y churros.

Un medio que utilizan muchas familias para generar ingresos extras es la venta informal de alimentos, es así que durante una encuesta realizada en expendios de alimentos (110) se identificó que a pesar de que los mismos vendedores de comida señalan a la mala alimentación como una causa del problema, en su percepción respecto a los alimentos que ellos venden no creen que guarde ninguna relación con el consumo de alimentos de la gente y por lo tanto no se sienten responsables por ofrecer otro tipo de alimentos.

8. Metodología y diseño

La metodología cualitativa es adecuada para indagar la construcción social de significados, perspectivas y creencias, y permite obtener una descripción detallada de la realidad de los actores (111). El foco de investigación es la interpretación de los puntos de vista y realidad expresada por las personas a través de su discurso.

Existen tres tipos de investigación cualitativa: la etnografía, la fenomenología y la teoría fundamentada. En este caso se optó por la Fenomenología, la cual entiende al mundo como algo inacabado, en constante construcción dado que los sujetos que lo viven son capaces de modificarlo y darle significado (112).

Al ser el interés de este estudio la experiencia de las familias y su manera de ver el mundo, el significado que atribuyen al fenómeno de estudio, que en este caso es la obesidad infantil, se optó por diseñar un estudio cualitativo fenomenológico, tomando en cuenta el contexto por considerar que un fenómeno social se produce en una situación específica y con características únicas (111).

Para ello se realizaron entrevistas semi estructuradas a niños que fueron diagnosticados con obesidad en el proyecto “Diagnóstico de salud y nutrición de niños 6 a 12 años de edad de una escuela primaria pública del pueblo de Santa Fe, Ciudad de México” y a su cuidador principal, quien no necesariamente era la madre o el padre del niño. La entrevista con los niños incluía actividades lúdicas y creativas para abordar los temas delicados y así obtener verbalizaciones de los niños y niñas participantes.

Diseño de herramientas

Las entrevistas fueron diseñadas con la asesoría de la Dra. Ericka Escalante, quien ya había realizado trabajos similares con niños anteriormente, y fueron aplicadas por dos investigadoras del proyecto, quienes previamente fueron capacitadas en la aplicación de instrumentos cualitativos, en el Instituto Nacional de Salud Pública. Además, se ha contado con la asesoría del Dr.

Bernardo Turnbull, experto en metodología cualitativa del Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana.

Ambas guías de entrevista se diseñaron con base en categorías pre-establecidas, referentes a la obesidad infantil (a. Percepciones del crecimiento y desarrollo, b. Estilos de crianza y presencia de obesidad infantil, c. Emociones relacionadas a la obesidad infantil, d. Creencias y actitudes de las madres de niños con sobrepeso u obesidad). En la guía para niños se incluyeron imágenes con la intención de tener elementos proyectivos, donde el niño exprese lo que sucede en su cotidianidad sin abordarlo de manera directa, sino a través del juego o dibujo. Lo anterior se consideró debido a que los niños pueden presentar diversas barreras para verbalizar sus emociones, en especial cuando una situación les genera ansiedad o estrés (113,114). Contar con un instrumento con elementos proyectivos facilita la expresión de los niños, ya que no hablan directamente de ellos mismos, si no que describen una imagen a partir de sus experiencias. Esto se comprobó cruzando la información reportada por los cuidadores sobre su rutina, comunicación y dinámica familiar, con las historias creadas por los niños sobre la imagen de una familia con obesidad, encontrando que las historias de los niños eran muy similares a los relatos de los cuidadores (115, 116).

El instrumento utilizado con los niños se aplicó de forma individual, de la siguiente manera: 1) Se le pidió que realizara una serie de ejercicios básicos de psicomotricidad, con la finalidad de tomar conciencia de su cuerpo y que pudiera identificar cómo se siente con su corporeidad (115). 2) Posteriormente, se le hacían preguntas generales sobre su vida diaria y, 3) se le presentó la imagen de una familia con obesidad y de dos niños, uno que presenta peso normal y otro con sobrepeso. Para ambas imágenes, se les pidió que nos contaran una historia de cómo viven, que problemas creen que presenten y como se sienten las personas de las imágenes (Ver Anexo 1. Instrumento para verbalización infantil).

La guía de entrevista utilizada con los cuidadores de los niños, está conformada por una primera sección donde se les pidió que describan su

comunidad, un día cotidiano en sus casas y uno de fin de semana. En la segunda sección se presentan una serie de situaciones en las que niños de edad escolar se comportaban de una manera poco deseable. Aquí se les pidió resolver la situación de acuerdo con la manera en que ellas enseñarían al niño a hacer lo correcto, esto con el fin de identificar estilos de crianza. La tercera y última sección de la entrevista utiliza la misma imagen presentada a los niños de una familia con obesidad. Se les preguntó su opinión sobre esa familia, los problemas hipotéticos que le atribuyen, así como las causas y consecuencias de dichos problemas (Ver Anexo 2. Guía de Entrevista para padres de familia).

Una vez que se tuvieron las herramientas y fueron aprobadas por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana, se realizó una pequeña prueba piloto en una muestra afín de la comunidad de San Gaspar en el Estado de México, con el apoyo de la Secretaría de Salud del mismo Estado. Se aplicaron 3 entrevistas a niños con problemas de peso y a sus cuidadores y se realizó una lista de cotejo de las mismas para verificar que se cubrieran los temas de interés para el estudio. Se identificaron los cambios pertinentes, tanto del lenguaje como de actividades que permitieran profundizar en la indagación.

A partir de esta prueba, se realizaron algunas modificaciones en el planteamiento de las preguntas y el orden de las actividades de verbalización en niños y ya contando con la herramienta final, se procedió a la selección y reclutamiento en la comunidad del Pueblo de Santa Fe.

Además, se redactó una carta de consentimiento informado basada en los principios de ética que establece el Reporte de Belmont (117). En total se realizaron 20 entrevistas semi estructuradas, de manera individual, por un lado con los niños que presentaban problemas de sobrepeso u obesidad y en otro momento con la persona identificada como su cuidador principal.

Muestra

Se obtuvo una submuestra intencional seleccionando a aquellos niños que presentaron un IMC mayor a la percentila 85 a partir de la población estudiada en previamente en el proyecto “Diagnóstico de salud y nutrición de niños 6 a 12

años de edad de una escuela primaria pública del pueblo de Santa Fe, Ciudad de México.”, que se llevó a cabo en escuelas primarias públicas de la comunidad. Se realizaron entrevistas por separado con los niños que presentaban el problema y sus cuidadores hasta obtener la saturación de la información conforme a las siguientes categorías pre establecidas:

a) Percepciones sobre salud, crecimiento y desarrollo infantil: impresiones o sensaciones personales sobre lo que significa que un niño tenga un estado de salud, crecimiento y desarrollo saludables y dentro del rango de la “normalidad”.

Temas relacionados:

¿Qué actividades realizan los niños?

¿Qué comen los niños?

¿Qué piensa de la imagen de “La familia” de Botero?

¿Qué problema tienen los niños?

¿Por qué los niños tienen problemas de salud?

¿Cree que la obesidad infantil es un problema de salud? ¿Por qué?

b) Creencias y actitudes en torno a la obesidad: predisposición aprendida a responder de un modo consciente ante los problemas de peso en los niños, clasificándolo o no como un problema de salud.

Temas relacionados:

¿Cree que la obesidad es un problema de salud? ¿Por qué?

¿Por qué cree que los niños tengan problemas de salud?

¿Qué se requiere para solucionar un problema de obesidad en los niños?

c) Estilos de crianza y su relación con el desarrollo de obesidad: conjunto de conductas que son comunicadas al niño y que establecen la interacción entre padres e hijos, incluyen tanto prácticas parentales, así como las conductas no verbales (gestos, cambios en el tono de la voz, o las expresiones emocionales espontáneas). Se han definido 4 estilos de crianza Autoritario, Autoritativo, Permisivo y Negligente y cada uno pudiera tener cierta correlación con el desarrollo de obesidad en niños.

Temas relacionados:

¿Cómo le enseñaría a su hijo a hacer lo correcto en situaciones en las que ellos quieren hacer otras cosas?

¿Cómo maneja con sus hijos situaciones en las que se han comportado de una manera diferente a la esperada?

(Ver sección “Identificando estilos de crianza” en el Anexo 2)

d) Percepciones y emociones de los niños que presentan el problema: sensaciones personales que presentan los niños con problemas de peso como resultado de la interacción con otros.

Temas relacionados:

¿Cómo sienten su cuerpo cuando hacen alguna actividad física?

¿Qué les gustaría cambiar?

¿De quien les gustaría ser amigo, de un niño sin problemas de peso o de uno con problemas de peso? ¿Por qué?

¿Qué no les gusta de la escuela?

¿Cómo se llevan con sus compañeros?

¿Cómo se sienten en casa?

(Ver sección “Inventa una historia” en el Anexo 1)

Se tomaron en cuenta las condiciones sociales y psicológicas en las que los niños han crecido, considerando los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios de nivel socioeconómico aplicados previamente en el estudio macro (108).

Criterios de selección

Se contactó a los directores de las escuelas para convocar a los cuidadores de los niños que tenían IMC mayor a la percentila 85. Durante una junta escolar informativa se les explicó a detalle el estudio diciéndoles que la información que proporcionarían serviría de base para proponer estrategias de prevención de la obesidad infantil en su comunidad y se concretaron citas para las entrevistas con aquellas personas que se interesaron en participar.

Se trabajó con una muestra por conveniencia de niños de 6 a 12 años de edad, con un IMC mayor a la percentila 85 que habitan en la comunidad del Pueblo

de Santa Fe. Como parte del estudio se incluyeron a sus cuidadores principales, y que firmaron la carta de consentimiento informado. Se excluyeron aquellos casos donde la obesidad era secundaria a una enfermedad endocrina, presentaban comorbilidades o alguna enfermedad metabólica diagnosticada.

El protocolo de investigación así como las guías de entrevista para ambos actores fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana. Todas las entrevistas se realizaron en la cámara de Gesell de la Casa Ernesto Meneses de la Universidad Iberoamericana, ubicada en el Pueblo de Santa Fe.

En total se realizaron 20 entrevistas semi estructuradas con una duración aproximada de 45 minutos. De manera separada se entrevistó a los niños que tenían diagnóstico de sobrepeso u obesidad y en otro momento a sus cuidadores.

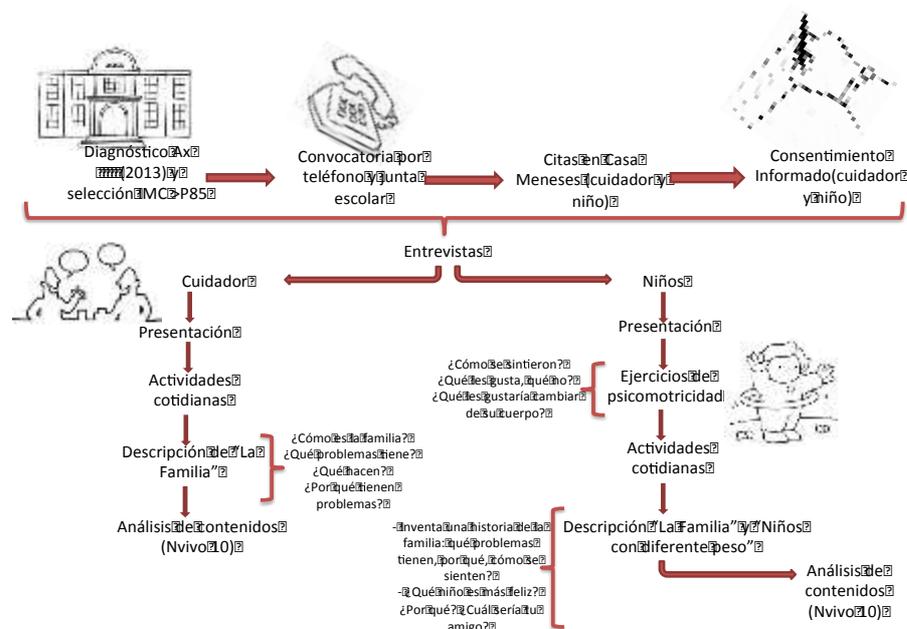
Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis de contenidos de acuerdo a las categorías preestablecidas y se asignaron nuevas codificaciones para los diálogos que trataban otros temas pero que eran igualmente importantes. Estas categorías emergentes se incluyeron dentro de las categorías preestablecidas para que la redacción de resultados fuera más comprensible.

Antes de codificar se realizaron lecturas rápidas de las entrevistas para verificar que se hubieran abarcado todos los temas de interés. Una vez confirmado lo anterior, un solo codificador hizo la clasificación de temas, y posteriormente otro codificador hizo un “double check” de la codificación de temas para comprobar que los diálogos seleccionados fueran pertinentes.

Finalmente, se evaluaron las relaciones de las categorías estudiadas dentro del contexto de toda la información y se trianguló por actores (cuidadores y niños). Como apoyo para este análisis se utilizó el programa de análisis cualitativo NVivo 10.

Figura 4. Diagrama de la metodología aplicada



8.1. Objetivos

Objetivo General

Describir los determinantes psicosociales y culturales que se asocian al desarrollo del sobrepeso/obesidad infantil en familias de una zona urbano-marginada de la Ciudad de México para sugerir una intervención que integre de manera holística dichos factores.

Objetivos Específicos

1. Indagar las percepciones sobre salud, crecimiento y desarrollo infantil en la comunidad.
2. Indagar las creencias y actitudes de madres, padres o cuidadores de niños (as) con sobrepeso/obesidad, en torno a dicho padecimiento.
3. Establecer si los estilos de crianza se asocian desarrollo del sobrepeso/obesidad infantil.
4. Identificar y describir las percepciones y emociones relacionadas al padecimiento en niños con sobrepeso y obesidad.

9. Resultados

Los resultados aquí presentados son los diálogos de los participantes que se seleccionaron por resultar más pertinentes respecto a las categorías pre establecidas de estudio. En estas categorías se incluyeron varios temas emergentes durante el análisis y que no se habían considerado con anterioridad pero que contribuyen a entender los temas tratados.

Esta sección se presenta por temas, comenzando con una breve descripción de las familias entrevistadas con la finalidad de que el lector pueda ubicarse en el contexto en el que viven los niños entrevistados y sus cuidadores.

Características de las familias entrevistadas

Las familias de los niños y las madres entrevistadas son familias en las cuales los miembros de la familia no habitan en el mismo lugar y en muchas ocasiones no mantienen ningún tipo de relación o comunicación con el resto, hay una falta de roles bien definidos entre sus miembros y por lo tanto con una asignación poco clara de responsabilidades. A pesar de que estas familias no cumplen con la concepción arquetípica de la llamada familia nuclear tradicional (118), podrían llamarse familias resilientes, la cual se va haciendo a las nuevas exigencias de su realidad social y cultural (119).

Es importante señalar que desde la posmodernidad surge una nueva manera de ver a la familia desde las historias de cada una, por lo que la descripción disfuncional o patológica desaparece (119). Sería más adecuado preguntarse cuáles son las condiciones que propician el sufrimiento y el estrés familiar.

La mayoría de estas 10 familias son monoparentales siendo la mamá quien se hace cargo del hogar y las responsables de mantener y cuidar a los niños. En algunos casos, los niños viven en familias extensas, habitando la casa de los abuelos con todos sus tíos y primos, donde en casi todos los casos la abuela es quien ostenta la autoridad o rol de mayor jerarquía. Sin embargo, se observa que esto tiende a variar dependiendo de quién aporta

económicamente al hogar, que con frecuencia suelen ser las madres de los niños, por lo que las abuelas o las tías sólo representan una autoridad para el niño cuando la mamá está fuera de casa.

A continuación, se presenta la **Tabla 1** con las características sociodemográficas de estas familias, con la finalidad de tener un panorama más claro sobre el contexto social y económico en el que viven estos niños.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las familias entrevistadas¹

Participante	Cuidador del Niño	I. Tipo de familia	II. Proveedor económico	III. Ocupación padres	IV. Escolaridad padres	V. No. de habitantes	Afiliación programa	VI. No. de hijos	VII. No. hijos	Percepción del peso de	
1	Tío	E	Tío	Tío Pintor	S	19	N	A 0	vec es	N	
2	Madre	N	Ambos	P M	Vigilante Mesera	S S	3	N	Ca si nun ca	1	SP
				M	Mesera	S					
3	Abuela	M	Madre	M Puesto de comida	L	5	N	A 3	vec es	SP	
4	Madre	M	Madre	M Emp. doméstica	S	2	N	A 3	vec es	SP	
5	Tía	S	Ambos	M Comerciante	CT	4	N	A 3	vec es	SP	
6	Abuela	E	Abuelos	M Hogar	S	9	N	A 3	vec es	SP	
7	Madre	N	Ambos	P M	Empleado Servicio limpieza	CT S	5	I	Sie mpr e	4	SP
				M	Servicio limpieza	S					
8	Madre	M	Madre	M Emp. doméstica	S	5	SP	Sie mpr	4	SP	

									e		
9	Tía	M	Madre	M	Servicio limpieza	P	3	N	A vec es	2	SP
10	Madre	E	Padre	P	Policía	S	10	N	Sie mpr e	4	SP
				M	Hogar	P					

A continuación se describen las variables sociodemográficas que aparecen en la tabla anterior y que se tomaron en cuenta para la descripción de las familias entrevistadas:

I. Tipo de Familia: de acuerdo a la literatura las clasificamos en extensa (E), nuclear (N), monoparental (M), serial (S).

II. Principal proveedor económico del niño: según lo reportado por la madre o el padre, nos interesaba conocer este dato ya que en algunos casos aunque el niño no vive con ambos padres si recibe una mensualidad por parte del padre ausente y en otros no.

III. Ocupación de los padres: en el caso de las familias monoparentales sólo se tomó en cuenta la ocupación del padre que vive con el niño, que en casi todos los casos es la mamá.

IV. Escolaridad de los padres: al igual que la anterior sólo se tomó en cuenta la escolaridad del padre que vive con el niño, siendo PI= Primaria incompleta, P= Primaria, S= Secundaria, Pr= Preparatoria, CT= Carrera técnica, L= Licenciatura.

V. Número de habitantes en casa: esta variable permite conocer un poco más las condiciones en las que vive el niño.

VI. Afiliación a programas sociales: para conocer si los niños cuentan con algún tipo de seguridad social en materia de salud, siendo N= ninguno, SP= Seguro Popular, I= IMSS.

VII. Disponibilidad de alimentos en casa: esta variable se obtuvo de un cuestionario de clasificación socio económica de un estudio previo y se refiere a la seguridad alimentaria del hogar. Siempre= Siempre hay lo que les gustaría comer, A veces= A veces hay lo que les gustaría comer, Casi nunca= Hay alimentos pero no es lo que les gustaría comer.

IX. Percepción de peso de su hijo: clasificación del peso actual del niño según la percepción de su madre. BP= bajo peso, N= normal, SP= sobrepeso, O= Obesidad.

Estos datos fueron obtenidos en un estudio previo denominado “Diagnóstico de salud y nutrición de niños 6 a 12 años de edad de una escuela primaria publica del pueblo de Santa Fe, Ciudad de México” realizado por el Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana en colaboración con la Casa Meneses en la Escuela Primaria Vasco de Quiroga de la comunidad de Santa Fe y del cual se obtuvo la muestra para este trabajo, dicho estudio no ha sido publicado (108).

Como ya se ha mencionado, en este trabajo de investigación se realizaron entrevistas con 10 niños que presentaron sobrepeso u obesidad de acuerdo a lo documentado previamente en un diagnóstico realizado en escuelas primarias públicas de Santa Fe y su cuidador principal.

En las siguientes secciones se presentan los diálogos que resultaron más relevantes de acuerdo a las categorías pre establecidas, así como aquellos temas que emergieron durante las entrevistas y que resultan relevantes para comprender la experiencia de estas familias.

Roles y estructura familiar

La familia como unidad social, ha sufrido cambios significativos en cuanto a su definición, varían de un contexto a otro, se transforman, se reinventan, se adaptan y perduran al paso del tiempo dependiendo de sus procedencias culturales y sus circunstancias sociales (120).

Desde hace décadas la familia se ha definido como un conjunto de personas que conviven de manera cotidiana en donde existe un proceso dinámico y continuo de comunicación para lograr un objetivo común que es el bienestar de la familia (120).

La familia es para el niño su primer núcleo de convivencia y de actuación, donde se irá formando como persona a partir de las relaciones que allí establezca y, de forma particular, según sean atendidas sus necesidades básicas (121).

Los roles que desempeñe cada uno permitirán aprender un complejo conjunto de significados que van a mediar la comunicación e interacción entre los integrantes de la familia (122). De acuerdo con lo planteado por Peterson y Rollins (1987), cuando estos roles no están bien definidos conlleva a la falta de límites claros y la falta de un marco de contención afectiva que dificulta la construcción de la identidad psicosocial de los niños (120).

En el caso particular de las familias entrevistadas de la comunidad de Santa Fe, predominan lo que hemos definido como familias resilientes, de tipo monoparental y extensas, en las que rara vez habitan en el mismo espacio mamá, papá y hermanos aún cuando se trate de familias nucleares. Así, es evidente la falta roles familiares y los niños no reconocen una figura de autoridad:

“E- Ok, usted me dice que viven diecinueve personas en la misma casa, ¿es la casa de su mamá?

P- Si

E- Y estas diecinueve personas son sus hermanos y sus esposas.

P- Hermanos, sobrinos y cuñados, ahí entre todos cooperamos.” (Madre Jo_300813)

“ E - ¿Cuántos hijos tiene?

P – Tengo tres, una mujer y dos hombres

E – ¿Y en su casa cuántas personas viven?

P – Sólo mi hijo chiquito y yo...el más grande está trabajando en La Marquesa, tiene 19 y es guardia de seguridad, la mujer se casó y vive en Michoacán y yo me separé y me vine para acá con él...” (Madre Ju_290813)

En algunos casos, la poca cohesión familiar (comunicación, valores compartidos, interacción) se refleja con la violencia intradoméstica, en ocasiones expresada por el niño. También se muestra la falta de roles claros, donde el infante reconozca a un cuidador principal, quien le provea de reglas claras y consistentes.

“ P – Últimamente me ha pasado que me hija no hace lo que le encargo en la casa...Cuando estamos yo y ella solitas sí lo hace, porque yo le he enseñado y sabe que me voy a molestar, pero se queda con su papá (cuando yo voy a trabajar) y no quiere, no lo hace...desgraciadamente su padre es como un niño grande...” (Madre Ro_020913)

“ E – ¿Casi siempre estás con tu mamá?

P – A veces no, porque a veces se va a la secundaria o se enferma mi hermana y se va...a veces nos dejan encargadas con mi tía Rosita...y mi tía me lleva mi comida a mi cuarto cuando me pegan con mis hermanas...

E - ¿Y tu mamá sabe que te pegan?

P – Si... pero ellas le dicen a mi tía que le digan que yo esto, que yo lo otro...y entonces me voy a la otra casa con mi tía y mi media hermana...” (niño Sa_300813)

En las citas anteriores resalta la poca convivencia y comunicación entre los integrantes, la falta de cohesión que ello conlleva y la falta de figuras de autoridad. Esto último se observa con mayor claridad en el último discurso, en el que se manifiesta la falta de estructura y resulta difícil identificar a una figura que represente seguridad y resuelva sus necesidades. De forma contraria, en algunos casos los niños se sienten preocupados o responsables del cuidado de sus padres:

“E- Ok, ¿y qué opinas de que tu mamá tenga que trabajar en la noche?

P- Pues, a veces, me gustaría que trabajara de día para que estuviera con nosotros y no se cansara mucho y dormiría, porque se ha estado desvelando, porque nosotros tenemos que ir a la escuela...” (Niño Jo_110913)

“ P- Mi mamá no cocina porque antes ella tenía una enfermedad, en los pies, fue cuando mi hermana le dijo a mi mamá que se subiera a una bicicleta y allí se lastimó el pie.

E- Tu mamá se lastimó.

P- Y mis hermanas no le ayudan en nada yo era la que hacía la limpieza, hacía de comer, le daba de comer a mi mamá la llevaba a su cuarto, la atendía en todo, le daba su medicina y también mi tía me ayudaba”. (Niño Sa_300813)

“ E- Tu mamá ¿te pone tu lunch?

P- Sí

E- ¿No llevas dinero nunca?

P- Sí pero lo guardo.

E- ¿Qué le haces al dinero que guardas?

P- Lo ahorro y ya después lo gasto así como en ropa o en comida cuando mi mamá no tiene, nosotros le damos y así en varias cosas o cuando vamos al súper.

E- Ok, cuando van al súper también sacas de tu dinero y ¿qué compras con tu dinero en el súper?

P- Papel, de todo lo que compran, cereales, chocolate.

E- ¿Lo gastas en lo que tú quieres o lo que se necesita en la casa?

P- En lo que se necesita en casa “. (Niño JM_300813)

Estilos de crianza y experiencias previas de los padres

Como ya se ha mencionado, en México, las prácticas de crianza se entrelazan con una serie de vínculos cognitivos, afectivos y sociales caracterizados por la diversidad cultural de nuestro país. El ambiente familiar representa el lugar en donde se desarrollan los modelos de comportamientos a seguir a lo largo de la vida y esto se aprehende durante la crianza (120).

Las prácticas de crianza dentro del ámbito familiar, son las formas de interacción y comunicación entre padres e hijos y promueven la adquisición de actitudes, valores, normas y hábitos, conformando la educación que va formando al niño (120).

En este trabajo, se habló de los 4 estilos de crianza clásicos establecidos por Maccoby y Martin (1983): autoritario, autoritativo, negligente y permisivo (46) . Durante el análisis de las entrevistas realizadas se trató de identificar mediante la solución de situaciones hipotéticas el estilo de crianza que predominaba en cada madre de familia para determinar si las asociaciones que se establecen en la literatura entre ciertos estilos de crianza y la presencia de obesidad infantil (123), son verdaderas para la población en situación marginada de Santa Fe.

Sin embargo, al analizar los contenidos nos percatamos de que en la mayoría de los casos, con excepción de uno que fue claramente clasificado como autoritario, en esta población no existen los estilos de crianza puros, los padres tienden a combinar estilos dependiendo de la situación. Fue por esto que en este apartado agregamos las categorías de “Comunicación”, “Compensaciones para los niños” y “Condicionantes” para los fragmentos de diálogo que no concuerdan con ninguno de los estilos de crianza definidos en la teoría.

Con la categoría de “Comunicación” nos referimos a la manera en que los cuidadores se dirigen a los niños, y también a cómo perciben ellos que es la comunicación con los niños y el grado de atención que les ponen a sus sentimientos y emociones. Se indagó que es para los cuidadores una buena comunicación con los niños, lo que para ellos representa el simple hecho de hablar sin profundizar en los intereses y emociones de los niños sin ir más allá de preguntar por costumbre cómo les fue en la escuela.

“E- ¿Usted considera que tiene buena comunicación con sus hijos?

P- Sí siempre hablo con ellos, procuro no pegarles, ya cuando me hace mucho enojar pues sí, pero sí les tengo mucha paciencia” (Madre OI_300813)

“E- Y ¿como le enseñaría a hacer lo correcto?

P- Yo digo que hablando, yo creo que para todo mucha comunicación con ellos” (Madre Ve_170913)

Por el contrario, derivado de los diálogos de los niños se percibe que no hablan de sus problemas, emociones e inquietudes con sus cuidadores.

“E- De que platican.

P- Como nos fue en la escuela y que hace ella en el trabajo y ya.” (Niño Jo_110913)

“E- ¿Cuándo están juntos que hacen?

P- Cuando estamos juntos...los tres, casi no hacemos nada, a veces entre los tres hacemos el quehacer y ya”. (Niño Es_020913)

Al leer con atención los diálogos de los niños, es visible que la gran mayoría no platica con sus padres o cuidadores de los problemas que pueden llegar a tener en la escuela o de sus amigos, probablemente consideran que esto está fuera del ámbito familiar y en el caso de las experiencias en la escuela, es posible que identifiquen a los maestros con más autoridad.

“ E- ¿Y tú que hacías cuando te molestaban?

P- A veces le decía a la maestra, pero a veces la maestra no decía nada.

E- ¿Y a tu mamá le decías?

P- ...casi no.

E- ¿Porque no?

P- Porque decía que nada más era en la escuela” (Niño Am_300613)

Es importante señalar que en varios casos, tratándose de familias extensas o nucleares, los problemas de comunicación se dan entre los adultos y los niños reciben mensajes contradictorios. Es el caso de un cuidador que nos comenta los problemas para establecer límites a sus hijos debido a la falta de comunicación y acuerdos con el papá de los niños:

“P- ...desgraciadamente su padre es como un niño grande, así como esta, lo que le importa es que su hija sea feliz, jugando o viendo la TV, el piensa que es lo mejor. Lo que yo le dije es que desde chiquitos hay que darle una disciplina...” (Madre Ro_020913)

Para la categoría de “Compensaciones” se consideraron los discursos donde se refleja la angustia expresada por los padres o cuidadores por no poder dar a sus hijos la atención necesaria e incluso cosas materiales o comida debido a la falta de tiempo y de recursos económicos respectivamente. En consecuencia, adoptan conductas compensatorias con los niños, como pueden ser comprarles todo lo que quieran cuando se tiene el dinero, darles dulces o llevarlos a pasear el fin de semana, lo que de alguna manera simbólica pretende sustituir la atención o insumos materiales requeridos por los niños.

“E- ... usted tiene mucho trabajo, no ha podido pasar mucho rato con su sobrino, pero por eso cada vez que puede lo lleva a comer lo que le gusta y le lleva dulces, para que sepa cuanto lo quiere.

P-mmm, así le hago.

E- ¿Si lo ha hecho?

P- Si, porque luego estoy cargado de trabajo...luego me agarro un día y no voy a trabajar...que vámonos a comer o vámonos acá, nos vamos a pasear

E- Ok, y también dice que le lleva dulces.

P- Sí, cuando no tengo tiempo, porque luego me ocupan para dos o tres días y luego pierdo el contacto con el niño” (Madre Jo_300813)

“E- Bien, ¿le ha pasado algo similar (que les lleve cosas para que sepan cuánto los quiere)?

P- Si con mi hijo el grande, lo que pasa que anteriormente yo solo trabajaba para él, como él no es hijo del papa de ellos, yo todo le compraba todo lo que él quería” (Madre OI_300813)

Y en cuanto a la categoría denominada “Condicionantes” nos percatamos de que en muchas ocasiones para que los niños hagan lo que deben hacer, los cuidadores se basan en negociaciones ofreciendo algo muy deseado por el niño a cambio de cierta conducta deseada, por ejemplo comprarles un juego a cambio de que hagan las tareas, darles la comida que si les gusta a cambio de que prueben un poco de lo que se preparó en casa ese día o en otros casos quitarles algo que ya tienen, cómo videojuegos o celulares, hasta que cumplan sus quehaceres.

“P- Hay cosas que en este caso él pide, yo le diría vamos a hacer un trato, un tú quieres esto y esto yo te lo voy a cumplir pero ahora con una condición, yo quiero que me cumplas con tareas, que obedezcas a la maestra, y respetes a los compañeros si tu me cumples estas condiciones yo te cumplo las tuyas.

E- Le ha funcionado este tipo de...

P- Si, si me ha funcionado...no llegar a los golpes ni a regaños, yo le digo tu quieres esto yo quiero esto” (Madre Jo_300813)

“E- Luego pasando a otra situación, hay un niño de seis años que se niega a comer lo que le preparan en casa solo quiere galletas, nuggets con capsú y las papas, entonces ¿qué opina de la situación?

P- No le doy...si se come aunque sea poquito (la comida que hay) si le doy lo que quiere, sino no”. (Madre Ju_290813)

“P- O por ejemplo yo les digo este, si no recogen ahorita no les voy a comprar nada o no les voy a dar para gastar les digo” (Madre No_180913)

Además de lo anterior, se identificaron los 4 estilos de crianza clásicos, tendiendo más hacia los estilos negligentes y permisivos. La mayoría de los cuidadores en sus entrevistas mencionaron situaciones que concuerdan con el estilo autoritativo, sin embargo cuando se les pidió que dieran un ejemplo de las acciones de dicho estilo de crianza, resultó completamente diferente y no propician que el niño aprenda por medio de la reflexión, sino que hacen lo que se les pide como un trámite para obtener algo que quieren. Esto puede suponer que contestaron lo que creen se espera de ellos, o que no han sabido en realidad llevar el estilo de crianza autoritativo a la práctica.

En la literatura, los estilos de crianza que más se han relacionado con la presencia de obesidad en los niños son el autoritario y el permisivo (123, 124, 125), sin embargo en este estudio predominaron el negligente y el permisivo. Se decidió considerar como estilo permisivo a todos los diálogos en la categoría de “Condicionantes” ya que de una manera u otra el niño obtiene lo que quiere y no se ejerce la autoridad del cuidador.

“E- ¿Le ha pasado alguna vez algo similar, que no quieran comer algo que les prepare?

P- No, ellas todo se comen, a menos que sea algo no les hago, por ejemplo yo no les hago lentejas, dirían nunca me las has dado ¿porque quieres que me las coma?...ahí sí...ni como decirles” (Madre Be_290813)

“E- Ok, le voy a platicar una serie de situaciones. La primera es un niño de cinco años que les pide a sus papas que le compren dulces en el supermercado y cuando recibe una respuesta negativa hace berrinche, grita y se tira al piso. ¿Qué opina de esta situación?

P- De vez en cuando sí cumplirle sus caprichos, pero a la vez todos no, porque se mal acostumbran” (Madre Jo_300813)

“E - aha ¿y cómo le enseñaría usted a hacer lo correcto, a futuro?

P - ya que le regaño y regaño, y no entiende (risas) y así no, hay veces que luego le digo y que no quiere y no quiere, y tengo que subir corriendo para comprarle una gordita...le gustan las gorditas de queso” (Madre No_180913)

Aunado a esto, pudimos identificar en todos los casos que las experiencias previas que han tenido los padres o cuidadores en sus vidas son clave en los estilos de crianza que adoptan. Los cuidadores de los niños son conscientes de que sus acciones tienen repercusiones en los niños y esto les genera preocupación, por lo que muchas veces no saben como ejercer su autoridad.

Por ejemplo, hay temor de que durante la adolescencia el niño se torne rebelde o caiga en el consumo de drogas, también temen que si son demasiado estrictos se pierda el respeto o cariño por parte del niño, o que los regaños y castigos les ocasionen “traumas”.

“E- Estas consecuencias que usted mencionan ¿cuáles serían?

P- Por ejemplo, que cuando el niño no quiere hacer las cosas le pegan, lo maltratan al niño lo agarraría como psicológicamente contra los padres, de que mas grande puede que agarre las drogas, o cualquier otro tipo de vicio, y ya

cuando le quiera llamar la atención es imposible hacerlo...es imposible porque se va a revelar” (Madre Jo_300813)

“P- Pues mejor explicándole, negociando con ellos porque los niños son muy inteligentes y entienden, no necesariamente agrediéndoles o pegándoles, porque no nos lleva a nada, en lugar de tenernos respeto nos va a guardar coraje” (Madre OI_300813)

Así, se observó que en estas familias predomina la preocupación de los cuidadores por la mala situación económica y el no poder en muchas ocasiones darle a los hijos lo que requieren. Estas preocupaciones aunadas a las experiencias previas que han tenido a lo largo de sus vidas, los llevan a adoptar estrategias diversas para la educación de los niños en lugar de un solo estilo de crianza como se describe en la literatura.

En este caso la teoría no explica del todo la realidad de las prácticas. Se identificaron vínculos entre la falta de límites (estilo permisivo/negligente) y la presencia de obesidad infantil, no así entre el estilo de crianza autoritario como se ha propuesto en la literatura científica (124, 125).

Lo anterior puede ser atribuible al hecho de que de los cuidadores entrevistados sólo uno mostró tener un estilo de crianza predominantemente autoritario, lo cual nos hace pensar que la falta de estructura en la crianza de los niños es una constante en la población estudiada.

Además, los niños perciben la preocupación de sus cuidadores y en consecuencia sienten la necesidad de realizar tareas que corresponderían a los adultos, dejando en segundo plano sus necesidades afectivas y de comunicación. De acuerdo con Braden (2014) la perpetuación de las situaciones negativas pueden llevar a lo que se ha denominado como “comer emociones”, que es la tendencia a auto pacificarse con comida, que también se ha relacionado con la presencia de obesidad infantil y que pudiera ser un factor de riesgo para estos niños (126).

Conductas y hábitos relacionados a la alimentación

Dentro de las múltiples actividades realizadas en el espacio doméstico está la de hacer la comida, pero ésta no sólo implica la preparación de los alimentos. Incluye todo el proceso, desde quién aporta el dinero para comprarlos, la compra quien decide qué preparar, cómo prepararlo y cuando. Todas estas decisiones tienen implicaciones a corto, mediano y largo plazo sobre la salud de todos los integrantes de la familia.

La familia influye en la adopción de conductas alimenticias de varias formas: forma los primeros hábitos alimenticios y como primer ámbito de socialización establece patrones culturales y dietéticos en los niños.

Por lo general, las madres son las encargadas del proceso de compra y preparación de alimentos y, según diversos estudios, deciden el tipo de alimentación en función de lo que les gusta a ellas o sus parejas (27). Así mismo, las prácticas en torno a la comida, los horarios y las reglas a la hora de la comida son establecidos desde edades tempranas por la madre.

Lo anterior es relevante ya que de ello depende que el niño, cuando sea mayor, tenga una estructura y orden entorno al acto de comer. Desde lavarse las manos antes de sentarse a la mesa, hasta el orden en que se consumen los platillos. Igualmente establecen las reglas para cada tiempo de comida, por ejemplo si se puede hacer otras actividades como ver la televisión o no mientras se come y, no menos importante, con quien se come. Algunos estudios (127) revelan que los niños que comen con sus padres adquieren mejores hábitos alimenticios en comparación con aquellos que comen solos o con otros familiares.

En la mayoría de las familias entrevistadas, la madre es quien prepara las comidas, excepto en aquellas familias extensas donde la abuela es quien tiene esta tarea. En las familias nucleares, los papás son responsables de alimentar a los niños cuando la madre no tiene tiempo para hacerlo, rara vez se involucra a los niños en esta tarea:

“E- ¿Entonces la comida la hace su papá?

P- No, la comida la preparo yo para que almuercen, pero los días que no puedo, va a comer lo que le de comer su papá.” (Madre Ro_020913)

“E- Y tu abuelita ¿cómo es?

P- Buena gente, cuando mi mamá no está, cuando lleva a mi hermanita al doctor temprano nos da de desayunar, nos pone el agua para que nos bañemos y hace la comida.” (Niño Am_180913)

“E- Y a sus hijos les gusta preparar comida

P- Casi no entran a la cocina, porque luego se me juntan en la cocina y me da miedo de que vaya a pasar algo, todo lo hago yo” (Madre Ve_170913)

El estudio macro del que parte la presente investigación, a través de encuestas realizadas a padres de niños en edad escolar, encontró que el porcentaje de consumo más alto, con un 81% se atribuyó al agua natural, seguido por agua de fruta natural con un 75%, y en tercer lugar con 70% cereales para el desayuno, pan dulce, gelatinas, flan, paletas, congeladas y jugos de fruta. En contraste, los de menor porcentaje fueron pescados y mariscos, tacos, sopes, quesadillas, pambazos (108). En las entrevistas aquí descritas, los alimentos más mencionados fueron las preparaciones hechas a base de maíz, como enfrijoladas, sopes, tacos o enchiladas:

“E- OK, ¿y qué comes en un día normal?

P- Ayer comí huevo con longaniza, quesadillas

E- ¿Y en la cena?

P- Ceno a veces sopa (de pasta)” (Niño Jo_110913)

“E- ¿En la mañana que comen?

P- A veces un huevito con nopales, más chilaquiles o un sope, pero antes les doy un poco de fruta...” (Madre Ju_290813)

“E- ¿Y en la escuela llevan algo de comer?

P- Lo que pasa es que vende una de mis tía y ya ella les da sus tacos” (Madre No_180913)

Así mismo, contrario a lo encontrado con en las encuestas del estudio macro (108), en las entrevistas del presente estudio, a pesar de que las madres dicen dar a sus hijos agua simple potable, los niños reportan el consumo de aguas de frutas azucaradas o jugos pre envasados como principal bebida:

“E- ¿Y de tomar se lleva algo?

P- Si le pongo su agua, su botella de agua de limón” (Madre No_180913)

“P-...también compro aguas de sabor

E- ¿Cómo de qué?

P- Jamaica, tamarindo, de uva, de guayaba...” (Niño Es_020913)

“E- ¿Y de tomar?

P- Lo que me ponen, mi torta y mi jugo” (Niño JM_300813)

“P- El refresco no se lo puedo quitar pero trato de hacer agua de frutas natural” (Madre Be_290813)

“E- ¿de bebidas?

P- Jugo de naranja y agua de limón” (Niño Am_180913)

Sin embargo ambos resultados concuerdan con que los productos de origen animal son los de menor consumo, obteniendo en el estudio macro una media de consumo de 0.53, lo cual concuerda con lo reportado en las entrevistas, donde refieren que eran pocas las ocasiones en que consumían carne, pollo o pescado e incluso el huevo, debido al alto precio de estos productos:

“E- Y ¿qué es lo que comen normalmente?

P- Sopa, arroz, huevo cuando se puede, leche, fruta, pan, eso es lo que comemos, carne... casi no comemos carne...precisamente por la situación económica...”(Madre Le_100913)

“E- Y ¿en que ocasiones comes pechuga empanizada con espagueti?

P- Cuando mi mamá tiene dinero.

E- Cuando tu mamá tiene dinero es cuando comes eso, si no ¿qué comes?

P- Nos da enchiladas, chilaquiles, y así todo ese tipo de comida.” (Niño JM_300813)

Al ser alimentos que consumen con poca frecuencia se han convertido en los favoritos de los niños, sin embargo las preparaciones son predominantemente altas en grasas por tratarse de pollo o milanesas empanizadas y espagueti con crema o queso:

“E- ¿Cuál es tu comida preferida?

P- Espagueti con pechugas empanizadas

E- Y el espagueti ¿cuándo comes?

P- Cuando lo hace mi mamá.

E- Y ¿es seguido?

P- No” (Niño Ma_100913)

“E- ¿Y lo que más le gusta?

P- Lo que más le gusta son las maruchans, le gusta también el huevo y la salchicha” (Madre Jo_300813)

“P- Es espagueti y pollo lo que más les gusta” (Madre Ve_170913)

“E- ¿Qué es lo que más te gusta comer?

P- Lasagna

E- ¿Y si la comes con frecuencia?

P- No, casi no” (Niño An_300813)

“P- ¿De comer, como de comida?

E- Sí en general

P- ¡Albóndigas!, que rico” (Niño Da_300813)

Es importante señalar que en la mayoría de los casos la comida favorita que reportan los niños no concuerda con la comida favorita descrita por sus cuidadores. En general, las madres refieren que a sus hijos les gusta comer ensaladas, pollo asado y frutas con chilito, algunas admiten que sus hijos tienen predilección por los tacos, las frituras o pasteles pero hacen énfasis en el control que tienen de esas comidas. Otras madres, al parecer, no tienen problema en que el niño consuma esos alimentos pero dicen que no lo hacen porque no tienen dinero.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el estudio macro (108) a partir de la frecuencia de consumo de alimentos, señalan que el consumo promedio de frutas y verduras es de 63% mientras que el de alimentos preparados, los cuales incluyen sándwiches, tortas, tacos, enchiladas, pambazos y demás comidas compuestas, fue de 46%. En las entrevistas se identificó que el consumo de frutas y verduras de las familias es mucho menor de lo reportado en las encuestas y la base de su dieta habitual consta de preparaciones de alimentos con altos contenidos de grasa, como son los tacos de guisado, los tlacoyos, las tortas y las enchiladas, por lo que la calidad nutrimental de su dieta se considera mala de acuerdo a los estándares clínicos establecidos en la NOM 043, así como en las recomendaciones internacionales de la Academia de Nutrición y Dietética (antes la American Dietetics Association por sus siglas en inglés) (128,129).

Crecimiento y desarrollo infantil

Otro de los aspectos que consideramos de gran importancia para comprender a la obesidad infantil desde la realidad de estas familias son las creencias que tienen las madres sobre lo que consideran un crecimiento y desarrollo normal en los niños.

Diversos estudios señalan que las madres de niños con sobrepeso y obesidad por lo general subestiman el peso de su hijo; según Eckstein et.al. (130) del 32.1% al 87.5% de madres de niños con sobrepeso y obesidad no perciben el peso real y consideran el peso de su hijo como normal. Lo anterior podría

aumentar hasta 4.5 veces el riesgo de un niño de convertirse en un adulto obeso (131).

Las creencias y percepciones de las madres respecto al crecimiento de sus hijos resultan cruciales, sobre todo cuando se pretende involucrarlos en un programa de prevención o tratamiento de la obesidad infantil, dado que no se puede tratar un problema que para ellas es inexistente.

En este sentido, a la mayoría de las madres no les preocupa demasiado el hecho de que sus hijos tengan sobrepeso, ya que piensan que cuando crezcan esto va a desaparecer y también creen que tiene relación con la estatura de los padres:

“E- ¿Considera que su hijo tiene problemas de peso?

P- Sí, yo siento que sí, mi hijo al nacer peso 4.300 y yo lo veía el más gordito de todos los del cunero, híjole me decían - tu hijo este súper gordo- pero me dijeron que era normal porque la mamá era alta y el papá también” (Madre OI_300813)

“P- ...ella me dice que se siente bien, si le vemos un poquito de pancita ¿verdad? Pero no creo que tenga que bajar de peso” (Madre Ve_170913)

Para indagar si las madres creen que es normal que los niños tengan sobrepeso, se les preguntó si consideran que esto es un problema de salud, a lo que la mayoría contestó que sí, sobre todo por que creen que imposibilita la actividad física de los niños y sobre todo los hace más propensos al bullying.

“ E- ¿Usted que opina de que estén pasaditos de peso?

P-pues que está mal ¿no? porque el mal es para los niños

E- mhm...

P- em bueno también para uno pero más para ellos, porque tanto ahorita como está el bullying...y tanto ellos que no puedan correr, no puedan hacer ejercicio y todo eso

E- aha...

P- está mal” (Madre No_180913)

“E- mhm ok, y ¿usted cree que la obesidad infantil es un problema de salud?

P- pues sí, porque les afecta en todo, no pueden correr, no se pueden agachar, no sé, es muy triste la verdad, es muy triste porque yo lo he visto” (Madre Ju_290813)

“E- Usted considera que la obesidad infantil es un problema de salud

P- Si

E- ¿Por qué?

P- Porque de esto viene muchas enfermedades para los niños difícil de tratar” (Madre Ve_170913)

A pesar de que este tema no se habló mucho durante las entrevistas, resulta evidente que sin importar que las madres consideren que la obesidad sí es un problema de salud, creen que en muchos casos es hereditario y al parecer no lo reconocen de la misma manera en sus propios hijos:

“E- ...bueno no se lo había preguntado, pero ¿usted cree que su hija tiene sobrepeso? ¿su hija le ha dicho alguna vez algo?

P- No, y no me dice de que se canse o algo así, no.” (Madre Ve_170913)

“P- Los ves (gorditos) y una de dos tienen malos hábitos de alimentación o no hacen ejercicio, o su cuerpo ya es así por herencia también”. (Madre Ju_290813)

“E- Ok, ¿y cree que la obesidad infantil es un problema de salud?

P- En parte sí.

E- ¿Por qué?

P- Porque hay muchos que son gorditos pues, pero otros no tienen cuidado en sus horas de comida, hay que comer sólo lo necesario y no comer más”. (Madre Jo_30 0813)

“P- ...dijeron algunas mamás nuestros hijos no están gordos, eso aparte como que las cohíbe, pero realmente no saben que onda no estamos informadas”.
(Madre Be_290813)

“P- Pues no se si haya una cancha para que jueguen futbol o básquet...que se integrara un grupo de los que están un poco pasaditos de peso, mi hijo no esta pasado de peso pero según me dijo la doctora de la delegación que tiene obesidad, entonces un grupo de esos para que jueguen una hora así se sientan motivados” (Madre Ju_290813)

“P- Yo creo que para la niña si necesitaría algo para que también pues bajara de peso, yo creo que no tiene mucho sobrepeso...la lleve a un doctor y me dijo que estaba bien de peso, pero tiene pancita” (Madre Ve_170913)

Esto último concuerda con los resultados de un estudio realizado en madres de niños con obesidad en el Reino Unido, en el que se observó que las madres que presentaban sobrepeso u obesidad eran menos propensas a clasificar con obesidad a sus hijos a pesar de demostrar preocupación porque pudieran tener problemas de peso en el futuro (132).

Derivado de estos diálogos, nos percatamos de que las madres no saben como actuar frente a la obesidad de sus hijos y no manifiestan que esto sea un problema prioritario en sus familias, probablemente sea esta una de las razones por la cual ninguna de las madres entrevistadas ha buscado algún tipo de tratamiento o programa para la obesidad de sus hijos.

Hábitos y costumbres

Regularmente, quien fija el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación es la madre, y éstos están determinados por los valores y costumbres en los que ella se crió, así como por factores externos como son el nivel educativo, la solvencia económica, la disponibilidad de alimentos, sus creencias y las normas e interacciones sociales de la misma (27).

Los hábitos y costumbres alimentarias de las familias entrevistadas se han visto afectados por dos razones principales: la falta de recursos económicos, por lo que no siempre pueden comprar todo lo que necesitan o todo lo que les gustaría comer, y por la falta de tiempo de las madres tanto para dedicarse a la preparación de alimentos como para asignar un tiempo y espacio para realizar las comidas con todos los miembros de la familia, aunque refieren que sí tratan de hacerlo:

“P- Pues horario no, voy por mi hijo a las dos y regreso a terminar de guisar, luego mi hijo el de la secundaria llega 3:30 y hacemos la tarea y hasta la noche se merienda todos juntos” (Madre OI_300813)

“P- Los viernes, sábados y domingos no alcanzo a hacer comida porque son los más pesados...llego a preparar que el sándwich, o sea cosas rápidas porque de verdad no me da tiempo...y entonces ellos se van a comer a la calle y son de puros tacos” (Madre Ro_020913)

Estos niños tienen turno vespertino en la escuela, por lo que sí desayunan en sus casas, sin embargo no son desayunos completos y aportan grandes cantidades de azúcar o grasa, en muchas ocasiones desayunan lo que quedó de la comida del día anterior, al igual que las cenas. Lo anterior resulta importante ya que se ha señalado que la prevalencia de obesidad disminuye a mayor número de comidas y cuando se realiza un desayuno completo habitualmente, incluyendo alimentos con alto contenido de fibra, granos enteros, frutas y lácteos descremados (133,134).

“E- Ok y por ejemplo ¿los desayunos y las cenas cómo son?

P- En casa

E- ¿Y más o menos que es lo que comen?

P- Café y pan para que no se recargue el estómago, más en la cena, en el desayuno unos huevitos o salchichas, dependiendo de lo que haya sobrado (de la comida)” (Madre Jo_300813)

“E- ¿Cómo es el desayuno y la cena?

P- Que comemos, si hay dinero compro pan y café, y ya igual en la mañana es lo que desayunamos” (Madre Le_100913)

A pesar de que las madres reconocen que la responsabilidad de alimentar adecuadamente a los hijos recae en ellas, se observó que las madres no son muy estrictas sobre la calidad nutricional de los alimentos proporcionados a los niños, sino que buscan complacerles con tal de que coman algo.

“P-...me hace más berrinche con la comida, como acá casi todo lo que hay de comer es muy light luego no le gusta y le tengo que hacer quesadillas...yo le digo que no puede vivir de quesadillas pero él sólo quiere quesadillas...”(Madre Ju_290813)

“P- Yo les pongo la comida, hay veces que si quiere desayuna, si no, no y ya luego ya le tengo que estar buscando que coma, por ejemplo si no hay nuggets, tiene que haber sándwich o tengo que subir corriendo a comprarle una gordita de queso, porque por más que le digo no come” (Madre No_180913)

En cuanto al tipo de alimentos que consumen, número de comidas por día y con quién realizan las comidas, las observaciones más relevantes se centran en que todos los niños desayunan y comen antes de irse a la escuela, ya sea en compañía o solos. Las madres tratan de mandarles un refrigerio a la escuela, por lo general reportan que este consiste en fruta y agua o una torta, fruta y agua y/o jugos embotellados. Cuando eso no es posible, lo cual ocurre con frecuencia, les dan dinero (la mayoría reportó darles aproximadamente 10 pesos).

“E- Ok, y a parte de eso en la escuela ¿qué comes?

P- Lo que me ponen, mi torta y mi jugo

E- ¿No llevas dinero nunca?

P- Sí, pero a veces lo guardo” (Niño JM_300813)

“E- ¿Cómo qué compras en los puestos?

P- Cuando llueve traen atole y está muy rico el atole...cómo me da 10 pesos mi papá me compró varios..." (Niño Es_020913)

"E- ¿Y qué comes en la escuela?

P- Lo que vendan, tacos, fruta, chucherías

E- ¿Llevas dinero...?

P- Sí

E- ¿Nunca llevas lunch de tu casa?

P- A veces, un sándwich, una fruta y agua" (Niño Br_170913)

Además, los niños que llevan lunch de sus casas y a parte dinero dijeron que por lo general consumen tanto lo que les manda su mamá como lo que pueden comprar en la cooperativa escolar, duplicando la ingesta en este tiempo de comida:

"E- ¿Y qué te gusta comer en la escuela?

P- Papas, yogurt

E- ¿Lo llevas de tu casa o lo compras?

P- Lo compro, mi mamá me da 10 pesos, y a parte llevo lunch

E- ¿Y qué llevas?

P- Sándwich, yogurt y manzana

E- ¿Y te acabas todo?

P- Sí" (Niño Ur_110913)

"E- ¿Y qué compra por lo general? (refiriéndose al niño)

P- Él se compra, dice que compra su pizza, su agua o su boing...aha, y ya en el segundo receso nada más se compra un boing y unas galletas o así" (Madre No_180913)

Al salir de la escuela llegan a comer de nuevo a sus casas y algunos, sobre todos cuando la madre trabaja por las noches, meriendan antes de irse a dormir. Es importante destacar que muchas de estas comidas los niños las realizan en solitario o con otros miembros de su familia como son abuelas y

tías, son pocas las madres que sí se sientan a comer con sus hijos, esto es debido a la falta de tiempo o a que el trabajo no se los permite.

Así, se pudo observar que a pesar de que ninguno de los niños manifestó una marcada preferencia por alimentos dulces, productos de bollería, repostería, comidas rápidas, bebidas azucaradas o frituras, todos tienen numerosas oportunidades de alimentarse por sí mismos a lo largo del día, lo que favorece la sobreingesta energética.

Estas ocasiones son más marcadas en los niños cuyas madres trabajan durante la noche, pudiendo ingerir alimentos sin limitación alguna cuando se despiertan y la mamá sigue dormida porque llega en la madrugada del trabajo, cuando despierta la mamá y les da de desayunar, en la comida antes de irse a la escuela, en el recreo de la escuela, saliendo de la escuela y durante la merienda o cuando la mamá se va a trabajar.

Aún cuando ellos mismos y sus madres reportan tener la oportunidad de comer en las ocasiones arriba mencionadas, no las toman en cuenta como comidas estructuradas, así, cuando se les pregunta cuantas comidas realizan al día la respuesta unánime es tres.

Experiencia de las familias y los niños con obesidad

Es bien sabido que la obesidad infantil acarrea una serie de comorbilidades que repercutirán en la salud y desarrollo del niño, aumentando el riesgo de mortalidad temprana. Pero estas consecuencias no se limitan al ámbito físico, también el estado de salud mental del niño se ve afectado y en muchas ocasiones pudiera contribuir a perpetuar el estado de obesidad al interferir con el tratamiento de la misma si se deja de lado (135).

Por ello, al hablar de la experiencia que han tenido estas familias, se decidió abordar a modo de subtemas las percepciones de los padres, la valoración corporal, socialización y emocionalidad de los niños a partir de la obesidad infantil.

Cuando se trata de obesidad infantil, es importante tomar en cuenta también las percepciones de la familia al respecto, ya que siendo el niño un ser dependiente de otros, las decisiones y las acciones emprendidas dependerán de sus padres o tutores.

Estos niños son más propensos a sufrir ansiedad que los niños de peso normal, esto se debe a que son más propensos a sufrir de acoso y ridiculización, lo que los lleva a tener experiencias de vergüenza y aislamiento constantes. Estas experiencias con frecuencia se trasladan hacia la familia, quienes también son propensos a sufrir ansiedad por lo que pueda pasarle al niño (136).

Además, para el tratamiento la implicación de los padres es primordial, ellos y el resto de la familia desempeñan un papel clave en la promoción de preferencias y aversiones alimentarias y en el establecimiento de hábitos de actividad física, los cuales perduran en la vida adulta (136).

Si bien, los padres entrevistados reconocen que “otros” papás son responsables de la obesidad en sus hijos, no lo manifiestan así cuando hablan de su propia situación. Además en ningún de los casos se ha buscado algún tipo de ayuda o tratamiento, e incluso en los casos en los que los niños han tenido experiencias negativas en la escuela o en sus mismas casas, la familia en sí se encuentra ajena a ello.

“E- Le voy a enseñar una imagen le voy a pedir que la analice y luego le voy a hacer una preguntas, esta es una pintura que se llama “La Familia” de un pintor que se llama Fernando Botero...Me puede describir la imagen con sus palabras, ¿Qué opina de esta imagen? ¿Que ve en ella?

P- Que todos están gordos, desde la mamá, el papá y los hijos están gordos, porque si ella esta así obviamente que todos van a estar en el mismo vínculo

E- ¿Si la mamá esta así?

P- Me refiero a que todos están gordos, como ella está así y lo que hace de comer lo hace para todos” (Madre Le_110913)

“E- En la imagen, ¿por qué cree usted que los niños también tengan ese problema (obesidad)?

P- como que los están inculcando a comer, los niños hacen lo mismo que los papás.

E-¿Cree que los niños imitan a los papás?

P-Sí” (Madre Jo_300813)

Además, las madres entrevistadas naturalmente no acostumbran consultar tablas de crecimiento o a especialistas en el tema para determinar si sus hijos tienen problemas de peso o no. Generalmente se dan cuenta de ello cuando el niño o niña empiezan a ver la ropa más ajustada, tienen “pancita” o en menos casos, cuando son molestados por otros niños.

Lo anterior, también es un factor predictivo del éxito que pueda tener un tratamiento para la obesidad infantil, debido a que dichas experiencias, estén ellos conscientes de las implicaciones de las mismas en su vida diaria o no, también determinarán las percepciones, actitudes y emociones en torno al padecimiento.

Percepciones sobre la obesidad infantil

Como ya se mencionó y dado que la intención del presente trabajo es contribuir a desarrollar un programa familiar para el tratamiento y la prevención de la obesidad infantil, las percepciones que tienen tanto las madres como los niños son de gran interés para la comprensión de sus prácticas.

En esta categoría agrupamos los siguientes temas: reconocimiento de la obesidad infantil, causas y consecuencias de la obesidad infantil y posibles soluciones para la obesidad infantil.

Para el reconocimiento de la obesidad, se les preguntó a las madres al inicio de la entrevista, y como parte de la ficha de identificación, primero si creían que ellas tuvieran algún problema de salud y segundo si alguno de sus hijos tenía

problemas de peso, sin definir si este problema de peso se trataba de un ligero sobrepeso o de obesidad.

A estas preguntas la mayoría respondió afirmativamente, muchas de las madres entrevistadas tenían sobrepeso u obesidad y así lo reconocieron, y en cuanto a sus hijos la mayoría afirmó que sus hijos tiene problemas de peso (se refieren a esto como “tener pancita”, “estar llenitos”) y en la mayoría de las familias más de un hijo lo presenta, aunque no pasa así con la obesidad. Es decir, reconocen cuando los niños presentan exceso de peso pero el término obesidad no es bien aceptado aunque en efecto la padezcan.

“E- Y de sus hijos cuantos tienen problemas de peso.

P- Los dos hombres” (Madre Ju_290813)

“P- Tengo 3 (hijos), todos hombres.

E- De ellos ¿cuántos tienen problema de peso?

P- Dos” (Madre OI_300813)

“P- (Yo le digo) a mi hija que no va a querer estar como yo, que si estoy pasada de peso pues...” (Madre Ve_170913)

“P- ...a mí si me gusta hacer ejercicio, antes daba clases de zumba, y ahorita ya subí (de peso) pero con el trabajo no tengo tiempo” (Madre Ro_020913)

Además, nos interesaba conocer el grado de reconocimiento que tienen del problema, por lo que en una parte de la entrevista se les presentó la imagen de “La Familia”, del pintor español Fernando Botero, y se les pedía que la describieran y dijeran si identificaban algún problema, siendo la obesidad la respuesta principal.



*Imagen presentada durante las entrevistas para la descripción de percepciones y creencias entorno a la obesidad infantil. "La Familia" de Fernando Botero.

"P- pues diría este que están pasaditos de peso ¿no?" (Madre No_180913)

"E- ¿Identifica algún problema en especial en los niños de la imagen?

P- Es el sobrepeso" (Madre Ve_170913)

"E- Por ultimo le voy a enseñar una cuadro se llama "La familia" ¿qué es lo que ve a grandes rasgos?

P- Es una familia de cinco, pero que todos son gorditos" (Madre OI_300813)

"E- Ahora vamos a pasar a la etapa tres, le voy a enseñar una imagen de una familia ¿como describiría la imagen?

P- Que es una familia obesa, desde la mamá hasta el más chiquito" (Madre Be_290813)

Con lo anterior, fue posible notar que las madres son capaces de reconocer la obesidad en otros niños y que lo perciben como un problema de salud importante, sin embargo al cuestionarles en concreto si consideran que su hijo tiene obesidad cambia su percepción.

Es importante señalar que los niños que se entrevistaron en este estudio tenían un IMC mayor a la percentila 85-90, lo que los clasifica como obesidad y

sobrepeso para aquellos que se mantienen todavía en la percentila 85 según los criterios de clasificación de la OMS (137). A pesar de esto, la mayoría describen a los hijos como “rellenitos”, “con pancita” o “pasaditos”, parecen justificarlo o dan una respuesta que las excluye de responsabilidad ante el peso de sus hijos:

“P- (sería bueno) ...que se integrara un grupo de los que están un poco pasaditos de peso, mi hijo no esta pasado de peso, pero según me dijo la doctora de la delegación que tiene obesidad, entonces un grupo de esos para que jueguen una hora así se sientan motivados...” (Madre Ju_290813)

“E- ¿Y con sus hijos también le gustaría algo, o algún servicio para ellos?

P- Yo creo que para la niña sí para que también bajara de peso, yo creo que no tiene mucho peso de más pero si tiene pancita” (Madre Ve_170913)

“P- (si le digo que no coma porquerías pero) yo también me canso, que más quisiera yo también hacer ejercicio o irme al gym en lugar de hacer comida, les digo entonces si ustedes no me ayudan yo tampoco los voy a ayudar, y si les gusta comer chatarra que agarra tus vales y vete a comer lo que quieras” (Madre Ro_020913)

A los niños también se les presentó la imagen de la pintura de Botero y les pedíamos que nos contaran qué veían en esa imagen y que imaginaran la historia de esa familia. En esta parte podíamos determinar si los niños reconocían el sobrepeso y la obesidad en otras personas y si los consideran problemas o no.

“E- Ok, pláticame, ¿qué pasa con esta familia?

P- Está muy gorda” (Niño Am_180913)

“P- ...todos están subidos de peso...el bebe, la niña, el papá, la mamá y hasta el perrito” (Niño An_300813)

“P- Son niñas ¿no?

E- Ok, y ¿cómo son estas niñas?

P- Como que se ven un poco obesas” (Niño Jo_110913)

Así mismo, tanto mamás como niños son capaces de mencionar las causas y consecuencias más difundidas del problema, identificando como causas primarias más mencionadas la mala alimentación y el sedentarismo:

“P- Sería la mala alimentación de casa, estamos acostumbrado a la comida rápida la sopa maruchan o ya cómete esas papas...de ahí viene la mala alimentación” (Madre Be_290813)

“E- Porque creen que están así

P- Por la vida que llevan, por lo que comen, por el sedentarismo la tranquilidad ellos así viven no les importa.

E- ¿Por qué cree que pase esto con los niños en la actualidad?

P- Por el tipo de alimentación que le da su mamá, porque todo fluye en una persona porque ella es la que hace la comida, es la que sirve, pues la que tiene la culpa es la mamá, que les dan de comer lo que ellos quieren” (Madre Le_100913)

“E- ¿Por qué cree que suceda este problema?

P- La mala alimentación” (Madre OI_300813)

La diferencia entre las respuestas de las madres y sus hijos, es que las primeras hablan de una mala alimentación en términos del tipo de alimentos que se consumen y los segundos se refieren más bien a la cantidad de alimentos ingeridos sin importar la calidad nutrimental y la falta de ejercicio:

“E- Pero ¿por qué crees que estén así?

P- Porque comen mucho” (Niño Am_180913)

“E- ¿Por qué crees que estén gorditos?

P- Porque no hacen ejercicio” (Niño Br_170913)

“E- Ok, entonces esta familia tiene un problema de obesidad, y ¿por qué crees que tengan este problema?

P- Porque comen mucho” (Niño JM_300813)

“E- ¿Y por qué esta muy gordita?

P- Porque no hace ejercicio, o así es su peso” (Niño Es_020913)

“E- ¿Cuál es el problema que tiene la familias?

P- Que comen mucha comida” (Niño Sa_300813)

Al indagar un poco más, hubo algunos que como otras causas mencionan el papel de la herencia, a otros trastornos de la alimentación, el círculo social en el que se desenvuelven y al ejemplo que le dan los padres a sus hijos:

“E- ¿Cree que aparte del tipo de comida tenga otras causas?

P- Las amistades también porque luego te dice vente vamos a comer esto, aparte de la mamá o donde comas también influye es un circulo, porque si nada mas comes es tu casa pues tantán, pero si no solo comes en tu casa porque comes en la calle porque no tienes otra forma de hacerlo obviamente que te vas a enfermar del estómago porque no estas acostumbrada, podría ser así” (Madre Le_100913)

“E- Pero ¿cuál cree que sea el origen de que toda la familia tenga obesidad?, ósea ¿cómo cree que paso esto?

P- Me imagino que puede ser herencia o tienen bulimia o ¿cómo se llama cuando comen mucho? De que comen y comen y siguen con hambre” (Madre Jo_300813)

“E- Ok, ¿porque cree usted que los niños también tengan ese problema?

P- como que los están inculcando a comer, los niños hacen lo mismo que los papas.

E- Ok, ¿cree que los niños imitan a los papás?

P-Si” (Madre Ve_170913)

“ E- Ok, le voy a enseñar esta imagen es un cuadro de Fernando Botero de una familia ¿Qué es lo que ve?

P- Pues, una familia con mala alimentación, aquí que los papás se la contagiaron a sus hijos y ellos están gorditos...a parte también son como genes...” (Madre Ro_020913)

La relación entre las conductas alimentarias de los padres y el IMC en sus hijos es sin duda compleja, sin embargo lo anterior es consistente con varios estudios (138,139,140) en los que se ha observado que los padres ejercen una gran influencia sobre los gustos y preferencias alimenticias de los niños, así como en la cantidad de comida que consumen y la estructuración de las comidas (incluyendo el ambiente social de éstas).

Además, se obtuvo información sobre lo que las madres consideran que ha favorecido el que la gente tenga malos hábitos alimenticios, mencionaron la falta de tiempo para cocinar, el que las mamás trabajen, las comidas en la calle, incluso depresión y los problemas económicos:

E- Ok, cree que el problema se deba al exceso de comida que usted menciona o hay otros factores.

P- No sería tanto la comida, sino un problemilla económico o dependiendo.

E- Por ejemplo... ¿podría ser un poco más específico?

P- Alguna deuda que no pudieran pagar, de ahí también o luego si tienen (dinero) pero prefieren gastarlo en otras cosas que en comer, yo me imagino eso.

E- ¿Y cree que eso pudiese desencadenar que tengan obesidad?

P- Si” (Madre Jo_300813)

“E- ¿Y cree que suceda igual por la mala alimentación?

P- Pues sí, porque los papás están todo el día trabajando, no guisan comen en la calle eso implica mucho” (Madre OI_300813)

“E- ¿y por qué cree que sucede por ejemplo que sólo coman afuera y acostarse a ver la tele?

P- Pues muchas veces porque tienen problemas ¿no? hay veces que cuando tienen problemas es por eso, que pues como que se deprimen ¿no?

E- mhm...

P- Y hay veces que cuando se deprimen pues piensan na'más en comer o así"
(Madre No_180913)

Como consecuencias de la obesidad, las madres señalan los problemas cardiacos y problemas de movilidad, a diferencia de los padres, los niños si mencionaron entre las consecuencias a la diabetes. Esto también se señala en un estudio cualitativo que se realizó en niños de Estado Unidos de entre 9 y 14 años (141):

"P- Esto puede causarle un paro cardiaco, o todo lo del corazón, porque luego se tapan las arterias por tanta grasa" (Madre Jo_300813)

"E- ¿Y por qué cree que sucede esto que no se puedan mover tanto?

P- Porque su propio peso...porque se fatigan mucho y no se si les pueda dar un infarto" (Madre Ro_020913)

"P- ...De esto viene muchas enfermedades para los niños difícil de tratar"
(Madre Ve_170913)

"E- Crees que tengan algún otro problema.

P- No sé...problemas en el corazón" (Niño Br_170913)

"E- ¿Y qué les pasa con la obesidad?

P- Se vuelven diabéticos y después si comen más se mueren" (Niño Da_300813)

"P- Es una familia que tenía problemas de obesidad y que su papá no podía trabajar porque si cargaba mucho se le podía salir una hernia o le podría dar un infarto, que a la mamá no se podía mover de su lugar porque tenia el mayor problema de obesidad, el niña la mas chiquita que tiene en sus piernas no podía caminar le tuvieron que apuntar los pies, la de rosita

E- ¿La mediana?

P- Si, la tuvieron que poner en sillas de ruedas y la mas grande la tuvieron, ella estaba un poco mejor pero no podía caminar tanto porque si no se cansaba muy rápido

E- Se cansaba muy rápido, ¿Por qué?

P- Por el problema de obesidad” (Niño JM_300813)

Cabe mencionar que a los niños no se les preguntó directamente cuales eran las consecuencias de la obesidad, si no que a partir de la pintura de Botero ellos contaban la historia de esa familia y en esto incluían lo que les pasaba a sus miembros. Por otro lado, es importante señalar que para las madres las consecuencias más importantes incluyen factores emocionales y de salud mental como son el bullying y la depresión:

“E- Ok. ¿Identifica alguno problema especialmente con los niños?

P- Que no se pueden mover, que no puedan jugar varias actividades, y que van hacer unos niños rechazados. Lamentablemente vivimos una vida que hoy tú no porque estas gordito y no los involucran en sus actividades” (Madre Ro_020913)

“P- ...ya ve que ha salido lo del bullying aunque eso siempre ha existido, las agresiones que ellos mismo se hacen, que son muy fuertes y muy dolorosas...” (Madre Be_290813)

“P- Pues, que se ven tristes, o están cansados no se ven alegres.

E- ¿Y porque creen que se ven tristes o cansados?

P- Pues yo creo que es lo que ocasiona el sobrepeso les da flojera hacer todo quieren estar solo dormido, como que siempre tiene sueño” (Madre Ju_290813)

“P- Como se dice cuando no puedes hacer las cosas, es desilusión

E- ¿Y eso como que generaría?

P- Tristeza, porque no puedo, me cuesta trabajo, no lo se hacer

E- ¿Cree que toda la familia pueda tener este sentimiento?

P- Yo creo que si, es mutuo, bueno a lo mejor si yo sufro tristeza a lo mejor usted no lo tenga, pero en realidad si todos están gorditos obvio que no lo pueden hacer” (Madre Le_100913)

Existe poca evidencia sobre las consecuencias que las madres identifican de la obesidad infantil, sin embargo esto mismo se observó en un estudio realizado con madres de bajos recursos, donde a pesar de no clasificar a sus hijos con obesidad manifestaban preocupación por el peso de sus hijos en relación a su bienestar emocional (142).

Teniendo en cuenta que identificaron como causas principales de la obesidad infantil a los malos hábitos alimenticios y la falta de actividad física, las soluciones que proponen tanto los niños como sus madres van encaminadas a mejorar estos factores.

“E- Y por último ¿qué piensa que pueda hacer esta familia para solucionar su problema?

P- Más bien seria someterse a una rigurosa dieta, hacer ejercicio, me imagino como a terapias para saber que es lo que tienen hacer, y les indique que es lo que tienen que hacer para bajar de peso” (Madre Jo_300813)

“E- ¿Y qué cree que se pudiera hacer para solucionar el problema?

P- ...hacer una plática para enseñar que es lo que se tiene que comer o más bien dicho explicarle que se tiene que comer y como se debe de hacer...” (Madre Le_100913)

“E- ¿y qué haría en ese caso o qué les recomendaría a esta familia?

P- Pues que comieran en su casa unas verduras que, que hicieran ejercicio ¿no? que es bueno caminar” (Madre No_180913)

“E- ¿Cómo crees que pueden solucionar su problema?

P- Haciendo ejercicio y comiendo bien” (Niño JM_300813)

“E- ¿Cómo crees que pudiera resolver este problema la familia?

P- No comer, no tomar refresco, no comer cacahuates, dulces porque provocan obesidad” (Niño Sa_300813)

Dado que algunas madres mencionan a la tristeza como una consecuencia de la obesidad infantil, les preguntamos también que podría servir para solucionar esto, proponiendo principalmente la realización de ejercicio y actividad física como un medio distraerlos y mejorar el estado de ánimo de los niños:

“P- Pues igual me imagino que, sacarlo a caminar, dar una vuelta aunque sea a la tienda, al cine, para que se distraigan y no tengan eso, más que nada y tengan esas consecuencias también en su organismo y que les afecte en algo, y les suceda algo también” (Madre Jo_300813)

“E- ¿Y los niños para que estén menos tristes?

P- Jugar con ellos, porque mi hijo cuando apenas me lo traje extrañaba el campo y me ponía a jugar con él o nos íbamos al parque y ya se le olvidaba...yo digo que con eso se les olvida, como uno cuando tiene muchos problemas solo se pone a trabajar y todo se olvida haciendo una u otra cosa” (Madre Ju_290813)

“E- usted mencionó que la misma obesidad les causaba tristeza, ¿cómo se manejaría eso, o qué soluciones propondría?

P- Pues tratar de ayudarlos para que pudieran bajar de peso, pero yo digo que una persona así ya es muy difícil” (Madre Le_100913)

Uno de los niños entrevistados también mencionó el juego como una distracción para tener un mejor estado de ánimo:

“E- ¿Y qué crees que hagan?

P- Que jueguen un ratito para que sean más felices” (Niño Am_180913)

De las citas anteriores, se puede decir que en general tanto madres como niños identifican como las causas principales de la obesidad infantil a los malos hábitos alimenticios y la falta de actividad física, además las madres

identificaron otras causas también encontradas en la literatura (143) relacionadas al problema, como son: la falta de tiempo, el que ambos padres trabajen, la falta de conocimientos sobre nutrición, su círculo social, comer en la calle y los problemas económicos son factores que influyen en sus hábitos alimenticios.

Llama la atención que ninguna de las madres menciona como consecuencia de la obesidad infantil a la diabetes y otras enfermedades crónicas, mientras que los niños sí mencionaron esta enfermedad e incluso consecuencias como amputaciones y el riesgo de mortalidad.

Es probable que las madres no estén informadas o no crean que las enfermedades como Diabetes o Hipertensión puedan desarrollarse en los niños con obesidad y por ello no les preocupen estas consecuencias, mientras que los niños al recibir esta información en la escuela son más conscientes de ello.

En cuanto a las soluciones propuestas por madres y niños, fueron encaminadas a mejorar los hábitos alimenticios y aumentar la actividad física, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura científica (144). A pesar de que las madres sí identificaron consecuencias emocionales y de salud mental fueron pocas las soluciones propuestas para el manejo de estos factores, siendo la principal la realización de actividades recreativas como juegos y paseos para que los niños se olviden de las experiencias y emociones negativas.

Sensaciones corporales y valoración corporal (Psicomotricidad)

En los niños también se indagó si ellos perciben que tienen sobrepeso u obesidad pero se hizo de manera diferente a como le preguntamos a los adultos. Sabiendo que es un tema que ha provocado rechazo y que estos niños probablemente habían tenido experiencias negativas entorno al mismo, no queríamos formular preguntas que pudieran parecer agresivas, por lo que se diseñó una herramienta para que a través de ejercicios básicos de psicomotricidad el niño entrara en contacto con su corporeidad.

Se orientó a los niños con una serie de ejercicios sencillos entre los que se incluyeron ejercicios de respiración, de estiramiento, de respuesta muscular rápida, como los saltos de rana y de habilidad, como el ula-ula.

Después les preguntamos cómo se sintieron, cómo sentían su cuerpo y si había algo de esto que les gustaría cambiar. En cuanto a las sensaciones corporales que los ejercicios les provocaron sus primeras respuestas fueron que no sentía nada, cuando les preguntábamos un poco más o de algún ejercicio en particular las respuestas más comunes fueron que sentían flojera o cansancio, aunque algunos mencionaron de sentirse relajados y con más energía:

“E- ¿Te cansaste?”

P- Si

E- ¿Y sentiste algo más?”

P- En mi corazón que me dolía, pero feo” (Niño Ur_110913)

“E- ¿Cómo sentías tu cuerpo con el ejercicio?”

P- Sentía, como que me cansaba porque tenía que girar mucho mi cintura”
(Niño Jo_110913)

“E- ¿Cómo te sentiste con el de la rana?”

P- Mas o menos, con flojera” (Niño JM_300813)

“E- ¿Qué sentiste?”

P- Como que sentí que mis músculos se relajaron” (Niño Es_020913)

“E- Ahora plátame ¿cómo te sentiste con los ejercicios?”

P- Bien.

E- Bien, ¿qué sentiste?”

P- Energía” (Niño Am_180913)

Estos ejercicios les permitieron entrar en contacto con su cuerpo y de esta manera fueron capaces de señalar las partes del cuerpo que sí les gustan, que fueron las manos y los pies. Igualmente mencionaron lo que perciben sobre su cuerpo.

“E- ¿Qué fue lo que más te gustó de tu cuerpo?

P- Lo que más me gusta son mis manos” (Niño Am_180913)

E- Si te pregunto ¿Cuál es la parte de tu cuerpo que te gusta más que me dirías?

P- Los pies...cuando corro no se cansan mucho y cuando salto tampoco se cansan mucho” (Niño Ur_110913)

Ninguno de los niños se describió a sí mismo como “gordo”, sin embargo sí perciben que tienen problemas de peso y se refieren a esto como algo que les complica o impide hacer actividades físicas como andar en bici, correr sin cansarse o ser ágiles.

“E- ¿Cómo describes tu cuerpo?

P- Un poco obeso, o que casi no puedo correr y cuando corro unos minutos me canso” (Niño Jo_110913)

“E- y ¿cómo crees que este tu cuerpo?

P- Más o menos.

E- Más o menos, ¿en qué sentido?

P- En general...en que estoy así

E- ¿Cómo?

P- Desequilibrado.

E- ¿Por qué crees que este desequilibrado?

P- No se...a veces me voy en mi bici, desde mi casa a Tlaxcala a mi escuela y me voy pero me canso mas rápido de subida.

E- ¿a qué crees que se deba eso?

P- De que como mucho” (Niño JM_300813)

“P- Antes me salía un buen (el ula-ula), pero como que no puedo mover mucho

E- ¿Y por qué antes si podías y ahora no?

P- Porque estaba más delgada, era más ágil” (Niño Sa_300813)

“E- ¿Cómo describes tu cuerpo, cuánto te pones de calificación del 1 al 10?

M- 50 por ciento...me pongo un poco gordo” (Niño Ur_110913)

Respecto a los cambios que quisieran en su cuerpo, la mitad de los niños respondió que sí quieren cambiar su peso y la otra mitad a pesar de haber descrito su cuerpo con aspectos negativos mencionan que no quisieran cambiar nada.

“E- ¿Hay algo que te gustaría cambiar de tu cuerpo?

P- No, nada...así estoy bien” (Niño Am_180913)

“E- ¿Hay alguna parte de cuerpo que no te guste, algo que cambiarías?.

P- Si, haría ejercicio diario, para bajar de peso” (Niño Br_170913)

“P- Quisiera no cansarme (cuando corro)” (Niño Jo_110913)

“E- ¿Y hay algo que quieras cambiar?

P- Si quiero bajar de peso, porque me molestan” (Niño Sa_300813)

Con estos ejercicios se pudo observar que en la mayoría de los casos los niños no son conscientes de su cuerpo hasta que les causa alguna molestia y esto lo pudieron identificar al realizar los ejercicios. Además resulta evidente que aunque no se describan a sí mismos como obesos, sí identifican que tienen problemas con su peso y tienen cierto grado de insatisfacción corporal. Los niños que mencionaron que quieren bajar de peso o cambiar algo para no cansarse fueron aquellos que presentaban mayor índice de obesidad y que han sufrido más burlas o rechazo por su cuerpo.

Socialización y relaciones del niño con obesidad

Sabiendo que los niños con sobrepeso y obesidad son más propensos a ser blanco de burlas, a sufrir aislamiento social y bullying, siendo el principal escenario de esto la escuela:

“E- De la escuela ¿qué es lo que no te gusta?

P- Que es lo que no me gusta...que hay un niño que me molesta.

E- ¿Porque te molesta?

P- Bueno ahorita ya se cambio al turno de la mañana, pero el otro año, cuando recién entré me molestaba mucho.

E- ¿Por qué?

P- No sé...decía que era mejor que yo” (Niño An_300813)

“E- ¿Y qué es lo que menos te gusta de la escuela?

P- Que me agreden” (Niño Ur_110913)

Aunque algunos niños sí dijeron que otros compañeros los molestaban o se burlaban, al cambiar la pregunta por cómo son sus amigos, sus compañeros de la escuela y que describieran su relación con ellos, su respuesta es vaga y por lo general dicen que se llevan “bien”:

“E- ¿Cuéntame de tus amigas, cómo son?

P- Son cuatro, son buena gente, buenas amigas...me explican cuando no entiendo

E- ¿Y tus demás compañeros?

P- También buena gente” (Niño Am_180913)

E- ¿Cómo son tus compañeros?

P- Son iguales, hay flaquitos y gorditos...se portan bien” (Niño Br_170913)

En otros casos, los niños que tienen mayores problemas de peso dijeron que no se llevan muy bien con sus compañeros y aún cuando afirman “llevarse

bien”, tienen sus reservas porque son groseros con ellos, los molestan e incluso hay veces que las agresiones llegan a los empujones y peleas:

“E- ¿Y como son tus amigos de la escuela?

P- Nos llevamos bien, pero a veces no porque empiezan a decir groserías por eso luego a veces me alejo de mis amigos.

E- ¿Te dicen groserías?

P- Sí por eso me alejo...empiezan así a provocarse para echarse peleas y como yo no me pelo me dicen groserías... sólo un compañero que no me dice groserías me llevo mejor con él” (Niño JM_300813)

“P- Luego mis compañeros son muy pesados se empujan

E- ¿Y a ti no te empujan?

P- No, porque los empujo...no me llevo muy bien con ellos

E- ¿Por qué?

P- Porque me dicen que tengo piojos

E- ¿Y qué haces?

P- No me junto con nadie...todos me dicen de cosas” (Niño Ma_100913)

E- ¿Te molestan?

P- Si me dicen, becerro, cara de puerco, todo eso.

E- Y que haces cuando te dicen esas cosas.

P- Yo le digo a la maestra que me están molestando y los regaña, porque me gritan en el oído muy feo, y la maestra me separa de ellos” (Niño Sa_300813)

“E- Y en la escuela ¿cómo son tus amigos?

P- Bien, pero algunos como el lunes me querían tirar al suelo.

E- ¿Tus amigos?

P- Si me querían pegar, y tirar al suelo y me tuve que zafar...dos me golpearon y tuve que ir a la dirección” (Niño Ur_110913)

Hubo un caso que llama la atención porque el abusado también se convirtió en abusador de otro compañero con obesidad, a pesar de que él también presenta

el problema, lo cual puede ser una manera de ser aceptado por el resto del grupo:

“P- Cuando no está la maestra espantamos a una gordita.

E- A una gordita, ¿por qué la espantan?

P- Porque esta obesa

E- ¿Y ella no se la paso mal?

P- No, sólo como que se ríe.

E- ¿Y crees que se divierte?

P- Sí, estamos jugando.” (Niño Da_300813)

Es importante señalar que las madres de los niños no mencionaron durante las entrevistas que sus hijos tuvieran este tipo de problemas, la mayoría de las veces se encuentran ajenas a estas situaciones dado que como se vio en la categoría de comunicación, los niños prefieren acudir a sus maestras y no comentarlo con las madres.

“E- ¿A sus hijos les gusta ir a la escuela?

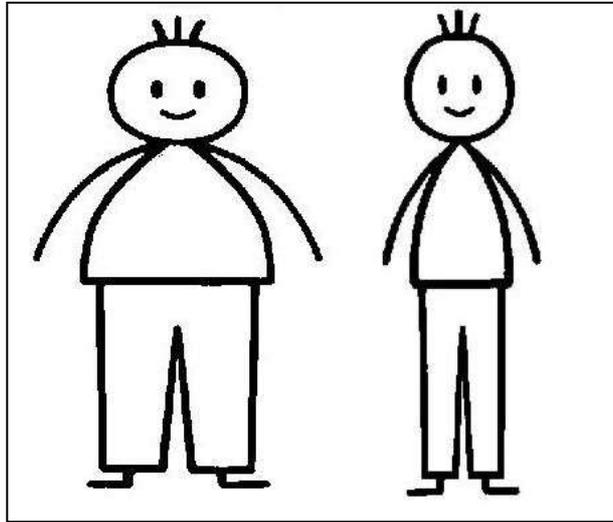
P- Si les gusta.

E- ¿Y con sus amigos?

P- Igual, de que les digan cosas o así no” (Madre Ve_170913)

Después de conocer sus experiencias, nos interesaba saber como ven ellos las relaciones entre niños con obesidad y niños con peso normal. Para ello se les presentó un dibujo de dos niños idénticos con la única diferencia de que uno aparenta un peso normal y el otro sobrepeso. Los niños inventaban una historia de cómo se llevan estos dos niños y luego se les preguntó cuál de los dos creían que era más feliz y con cuál les gustaría tener una relación de amistad.

Las relaciones que describieron por lo general eran de amistad entre los dos niños, esta amistad se daba sobre una base de protección y ayuda que el niño sin sobrepeso ofrecía al niño con sobrepeso y la mayoría de las historias tenían finales felices en los que los dos amigos continuaban con su relación por siempre.



*Dibujo de niño con sobrepeso y niño con peso normal empleada en las entrevistas de los niños.

“P- A este le puse el nombre de Javier (sin sobrepeso) y a este Alejandro (con sobrepeso), este Javier vivía a un lado de la ciudad y Alejandro en otra y pero un día fueron a una misma escuela y se conocieron y se hicieron amigos, y Javier ayudaba en todo a Alejandro, pero Alejandro casi no hacía nada por él y cada vez que le decía Javier a Alejandro que estaba sobrepasado de peso se enojaba y le decía que no quería ser su amigo y no le hablaba, pero después le pedía una disculpa Javier a Alejandro y se volvían a estar contentos” (Niño An_300813)

“P- Pues Daniel es un poco obeso y Juan es en forma normal. Daniel es amable y Juan es un poco menos amable, es un poco grosero con sus amigos. Se conocieron en la escuela y se la pasaron felices” (Niño Jo_110913)

“P- El niño nuevo (peso normal) le quitó los amigos al otro niño que está gordito, y el niño nuevo se juntaba con él porque no tenía con quien juntarse, y el niño gordito le tiró un puñetazo y se pelearon y fueron con la maestra, y la maestra le dijo niño porque te peleaste, es que me cae gordo y lo regañó su mamá y el niño (sobrepeso) se puso triste y le dijo ya vez él ya te quitó tus amigos y él le dijo es que es mejor que nos llevemos bien y en eso termina el cuento” (Niño Sa_300813)

“P- El que esta flaquito insulta mucho al que esta esponjado... bueno al que está gordito y lo insulta mucho, y después el niño salió corriendo, y después llegaron sus papás y hablaron con él niño, luego la mamá porque su papá del flaquito estaba trabajando y después el flaquito le pidió al gordito que fueran amigos y fueron felices” (Niño JM_300813)

“P- Son hermanos, él está flaquito y él está gordito y le hacen burla al gordito, después él (peso normal) lo defiende y luego un niño llamado Kevin le pega a él (sobrepeso) y luego este le pega (peso normal) y luego los llevan a la dirección luego llaman a sus papás y sus papás los regañan. Después el niño Kevin iba en sexto y luego ya se fue y fueron felices hasta que al gordito le dio Diabetes” (Niño Da_300813)

“P- Damián (peso normal) era feliz y alegre, un día se conocieron, les tocó en el mismo salón, y Josué (sobrepeso) casi no le entendía a las sumas y Damián (peso normal) se las explicó y se hicieron amigos” (Niño Am_180913)

En cuanto a qué niño consideraban más feliz y quién les gustaría que fuera su amigo, la mayoría de las respuestas eran que el niño con peso normal, hubo una excepción en la que un niño prefería ser amigo del niño con sobrepeso porque lo percibía como más amable.

“E- ¿Cuál crees que sea más feliz de los dos?

P- Damián (peso normal).

E- ¿Porque?

P- Por una buena noticia.

E- ¿Crees que le pasan más buenas noticias a Damián?

P- Si y Josué casi se ve muy triste, casi se le ve su carita de triste” (Niño Am_180913)

“E- ¿Si tú conocieras a estos dos niños con cuál crees que te llevarías mejor?

P- Con este (peso normal)

E- ¿Por qué?

P- Porque este si se ve simpático y este (sobrepeso) no” (Niño Ma_100913)

“E- ¿Cuál te gustaría que fuera tu amigo?

P- Daniel (sobrepeso)

E- ¿Por qué?

P- Porque es amable y se lleva bien con sus amigos” (Niño Jo_110913)

“E- ¿Cuál es más feliz?

P- Christian (peso normal), es fácil

E- ¿Y qué pasa con Abril?

P- Abril no puede hacer nada, porque no puede estirarse, no puede, no sé”
(Niño Br_170913)

“E- ¿El de la izquierda no lo ves simpático?

P- Esta gordo.

E- Esta gordo... ¿pero se ve enojado o algo?

P- Si, está enojado” (Niño Ma_100913)

“E- ¿Y Alejandro (sobrepeso) era un niño feliz?

P- Nada porque le hacían burla porque estaba sobrepasado de peso.

E- Ok, ¿y Javier?.

P- Javier sí era feliz y siempre le decía a Alejandro que no los escuchara” (Niño
An_300813)

Con lo anterior fue notable que a la mayoría de los niños les cuesta trabajo hablar de experiencias negativas, por lo que muchas de sus respuestas cuando se les pregunta por cómo se llevan con sus amigos y compañeros se limitaban a decir que todos les caen bien. Los niños que tenían mayor IMC manifestaron ser blanco de burlas, abusos y hasta golpes, por lo que sus relaciones con otros niños son escasas.

Al presentarles el dibujo de los dos niños para que nos contaran cómo sería la relación entre ellos, surgían diálogos que pudieran reflejar tanto sus experiencias como aspiraciones personales, con una tendencia a idealizar al niño de peso normal como el protector del niño con sobrepeso o que le ayuda en la escuela. En otros casos hablan de relaciones de amistad que surge

después de conflictos o peleas porque el niño con peso normal molestaba o insultaba al niño con sobrepeso.

Es interesante señalar que a pesar de que los dos dibujos eran exactamente iguales excepto en las dimensiones corporales, los niños tienden a pensar que el niño con peso normal es más feliz y le atribuyen cualidades, como ser defensores, fáciles de tratar o inteligentes en la escuela, razones por las que les gustaría ser su amigo.

Emocionalidad en el niño con obesidad

La estigmatización social asociada con el sobrepeso puede ser tan perjudicial para un niño como las comorbilidades que suelen acompañar a la obesidad. Vivir en una sociedad que alienta y valora delgadez favorece la baja autoestima de estos niños, los estudios existentes muestran que niños a partir de 6 años se asocian estereotipos negativos con el exceso de peso y creen que un niño con sobrepeso es menos agradable (145).

Estos niños son llamados con apodos, son más vulnerables a sufrir burlas y coso, les cuesta más trabajo hacer nuevos amigos y tienen un menor desempeño académico. Con todo esto pasando al mismo tiempo el niño puede llegar a sentir que no pertenece a ese lugar, sentirse solos, tristes y sin ganas de hacer nada, lo que eventualmente los puede llevar a la depresión (145).

Como ya se expuso, en los niños entrevistados lo anterior no es una excepción. Además hay que sumarle el hecho de que muchas veces no reciben la atención suficiente por parte de los padres, debido a que éstos están ocupados en el trabajo y tienen otras preocupaciones, principalmente de índole económico, que requieren su atención.

Con excepción de una niña que claramente no se percibe a sí misma con sobrepeso y se mostró muy extrovertida, el resto de los niños eran tímidos e introvertidos, establecían poco contacto visual con los entrevistadores y

mostraban desgano y poco interés en cualquier actividad, y algunos así lo manifestaron durante diferentes momentos de la entrevista:

“E- ¿Y qué es lo que menos te gusta de la escuela?

P- Lo que menos me gusta es nada... casi todo me gusta de la escuela, a veces no porque me siento cansado.

E- ¿Te sientes cansado de...?

P- Si, y luego no quiero ir a la escuela...normalmente amanezco sin fuerzas y no quiero ir a la escuela” (Niño Jo_110913)

“E- ¿Tú cómo lo has tomado todo esto de que ya no están todos juntos (la familia)?

P- Pues, a veces me deprimó, pero ya casi no.

E- ¿Qué hacías para no deprimirte?

P- Pues no quería nada.

E- Le decías a tu mamá.

P- No, nada más trataba de no pensar en eso y ya” (Niño An_300813)

Al igual que en el apartado de percepciones sobre la obesidad, se decidió evitar hacer preguntas directas para evitar respuesta automática y vagas como “bien”. Para indagar con mayor profundidad, se les presentó la misma imagen de “La Familia” de Botero y les preguntamos qué pensaban de esa familia, siendo la emoción más mencionada la tristeza:

“E- ¿Crees que sea una familia feliz?

P-No

E- ¿Por qué?

P- Porque no pueden hacer nada” (Niño Br_17913)

“E- ¿Y los niños cómo los vez, la niña y los bebés?

P- La niña casi, casi no muy sonriente, parece que casi no la han llevado al parque, y la bebé se ve muy así.

E- ¿Sería? ¿por qué?

P- Porque creo no la sacan a pasear en su carrito, se ve así enojado” (Niño Es_020913)

“P- Primero se murió el perro, entonces todos al final se murieron de tristeza, primero los hijos de tristeza por el perro, luego la mamá del elevador, no se fijó y se cayó y luego el papá de tristeza” (Niño Da_300813)

“E- ¿Crees que sean felices?

P- No, aquí se ve su cara de tristes.

E- ¿Y por qué crees que estén tristes?

P- Porque están gordos y no tienen casa” (Niño Am_180913)

Hubo un niño que a pesar de haber señalado el problema de obesidad en la familia de la imagen, creía que eran felices porque estaban juntos. Cabe mencionar que la familia de este niño es una familia monoparental y sus hermanos ya no viven en la misma casa.

“E- ¿Cómo crees que sean?

P- Feliz.

E- ¿Por qué?

P- Porque toda su familia está unida” (Niño Jo_110913)

En contraste, se les hizo la misma pregunta a las madres y al igual que los niños creían que la familia de la imagen no era muy feliz e incluso mencionaron que los niños podrían estar enojados.

“E- ¿Identifica algún problema en los niños de la imagen?

P- Con la niña como que esta enojada.

E- ¿Y porque cree que la niña esta enojada?

P- Porque se burlan por su complexión” (Madre Be_290813)

“E- ¿Y con los niños identifica algún problema en especial?

P- Pues, que se ven tristes, o están cansados no se ven alegres” (Madre Ju_290813)

“E- ¿Cree que eso le genere otro tipo de problema que no puedan hacer esas cosas?

P- Como se dice cuando no puedes hacer las cosas, es desilusión

E- ¿Y eso como que generaría?

P- Tristeza, porque no puedo, me cuesta trabajo, no lo se hacer” (Madre Le_100913)

Resulta evidente que desde la percepción tanto de los niños como de las madres, la emoción que más asocian a la presencia de obesidad infantil y que predomina en los niños y sus familias es la tristeza, seguida por el enojo.

En el caso de los niños, la entrevista se realizó de manera que no sintieran las preguntas como una agresión hacia ellos. Las historias que inventaban los niños de la imagen de “La Familia” se compararon con el discurso de las madres, donde se relata lo que viven en su día a día. Así pudimos constatar que en la mayoría de los casos, los niños inventaban sus historias a partir de sus experiencias de vida. Es decir, el instrumento utilizado permitió que el niño “reflejara” su experiencia cotidiana en el contexto familiar a través del uso de la imaginación como medio de expresión.

Finalmente, se observó que las madres son capaces de identificar estas emociones en otros niños con obesidad, como se observó con las descripciones de la imagen, sin embargo en sus hijos no reconocen o no son conscientes de dichas emociones.

A la fecha las morbilidades psicológicas asociadas a la obesidad en niños no han sido establecidas de manera concreta y aún no es clara la forma en que los factores emocionales coexisten con la obesidad, sin embargo la literatura existente concuerda en que existe una disminución paulatina de la auto estima en el niño y afectación de las competencias sociales sin importar género, etnicidad o nivel socio económico (146), y se sugiere que la preocupación por la apariencia física y/o el ser víctimas en función del peso puede alterar el bienestar emocional del niño independientemente de las diferencias psicosociales de cada caso (147)

10. Conclusiones

El presente estudio contribuyó a esclarecer la relación entre la existencia de factores psicosociales adversos y la presencia de obesidad infantil en familias de bajo estrato socioeconómico que viven en una zona urbano marginada de la Ciudad de México.

Las guías de entrevista para madres e hijos fueron diseñadas exclusivamente para este estudio. Las preguntas y el uso de imágenes sobre niños con obesidad, se formularon con la premisa de que los niños no expresan fácilmente las experiencias difíciles que han tenido y las madres tienden a responder lo que creen que se espera de ellas, de esta forma se tenía la intención de que los diálogos infantiles fueran proyectivos (116), lo que para casi todos los casos resultó positivo.

Lo anterior lo pudimos comprobar mediante la triangulación por actores, es decir al comparar las respuestas que daban las madres sobre su rutina familiar y las historias que contaban los niños en relación a la imagen de “La Familia” del pintor Botero. Los problemas que los niños “imaginaban” eran muy similares a los problemas que las madres reportaron, destacando los problemas económicos y la falta de comunicación y diálogo entre los miembros de la familia.

Es importante señalar que los hallazgos encontrados nos permiten echar un vistazo a la realidad de estas familias desde su experiencia particular y no son fruto de un estudio prospectivo exhaustivo, el cual probablemente permitiría establecer asociaciones más claras entre todos los factores involucrados y la presencia del problema, que mayormente nos habla de la inmensa desigualdad social que existe en nuestro país y las consecuencias que tanto la pobreza como la inequidad social tienen sobre la salud, en este caso de los niños siendo la obesidad un reflejo de estas condiciones.

Lo anterior es algo que se puede observar perfectamente en el Pueblo de Santa Fe, donde los contrastes con la zona habitacional y comercial son muy

marcados y sus pobladores son muy conscientes de ello. Además, existe una falta de identidad y cohesión social debido a la gran cantidad de familias que han llegado de otros lados y de diferentes entidades federativas en busca de mejores oportunidades, para enfrentarse con la realidad de que la situación no es mejor y el trabajo demanda gran parte de su tiempo.

Como consecuencia de ello, no existen redes de apoyo social y esto muchas veces también se encuentra en el ámbito familiar, debido a la preocupación y la necesidad de trabajar para cubrir los gastos familiares básicos se percibió en la mayoría de las familias, se descuida otro tipo de necesidades en los niños, como las afectivas y recreativas.

En el caso de las familias extensas, contrario a lo que se podría esperar en cuanto al apoyo que pueden recibir los niños de los miembros de la familia, existe un mayor desapego parental y se presta menor atención a las necesidades de los niños. Los adultos cercanos al niño se turnan para atenderlos, llevarlos a la escuela y cuidarlos en las horas libres. Para los adultos esto puede representar una ventaja al dejarles más tiempo para trabajar o realizar actividades domésticas, sin embargo para los niños podría traducirse en una falta de estructura al no existir roles bien definidos en la familia, no reconocen a una sola figura de autoridad y tienen pocos espacios para el diálogo y la comunicación.

La falta de esta estructura familiar puede explicarse tomando en cuenta la teoría sistémica de la familia y las características de los cuatro estilos de crianza descritos por Maccoby y Martin (1983) en la literatura científica (autoritario, autoritativo, negligente y permisivo) (46). En el caso de la población aquí estudiada se encontraron características de la crianza que no son descritas en la literatura, ya que las madres entrevistadas, quienes son madres trabajadoras y disponen de poco tiempo para la atención de sus hijos, en la mayoría de los casos sienten la necesidad de compensar la falta de tiempo con sus hijos consecuentando comportamientos, cediendo a sus demandas o a través de regalos cuando la situación económica se los permite.

A este tipo de conductas las denominamos como conductas compensatorias y conductas condicionantes. Se percibió que estas conductas compensatorias generalmente surgen cuando sienten que no le han dedicado la atención suficiente al niño por falta de tiempo o cuando perciben que su hijo está en una situación de desventaja. Por ejemplo, en familias seriales donde la madre tiende a tener más este tipo de conductas con los hijos que son de otro matrimonio o cuando alguno de los hijos tuvo una experiencia negativa (como el abandono del padre). Aunque la intención es buena (ya que busca que el niño se sienta mejor), al parecer, la práctica de estas conductas favorece que los niños manipulen las situaciones a su conveniencia para obtener lo que desean.

Del mismo modo, cuando las madres condicionan o los niños o, como ellas dicen, negocian con ellos, no están ejerciendo su autoridad y los niños en lugar de aprender a hacer lo correcto y de adquirir una disciplina, aprenden a manipular situaciones para lograr lo que desean. Tal es el caso de la madre que comentaba que deja que su hija coma lo que quiera si primero come un poco de lo que ella prepara ese día. Así, los padres creen que establecen límites claros pero al final quien gana es el niño, porque de una manera u otra, obtiene lo que quiere.

Las investigaciones recientes (122) señalan que la inflexibilidad de los padres y la falta de afecto o demostraciones de cariño tienen una gran influencia sobre la construcción de la autonomía del niño, incluso mayor que el nivel socioeconómico. Sin embargo para poder establecer una relación causal sería necesario realizar un estudio prospectivo durante la infancia y la niñez o reconstruir historias de vida de personas adultas con obesidad o sin ella para explorar otro tipo de demostraciones de afecto. En el presente estudio sólo se exploró de manera breve la externalización del niño y a pesar de que no se evaluó el estilo de crianza de cada padre de familia de manera cuantitativa, el diseño de las entrevistas fue suficiente para obtener una idea de este aspecto y los resultados obtenidos son consistentes con la literatura (124,126), identificando que en nuestros participantes es consistente la presencia de la falta de límites (estilo permisivo/negligente) con la obesidad infantil.

El estilo de crianza también influye, en gran medida, a la formación de los hábitos y patrones de alimentación, siendo la madre en la mayoría de los casos la encargada de la compra y preparación de alimentos, y en muchas ocasiones esto lo realiza tratando de complacer a sus hijos probablemente como una conducta de compensación.

Además, debido a la desventaja económica en la que se encuentran estas familias su dieta es poco variada y consiste principalmente en arroz, frijoles, pastas, tortillas, algunas verduras y frutas, pan dulce, cereales para el desayuno, leche, salchichas y huevo. Las carnes, de res y de pollo, son alimentos que consumen en pocas ocasiones (cuando tienen dinero) y por lo mismo han pasado a convertirse en la comida preferida de los niños. Aunque estos alimentos no contienen grandes cantidades de azúcar o grasa, las preparaciones que emplean por lo general son fritas, empanizadas o con cremas lo que aumenta el contenido calórico del alimento.

Estos resultados fueron consistentes con lo que se observó en dos estudios previos realizados por el Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana, uno de los cuales documentó la oferta de alimentos en el Pueblo de Sata Fe, y el otro un estudio cuantitativo para determinar la frecuencia de consumo de alimentos de estas familias. En este último estudio realizado con padres de familia en una escuela primaria pública se encontró que los alimentos que menos se consumen son las preparaciones y guisados, mientras que durante las entrevistas fueron los alimentos más mencionados, sobre todo las preparaciones con tortillas.

Aunque lo anterior puede ser producto de las diferentes metodologías de recolección de datos, también pudiera ser un reflejo tanto de la tendencia de la gente a subestimar lo que come, así como el decir o reportar lo que creen se espera de ellos. Es decir, las madres reconocen que la responsabilidad de lo que comen “otros” niños recae en los cuidadores o padres de los niños, por lo que en sus diálogos reportan proporcionar a la familia ensaladas y frutas, pensando que es lo “correcto” ya que se les ha enseñado que es saludable. Sin embargo los niños reportaron que su dieta habitual consiste más en pan dulce

y cereales para el desayuno, preparaciones con tortilla (enchiladas, sopes, chilaquiles, tacos, tlacoyos) arroz y en ocasiones huevo, diciendo que consumen carnes cuando sus mamás tienen dinero, y en el caso de las frutas y verduras sólo las mencionan como parte del lunch escolar.

Cabe señalar que además de la falta de solvencia económica y la escasa oferta de alimentos saludables que existen en la comunidad, las madres tienen poco tiempo para preparar alimentos. En muchas ocasiones se ven obligadas a comer en la calle o dar dinero a los niños para el lunch. Así mismo, cuando existe la posibilidad de comprar alimentos como frutas, verduras o pescados, eligen utilizar ese dinero en otro tipo de alimentos como tacos de barbacoa, golosinas y frituras para compartir en familia, lo que puede indicar que antes que la calidad nutricional de los alimentos, la estrategia familiar de consumo busca asegurar que la comida brinde satisfacción y saciedad (148).

Esto nos habla de las costumbres y tradiciones que se crean en torno a la comida y que forman parte de su cultura alimentaria y de sus capacidades de socialización al mismo tiempo. Además tomando en cuenta que los miembros de estas familias tienen pocas ocasiones de convivencia entre ellos, el hecho de mantener esta especie de rituales de comida funciona en estos casos como un nexo familiar.

Así, se puede decir que probablemente los hábitos y costumbres alimentarias de estas familias han surgido como una respuesta adaptativa a la situación económica y social en la que se encuentran y también como una manera de mantener los escasos lazos familiares que tienen, más que en torno a la salud y nutrición. Es comer para recordar, para mitigar el hambre y no solo para estar sanos, como afirma Aguirre (2000) al hablar de la socio-antropología de la obesidad diciendo que el pobre no come lo que quiere ni lo que sabe que debe, sino lo que puede y lo hace sentir bien (148).

Tomando en cuenta esto, es probable que las madres sean conscientes de que este tipo de alimentación ha contribuido a que los niños desarrollen problemas

de sobrepeso y obesidad aunque no lo manifiestan abiertamente, solo mencionan como la principal causa a la mala alimentación y al sedentarismo.

Ninguno de los participantes ha buscado algún tipo de ayuda o tratamiento para la obesidad infantil, e incluso en los casos donde los niños han tenido experiencias negativas en la escuela o en el hogar, la familia se ha mostrado ajena. En estos casos se observó una minimización del problema, ya que a pesar de que las madres son capaces de reconocer la presencia de sobrepeso tanto en ellas mismas como en sus hijos, no lo reconocen explícitamente como obesidad. Hablan de que el niño tiene “pancita” o “está pasadito” aún cuando muchos de estos niños tenían un IMC mayor a la percentila 85, lo que en antropometría se ha clasificado como sobrepeso y obesidad. Tal vez sea esta falta de identificación visual del problema constituya una de las razones por las cuales no se ha buscado ayuda.

Tanto madres como niños identifican como causas primarias de la obesidad el comer mucho y poco saludable (se refieren a esto como comer “chatarra” y “chucherías”) y la falta de actividad física. Reconocen que la obesidad infantil es un problema de salud e identifican como consecuencias principales los problemas cardiacos, la disminución de la movilidad y el desarrollo de “enfermedades difíciles de tratar”. Probablemente estos conocimientos se deban a la gran difusión que estas causas y estas consecuencias han tenido en los últimos años en medios de comunicación masiva, como lo señala Théodore et.al. (2011) al observar que los discursos de alimentación y salud de niños de primaria se encuentran impregnados de la construcción que de estos términos a hecho el sector salud en los últimos años y que el público ha interiorizado (149).

Llama la atención que ninguna de las madres haya mencionado a la Diabetes como una consecuencia, mientras que algunos niños si lo hicieron debido a que ya reciben esta información en las escuelas. Es posible que las madres crean que la Obesidad no causa Diabetes o que la Diabetes no es una enfermedad que se presente en los niños como consecuencia de la obesidad sino que en concordancia con otro estudio (142) parece preocuparles más el

bienestar emocional de los niños en relación con su peso, habría que explorar un poco más al respecto para conocer sus percepciones e ideas.

Con lo anterior se pudo constatar que las familias tienen conocimientos básicos sobre la obesidad infantil, lo interesante del tema fue que varias mamás fueron más lejos y pudieron identificar otros factores que contribuyen a la presencia de obesidad en las familias, muchos de los cuales contribuyen a la perpetuación de lo que ellas conciben como “malos hábitos alimenticios”.

Mencionaron como otras causas a la herencia, el no poder parar de comer aunque se quiera (se refieren a esto como una posible consecuencia de estar continuamente tristes o deprimidos), el círculo social y la influencia de éste en la selección de alimentos y el ejemplo que le dan los padres a los hijos, ya que dicen que los niños “imitan” lo que ven en casa. Además, mencionaron que la falta de tiempo para cocinar, el que las mamás trabajen, las comidas en la calle, incluso la depresión y los problemas económicos favorecen que la gente tenga malos hábitos alimenticios. Conociendo un poco la experiencia y el día a día de estas familias, es probable que todos estos factores que ellas mencionaron se encuentren también en sus propias casas y hayan contribuido al desarrollo de sobrepeso y obesidad en los niños.

Como ya se mencionó, las consecuencias que más preocupan a las madres son aquellas de índole emocional. Mencionaron entre éstas el bullying, la tristeza y la “flojera” de los niños para hacer actividades de cualquier tipo, lo que se puede entender como desgano o falta de energía. Es importante señalar que todas estas consecuencias las reconocen o las “han visto” en otros niños, pero no reportan que sus hijos las hayan vivido, resultando contrario a lo que mencionan los niños.

En este sentido, la mayoría de los niños manifestó haber sufrido alguna vez o constantemente de burlas, acoso e incluso golpes por compañeros de su edad. Resulta evidente que sufren por esto ya que al presentarles el dibujo de los dos niños, uno con sobrepeso y otro con peso normal, en sus historias el niño con

peso normal la pasaba mejor y era más feliz que el niño con sobrepeso y la gran mayoría preferiría ser amigo del niño con peso normal.

Poco se ha documentado al respecto, sin embargo se sabe que en los adolescentes el aspecto físico del cuerpo obeso puede considerarse como desagradable y feo y se asocia con “menos competencia” (150), así mismo un estudio realizado con escolares en la Habana en el que se pedía a los niños que ordenaran de mayor a menor nivel de agrado las figuras de niños con diferentes pesos, encontrando que la figura del niño obeso se encontraba dentro de las 3 últimas posiciones en el 70.9% de los casos (151).

Los niños perciben que la consecuencia más inmediata del sobrepeso y la obesidad en la cultura actual es la discriminación social, se saben blanco de burlas y bromas y en consecuencia es probable que presenten miedo, ansiedad y estrés.

Sin embargo en muy pocas ocasiones los niños comunican a sus padres estas situaciones de abuso. Algunos niños dijeron que prefieren no decir nada a sus madres porque esto sólo pasa en la escuela, como si quisieran decir que es un lapso de tiempo pequeño y lo pueden soportar.

No podemos afirmar a qué se deba esta falta de comunicación, pero es probable que los niños no quieran añadir más preocupaciones a sus madres. Fue notorio durante las entrevistas que todos los niños perciben que sus madres o cuidadores tienen otro tipo de preocupaciones, como las económicas. La preocupación por sus madres lleva a los niños incluso a contribuir con sus ahorros a los gastos del hogar y a desear que sus familias estuvieran unidas para que el papá cumpla el papel del proveedor y su madre no tuviera que trabajar.

Todo lo anterior, dificulta la construcción de una identidad psicosocial en los niños según diversos estudios (121) lo que puede causar en los niños un sentimiento de falta de pertenencia e identidad. Esto fue algo que se pudo observar durante las entrevistas al percatarnos de que los niños son muy poco

conscientes de sí mismos, sus relaciones con otros niños parecen ser poco duraderas y cautelosas, además de que les cuesta trabajo exteriorizar sus emociones. Esto se reflejó en sus diálogos sobre su cotidianidad, las relaciones con sus familiares y compañeros, la descripción de sensaciones y emociones relacionadas con su cuerpo. Se identificó la incongruencia al hablar de las relaciones con sus compañeros, al describir primero las relaciones como buenas y posteriormente mencionar que son molestados en la escuela, al punto de aislarse voluntariamente para evitar dichas situaciones.

Así mismo, a través de los ejercicios de psicomotricidad se pudo observar que en general los niños expresan insatisfacción corporal. A pesar de que no pudieron identificar alguna parte específica de su cuerpo que no les gusta, sí mencionaron los cambios que les gustaría en su cuerpo. Sobre todo, aquellos que tenían mayores problemas de exceso de peso mencionaban que les gustaría perder peso y cansarse menos.

Es importante resaltar que algunos niños dijeron estar bien como estaban y que no harían ningún cambio en sus cuerpos. Estos niños, a pesar de presentar un sobrepeso evidente, no son conscientes de ello. Eran un poco más extrovertidos y se mostraban más seguros de sí mismos en comparación con los niños que han sido molestados en la escuela a causa de su peso.

No obstante, a todos los niños les costó trabajo identificar las sensaciones corporales y entrar en contacto con su corporeidad, ya que al principio de las preguntas la mayoría aseguraba que no sentían nada y que su cuerpo no les provocaba nada. Esto puede deberse a que tanto los niños con obesidad como los que apenas presentan sobrepeso no son conscientes de su propio cuerpo y da la impresión de que el ignorarlo pudiera funcionar como una estrategia de afrontamiento que han desarrollado por el rechazo y las experiencias negativas relacionadas con su peso (152).

A parte de todos estos factores y de la influencia que tienen en la vida diaria de las familias, el presente estudio aporta elementos para la comprensión del papel de la familia, tanto para la prevención como para el tratamiento de la

obesidad infantil. Si bien es cierto que los factores económicos, culturales, políticos y sociales condicionan de manera importante las conductas de las personas, a mi parecer, según la literatura (121) y desde los diálogos de las familias entrevistadas, el entorno familiar cobra mayor importancia por tratarse del primer contacto que los niños tienen con el mundo, el que permite la construcción de su identidad social y en el que se desenvuelven por más tiempo.

Es evidente que la familia juega un papel fundamental al ser el contexto en el que las niñas y los niños establecen sus primeros vínculos afectivos, donde aprenden a relacionarse con otros y donde adquieren los hábitos y costumbres que los acompañarán por el resto de sus vidas, entre ellos los patrones dietéticos y la preferencia por ciertos alimentos (138,139).

Por otro lado, las transformaciones socioculturales que forman parte de la modernidad en la que vivimos, principalmente la pérdida del modelo familiar nuclear, la incorporación de la mujer al ámbito laboral con jornadas laborales de tiempo completo, la inmigración en busca de mejores oportunidades y la reducción de la red social de apoyo familiar que ésta conlleva; han tenido consecuencias importantes en el cuidado de la niñez y la forma en que ésta se realiza, convirtiéndose en cuidado el proveer a los niños de los bienes e insumos que necesitan, lo cual se traduce muchas veces en la disminución del tiempo que se comparte en familia, poca comunicación y a la larga disminuye la creación de relaciones afectivas en la primera infancia y de conductas adaptativas que más adelante ayudarían al niño a tener seguridad en su entorno (153).

Ainsworth y Bell (1970) demostraron la importancia de la familia y del entorno afectivo que ésta provee en la salud mental y emocional de los niños y en el desarrollo de su personalidad y sus competencias futuras, al realizar investigaciones en niños que fueron criados fuera del seno familiar (número de referencia). Por otro lado, Spitz (1952) sostiene que la relación entre madres e hijos es fundamental en la construcción de la imagen de sí mismos y de su

entorno, cuando esta relación es deficiente o poco afectiva los niños manifiestan retrasos en sus capacidades sociales y cognitivas (153).

De manera constante y a primera vista en todas la entrevistas realizadas para este estudio, las relaciones entre madres e hijos podrían calificarse de buenas. Sin embargo, una vez que se realizó la entrevista se observó que la interacción entre ellos, la comunicación y el diálogo son superficiales ya que cuentan con muy pocas ocasiones para ello.

Con esto no estamos diciendo que las madres no quieran a sus hijos, no los cuiden o no se preocupen por ellos. Al contrario, podríamos decir que son madres que se preocupan constantemente por el bienestar de sus hijos y como ellas mismas lo expresan puedan “tener una vida mejor” a la de ellas. Esto las ha llevado a una diversificación y saturación de sus responsabilidades para poder cumplir todas las funciones que se requieren para el equilibrio y sustento económico de sus familias.

Sin embargo en este proceso de cubrir las necesidades básicas se han descuidado las necesidades más importantes, que en este caso son las emocionales. Son niños que han crecido solos aún cuando vivan en familias extensas, han aprendido a relegar a segundo termino sus necesidades y preocupaciones porque perciben que en su entorno no hay lugar para estas preocupaciones debido a que existen otras preocupaciones mayores, como la falta de empleo o la mala situación económica como más relevantes.

Así, no sólo no cuentan con redes de apoyo social en su comunidad, como pueden ser los amigos, las relaciones con los vecinos o sus maestros, si no que no cuentan con redes de apoyo familiar, al no existir el tiempo en el hogar para la creación y el fomento de las relaciones afectivas.

A pesar de que aún no es clara la forma en que estos factores emocionales coexisten con la obesidad, si tomamos en cuenta este tipo de carencias y las consecuencias emocionales anteriormente descritas, ya sea por los mecanismos de inflamación activados por el estrés crónico (38) o por las

estrategias de afrontamiento indirectas que puedan desarrollar los niños (152) en conjunto con el resto de los factores sociales, políticos y culturales, no es de extrañarse que el problema de la obesidad infantil sea una presencia constante en estas familias.

Al mismo tiempo, el tener presente que la obesidad infantil no es un problema prioritario para las familias es relevante y apoya la urgencia de desarrollar programas familiares que no sólo les digan a las familias qué y cuánto comer, si no que las ayuden desde su realidad en el reconocimiento y manejo de sus emociones y más importante, en la creación de lazos y nexos familiares afectivos que permitan construir la seguridad y confianza que los niños necesitan para afrontar al mundo que les rodea.

10.1. Limitaciones del estudio

Al ser un estudio aplicado únicamente en niños con IMC mayor a la percentila 85 no se sabe si estas mismas situaciones están presentes en los niños que no presentan problemas de peso, por lo que sería recomendable indagar sobre lo mismo en las familias de los niños con peso normal para poder establecer una diferencia.

Por la naturaleza del estudio, lo documentado en este trabajo se trata de experiencias familiares únicas, que si bien nos permitieron establecer patrones no significa que esto sea la realidad de todas las familias mexicanas en situación de marginalidad, únicamente se circunscribe al Pueblo de Santa Fe. Además estas respuestas pueden tener cierta variabilidad dependiendo del rol que desempeña en la vida del niño el cuidador entrevistado (mamá, papá, abuelos, tíos).

Debido al tiempo limitado que se tenía para realizar las entrevistas (50 min. máximo) no se exploró más en la experiencia de los niños cuál es la causa de los malos hábitos alimenticios y que responsabilidad tienen ellos en el problema, lo cual sería útil para cruzar esta información con la que nos dieron los cuidadores de los niños.

Finalmente, el presente documento depende únicamente de la información obtenida a partir de las entrevistas, por lo que se sustenta exclusivamente en aquellas experiencias que los participantes decidieron compartir. Podría complementarse por medio de observaciones en el contexto familiar y encuestas cuantitativas en la misma comunidad.

10.2. Aportaciones

El presente trabajo contribuye a la comprensión del rol que tienen los factores psicosociales, culturales y emocionales en la obesidad infantil, específicamente de una comunidad urbano marginada de la Ciudad de México.

Con esto se pretende ampliar la gama de soluciones y líneas de acción para la prevención y tratamiento de este padecimiento, partiendo de la realidad que viven estas familias y de esta manera colaborar en el diseño de estrategias puntuales y efectivas que no necesariamente tengan como objetivo primario la educación en nutrición si no el fomento del bienestar integral de las personas como una base para el autocuidado de la salud.

11. Anexos

Guía para entrevistas semi estructuradas con cuidadores

1. Objetivo: indagar las percepciones, creencias y actitudes de las madres/padres o cuidadores de niños con obesidad entorno a dicho padecimiento, así como determinar los estilos de crianza y su relación con el desarrollo de obesidad.
2. Información general de entrevistado

Nombre:	
Estado Civil:	Edad (años cumplidos):
Domicilio:	Teléfono:
Ocupación:	Escolaridad:
No. de hijos:	No. de hijos con problema de peso:
No. de personas que viven en casa (familias):	
¿Sufre algún padecimiento actualmente?	

Parte I. Creando rapport

Platíquenos un poco sobre su familia:

- ¿Qué actividades realizan en un día cotidiano?
- ¿Qué hacen los fines de semana?
- ¿Cómo se distribuyen las tareas en el hogar? ¿Qué quehaceres hacen los niños en casa?
- ¿Qué les gusta comer?
- ¿Qué hacen para celebrar fechas importantes?
- ¿Qué servicios o actividades propondría usted para mejorar la comunidad en a que vive? ¿A qué estaría dispuesto a comprometerse?

Parte II: Información para identificar los estilos de crianza

Se presenta a los participantes una serie de situaciones en las que un niñ@ manifiesta determinadas conductas, calificadas como reprobatorias o

Platíquenos, ¿qué opina de cada situación?

- ¿Qué haría para manejar la situación, le ha pasado algo similar?
- ¿Cómo le enseñaría al niño a hacer lo correcto?

Un niño de 5 años le	Recibes una llamada del	Un niñ@ de 6 años se
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

<p>pide a sus padres que le compren dulces en el super, al recibir una respuesta negativa hace berrinche, grita y se tira al piso.</p>	<p>colegio porque tu hij@ ha estado incumpliendo con las tareas y le faltó al respeto a la maestra.</p>	<p>niega a comer lo que preparan en casa, sólo le gustan las galletas, los nuggets con catsup y las papas.</p>
<p>Un niñ@ de 8 años se niega a hacer los quehaceres que le tocan en casa, no guarda sus juguetes y le grita a sus padres cuando no obtiene lo que desea.</p>	<p>Tu hij@ no quiere hacer ninguna actividad después de la escuela, se pasa la tarde viendo televisión y jugando videojuegos a pesar de que tu le pides que haga otra cosa como salir a jugar.</p>	<p>Tienes mucho trabajo y casi no puedes pasar tiempo con tus hijos, pero cada vez que puedes los llevas a comer hamburguesas o les llevas dulces para que sepan cuánto los quieres.</p>

Parte III: Información para valorar las creencias y actitudes en torno a la obesidad infantil

Se le enseñará al entrevistado una imagen de una familia en la que todos tienen problemas de peso. Se le pedirá que la analice y posteriormente se le realizarán las



“La Familia”, Fernando Botero

1. Con sus palabras, describa la imagen
2. ¿Qué piensa de esta imagen?
3. ¿Cree que la familia tenga algún problema en especial?
4. ¿Por qué cree que sucede esto?
5. ¿Identificas algún problema en especial con los niños?
6. ¿Por qué crees que sucede esto con los niños?
7. ¿Cree que la obesidad infantil es un problema de salud? ¿por qué?
8. ¿Qué podría hacer esta familia para solucionar su problema?

Guía para herramienta de entrevista semi estructurada en niños

Obejtivo: indagar la percepción que tienen los niños con obesidad sobre las causas del problema, así como a los actores que identifican y su actitud frente al mismo.

Muestra: 10 niños (o hasta completar la saturación de la información), se entrevistarán de manera individual.

Información general del participante

Nombre:	
Edad:	Fecha:
Domicilio:	Teléfono:
¿Quién prepara la comida en casa?	

Parte I. Creando rapport

1. Nos presentamos con los niños, cada quien dirá su nombre y algo que disfrute mucho haciendo.
2. Para entrar todos en confianza, se realizará la dinámica de “Nos conocemos” empleada en el Programa Niñ@s en movimiento: el entrevistador dirá al niño su nombre y le contará lo que más le gusta hacer sin necesidad de estar con otras personas, a continuación le pedirá al niño que le diga su nombre y lo que más le gusta hacer sin necesitar a nadie más.

Parte II: Prueba de función psicomotriz: indagando las sensaciones y percepciones del niñ@ respecto a su corporeidad a través del movimiento.

La psicomotricidad evalúa la interacción que se establece entre la mente, las emociones y el cuerpo a través de los movimientos, abordando el desarrollo integral de la persona. Por medio del movimiento se pueden comunicar experiencias más que con las palabras.

Les decimos a los niñ@s que realizaremos una serie de ejercicios físicos, se realiza una breve rutina y al finalizar les pedimos que platiquen su experiencia con los ejercicios realizados.

- ¿Cómo se sintieron? ¿por qué? ¿qué les gusto más, qué no les gusto? ¿Cómo está su cuerpo? ¿por qué? ¿Qué quieren cambiar?

Ejercicios de Psicomotricidad Gruesa	
Actividad	Descripción
Respiración	<ul style="list-style-type: none">▪ Les pedimos que se coloquen con los pies y piernas separados.▪ Con los brazos extendidos hacia el techo les pedimos que inhalen aire y lleven los brazos extendidos hacia su cadera del lado derecho exhalando el aire.▪ Repiten la respiración ahora llevando los

	<p>brazos hacia el lado izquierdo.</p> <p>Se repite una vez más hacia ambos lados.</p>
Reconocimiento del espacio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los niñ@ caminan libremente por todo el espacio sobre las puntas de los pies.
Estiramiento de extremidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la misma posición les pedimos que lleven sus manos al suelo flexionando las rodillas. ▪ Manteniendo las manos en el suelo, les pedimos que estiren las rodillas. ▪ Manteniendo manos en el piso, les pedimos que flexionen de manera alterna la rodilla derecha y después la izquierda.
Ula – ula	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les pedimos a los niños que se coloquen dejando suficiente espacio entre ellos y les damos un ula-ula. ▪ Les pedimos que coloquen el aro alrededor de su cintura y con movimientos circulares de la cadera lo giren tantas veces como sea posible sin que caiga al piso.
Saltos de rana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les pedimos al niños que se ponga de cuclillas y salte hacia adelante. ▪ Les pedimos que realicen 10 saltos de rana para llegar al otro extreme del espacio.
Respiración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para concluir, se repiten los ejercicios de respiración.

Parte III: Sobre ti, preguntas para indagar sobre el entorno en el que vive el niño.

1. ¿Qué haces todos los días?
2. ¿Cómo es tu escuela? ¿Cómo son tus amigos? ¿Qué es lo que más te gusta de la escuela? ¿Y lo qué menos te gusta?
3. ¿Cómo es tu casa? ¿Qué hacen en tu casa? ¿Qué tareas tiene cada quien?
4. ¿Cómo son tus papás? ¿Qué hacen tus papás? ¿Qué actividades realizas con tus papás?
5. ¿Qué te gusta comer? ¿En que ocasiones lo comes? ¿Qué compras en la tiendita?

Parte IV: Inventa una historia

Les decimos a los niñ@s que observen la siguiente imagen:

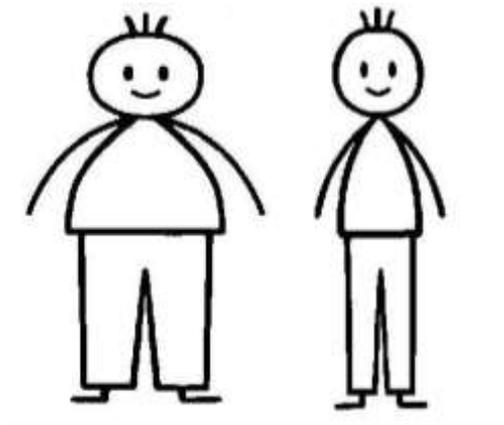


“La Familia”, Fernando Botero

- Escriban/platiquen una breve historia de la familia en la imagen:
¿en dónde viven?, ¿cuántos años tienen?, ¿qué hacen todos los días?, ¿qué es lo que más les gusta?, ¿creen que tengan algún problema?....

Parte V: Cuéntanos un cuento: indagar las percepciones, actitudes y creencias del niño entorno a la obesidad.

Les presentamos a los niños dos imágenes, una de un niño sin problemas de peso y otra de un niño con problema de obesidad, les pedimos que imaginen que estos dos niños se conocen y cuenten una historia sobre ellos.



11. Bibliografía:

1. Matthews, K. Gallo, L. Taylor, S. Are psychosocial factor mediators of SES and health connections? *A NY Ac Sc.* 2010; 1186: 146-173.
2. Evans, G. W. The environment of child poverty. *Am. Psyc.* 2004; 59: 77–92.
3. Chen, E. Matthews, KA. Cognitive appraisal biases: an approach to understanding the relationship between socioeconomic status and cardiovascular reactivity in children. *Annals Behavioral Med.* 2001; 23: 101–111.
4. Gallo, LC. Matthews, KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psyc. Bull.* 2003; 129(1): 10–51.
5. Cohen, S. Wills, TA. Stress, social support and the buffering hypothesis (1985) *Phsyc. Bull.* 1985; 98(2): 310–357.
6. Juárez-García, A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública Méx.* 2006; 49(2): 109-117.
7. Schnittker, J. Psychological factors as mechanisms for socioeconomic disparities in health: a critical appraisal of four common factors. *Social Biology.* 2004; 51(1-2): 1-23.
8. Cohen, S., Alper, CM., Doyle, WJ. Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health Psych.* 2008; 27(2): 268–274.
9. Avendano, M. I. Kawachi, L. Van, F. Boshuizen, H. Machenbach, J. Van den Bos, GA. et.al. Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke.* 2006; 37: 1368 - 1373.
10. Liu, X. Hermalin, AI. Chuang, YL. The effect of education on mortality among older Taiwanese and its pathways. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 1998; 53: S71–S82.
11. Marmot, MG. Bosma, H. Hemingway, H. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet.* 1997; 350: 235–239.
12. Chaix, B. Isacson, SO. Rastam, L. Income change at retirement, neighborhood-based social support, and ischemic heart disease: results from

the prospective cohort study "Men born in 1914". *Soc. Sci. Med.* 2007; 64: 818–829.

13. Gallo, LC., Fortmann, AL., Roesch, SC. Barrett-Connor, E. Elder, J. P. De los Monteros, K. E. Matthews, KA. Socioeconomic Status, Psychosocial Resources and Risk, and Cardiometabolic Risk in Mexican-American Women. *Health Psych.* 2012; 31(3): 334– 342.

14. Galobardes, B. Lynch, JW. Smith, GD. Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: Systematic review and interpretation. *Epidemiol. Rev.* 2004; 26: 7–21.

15. Galobardes, B. Lynch, JW. Smith, GD. Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: Systematic review and interpretation. *Epidemiol. Rev.* 2004; 26: 7–21.

16. Repetti, RL. Taylor, SE. Seeman, TE. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol. Bull.* 2002; 128: 330– 366.

17. Miller, G. Chen, E. Parker, K. Psychological Stress in Childhood and Susceptibility to the Chronic Diseases of Aging: Moving Towards a Model of Behavioral and Biological Mechanisms. *Psych. Bull.* 2011; 137(6): 959-997.

18. Plazas, M. Nutrición del preescolar y el escolar. En: Casanueva, E. Kaufer, M. Pérez-Lizaur, AB. Arroyo, P. *Nutriología Médica.* México: Editorial Médica Panamericana; 2001. Pp: 57-84.

19. Etelson, D. Brand, DA. Patrick, P. Shirali, A. Childhood Obesity: Do Parents Recognize This Health Risk? *Ob. Rev.* 2003; 11(11): 1362-1368.

20. Baughcum, A. Chamberlin, L. Deeks, C. Powers, S. Whitaker, R. Maternal Perceptions of Overweight Preschool Children. *Pediatrics.* 2000; 106(6): 1380-1386.

21. Jain, A. Sherman, S. Chamberlin, L. Carter, Y. Powers, S. Whitaker, R. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics.* 2001; 107(5): 1138-1146.

22. Jain, A. Sherman, SN. Chamberlin, LA. Powers, SW. Whitaker, RC. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics.* 2001; 107(5): 1138 – 1146.

23. Díaz, M. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. *Rev. Chilena Ped.* 2000; 71(4): 316-320.

24. Hirschler, V., González, C., Cemente, G. Petticchio, H. Jadzinsky, M. ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? Arch. Argen. Ped. 2006; 104(3): 221- 226.
25. Gualdi-Russo, E., Albertini, A., Argnani, L. Celenza, F., Nicolucci, M. Toselli, S. Weight status and body image perception in Italian Children. J Hum. Nut. Diet. 2007; 21(1): 39–45.
26. Madrigal-Fritsch H., De Irala-Estévez, J., Martínez-González, MA. Kearney, J. Gibney, M. Martínez-Hernández, JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud pública de México. 1999; 41(6): 479-486.
27. Cabello, M. De Jesús, D. Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. RESPYN. 2011; 12(1): 1-16.
28. Ortiz, F., Posa, C. Necesito ayuda para evitar que mi hijo sea obeso. Cultura de cuidados. 2007; 9(22): 9-15.
29. UNESCO. Habilidades para la vida: contribución desde la educación científica. Disponible en: http://portal.unesco.org/geography/es/ev.php-URL_ID=9910&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html Consultado el día: 8/04/14.
30. Lissau I, Sorensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet. 1994; 343(8893): 324–327.
31. Vámosi, M. Heitmann, B. Kyvi, K. The relation between an adverse psychological and social environment in childhood and the development of adult obesity: a systematic review. Ob. Rev. 2009; 11: 177-184.
32. Pott, W. Albayrak, O. Hebebrand, J. Pauli-Pott, U. Treating childhood obesity: family background variables and the child's success in a weight control intervention. Int. J ED. 2009; 42:284-289.
33. Puder, J. Munsch, S. Psychological correlates of childhood obesity. Int. J Ob. 2010; 34: 537-543.
34. Clínica Neuropsicológica Mayor, Alcantarilla. Universidad Miguel Hernández, Alicante. Martínez, AE. Piqueras, JA. Inglés, C. Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf> Consultado el día: 15 de Julio del 2014.

35. Singh, G. Siahpush, M. Kogan, M. Neighborhood socioeconomic conditions, built environments and childhood obesity. *Health Affairs*. 2010; 29; 3: 503-512.
36. Guillaumie, L. Godin, G. Vézina-Im, LA. Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review. *JBNPA*. 2010; 7(12): 2-12.
37. Timperio, A. Salmon, J. Telford, A. Crawford, D. Perceptions of local neighbourhood environments and their relationship to childhood overweight and obesity. *Int. JOb*. 2005; 29: 170-175
38. Miller, G. Chen, E. Parker, KJ. Psychological stress in childhood and susceptibility to chronic diseases of aging: moving towards a model of behavioral and biological mechanisms. *Psych. Bull*. 2011; 137(6): 959-997.
39. Segerstrom, S. Resources, Stress and Immunity: an ecological perspective on human psychoneuroimmunology. *Ann. Behavioral Med*. 2010; 40: 114-125.
40. Jaremka, LM., Lindgren, ME., Kiecolt-Glaser, J. Synergistic relationships among stress, depression and trouble relationships: insight from psychoneuroimmunology. *Depression and Anxiety*. 2003; 30: 288-296.
41. Lochmiller, LR., Deerenberg, C. Trade-offs in evolutionary immunology: just what is the cost of immunity? *Oikos*. 2000; 88: 87-98.
42. Gundersen, C. Mahatmya, D. Garasky, S. Lohman, B. Linking psychosocial stressors and childhood obesity. *Ob. Rev*. 2011; 12: e54–e63.
43. Golan, M. Enten, R. Shahar, D. The effect of familial factors on the management of childhood obesity. En: Krause, P. Dailey, T. *Handbook of parenting: Styles, Stresses and Strategies*. Estados Unidos: Nova Science Publishers Inc. Nueva York; 2009, Pp: 241-253.
44. Arredondo, E. Elder, J. Ayala, G. Campbell, N. Baquero, B. Duerksen, S. Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in latino families? *Health Educ. Res*. 2006; 21; 6: 862-871.
45. Rhee, K. Lumeng, J. Appugliese, D. Kaciroti, N. Bradley, R. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*. 2006; 117(6): 2047-2054.
46. Maccoby, E. Martin, JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En: Mussen, P. Hetherington, EM. *Handbook of Child Psychology*. Estados Unidos: John Wiley and Sons; 1983, Pp:1-101.

47. Torío, S., Peña, JV., Rodríguez, MC. Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reofrmulación teórica. *Teorías Educativas*, Universidad de Salamanca. 2008; 20: 151-178.
48. Puder, J. Munsch, S Psychological correlates of childhood obesity. *Int. JOB*. 2010; 34: 537-543.
49. Olvera-Ezzell, N. Power, TG. Cousins, JH. Maternal socialization of children's eating habits: strategies used by obese Mexican-American mothers. *Child Dev*. 1990; 61; 2: 395–400.
50. Vámosi, M. Heitmann, B. Kyvik, K. The relation between an adverse psychological and social environment in childhood and the development of adult obesity: a systematic review. *Ob. Rev*. 2010; 11: 177-184.
51. Verecken, C. Legiest, E. De Bourdeaudhuij, I. Maes, L. Associations Between General Parenting Styles and Specific Food-Related Parenting Practices and Children's Food Consumption. *Am. JHealth Prom*. 2009; 23(4): 233-240.
52. Pott, W. Albayrak, O. Hebebrand, J. Pauli-Pott, U. Treating childhood obesity: family background variables and the child's success in a weight control intervention. *Int. J Eating Disorders*. 2009; 42:284-289.
53. De Von Figueroa-Moseley, C. Ramey, CT. Keltner, B. Lanzi, RG. Variations in Latino parenting practices and their effects on child cognitive developmental outcomes. *Hisp. J Behavioral Sc*. 2006; 28: 102–114.
54. Ebbelin, C. Pawlak, D. Ludwig, D. Childhood Obesity: public health crisis, common sense cure. *The Lancet*. 2002; 360: 473-482.
55. Speiser, P. Rudolf, M. Anhalt, H. Camacho-Hubner, C. Chiarelli, F. Eliakim, A. et.al. Consensus Statement: Childhood Obesity. *J Clin. Endocrinol. Metab*. 2005; 90(3): 1871-1887.
56. Griffiths, L. Wolke, D. Page, A. Horwood, JP. Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Arch. Dis. Child*. 2006; 91: 121-125.
57. Fagot-Campagna A. Type 2 diabetes in children. *British Med. J*. 2001; 322:377-378.
58. Gracia, M. La emergencia de las sociedades obesigénicas o de la obesidad como problema social. (2009). *Rev. Nut*. 2009; 22(1): 5-18.

59. Parra, A. Aspectos psicosociales asociados a la delgadez en la mujer dentro de la sociedad posmoderna. Cuadernos de Nutrición. 2012; 35(4): 135-142.
60. World Health Organization. Fact sheet: obesity and overweight. Disponible en línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Consultado el día: 12/03/14.
61. Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx> Consultado el día: 1/03/14.
62. Barquera, S. Campos-Nonato, I. Rojas, R. Rivera, J. Obesidad en México: epidemiología y problemas de salud para su control y prevención. Gaceta Médica de México. 2010; 146: 397, 407.
63. FAO. Capítulo 23: Enfermedades crónicas con implicaciones nutricionales. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0r.htm> Consultado el día: 3/02/14.
64. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud Pública 2012: Obesidad en adultos, los retos cuesta abajo. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf> Consultado el día: 6/08/14.
65. FAO. Estadísticas sobre seguridad alimentaria. Disponible en: <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/es/> Consultado el día: 10/08/14.
66. Vilar-Compte, M., Bernal, S., Sandoval, S., Pérez, AB. México: un complejo mosaico de problemas de nutrición poblacional. En: Cotler, P. Pobreza y desigualdad: un enfoque multidisciplinario. 2014. Universidad Iberoamericana. México. Pp: 69-84.
67. Secretaría de Salud, México. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad 2010. Disponible en línea: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf> Consultado el día: 15/02/14.
68. International Life Sciences. Meléndez, G. Obesidad Infantil en México. Disponible en: http://www.ilsimexico.org/tourilsi/Obesidad_Infantil_en_Mexico.pdf Consultado el día: 15/05/14.

69. Huffman, F. Kanikireddy, S. Patel, M. Parenthood – A contributing factor to childhood obesity. *Int. J Environ. Res. Public Health*. 2010; 7(7): 2800 – 2810.
70. Singh, G. Siahpush, M. Kogan, M. Neighborhood socioeconomic conditions, built environments and childhood obesity. *Health Affairs*. 2010; 29(3): 503-512.
71. Affenito, S. Franko, D. Striegel-Moore, R. Thompson, D. Behavioral determinants of obesity: Research findings and policy implications. *J Ob*. 2012; 1: 1-4.
72. Contreras Hernández, J., Gracia Arnáiz M. Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas. *Investigaciones Sociales*. 2005; 11(19): 387-392.
73. Popkin B, Adair L, Wen Sh. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition Reviews*. 2012, 70(1):3–21.
74. Crocker, M. Yanovski, J. Pediatric obesity: etiology and treatment. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am*. 2009; 38(3): 525-548.
75. Gidlow, C. Cochrane, T. Davey, R. Smith, G. Fairburn, J. Relative importance of physical and social aspects of perceived neighbourhood environment for self-reported health. *Prev. Med*. 2010; 51(2), 157-163.
76. Contento, I. Nutrition Education: linking research, theory and practice. 2a Ed. Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers; 2010. Pp: 108-109.
77. OMS: Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/ Consultado el día: 23/03/14.
78. Speakman, J. Levistky, D. Aetiology of human obesity. En: Williams, G. Fruhbeck, G. Obesity: Science to practice. Estados Unidos: John Wiley and Sons, Ltd; 2009. Pp: 187-208.
79. Michels, N., Sioen, I., Boone, L. Children's stress: associations with lifestyles and obesity. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013; 82(1): 67-68.
80. Thompson, J., Stice, E. Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *American Psychological Society*. 2001. Disponible en: <http://jkthompson.myweb.usf.edu/articles/Thin-Ideal%20Internalization.pdf> Consultado el día: 10/08/14.
81. Collins, J. The Journal of Lancaster General Hospital. Disponible en: <http://www.jlgh.org/Past-Issues/Volume-4---Issue-4/Behavioral-and-Psychological-Factors-in-Obesity.aspx> Consultado el 5/05/14.

82. Blissett, J., Haycraft, E., Farrow, C. Inducing preschool children's emotional eating: relation with parental feeding practices. *Am. Soc. Nut.* 2010; 92. Pp: 359-365.
83. McLaren, L. Hawe, P. Ecological Perspectives in Health Research. *J Epidemiol. Comm. Health.* 2005; 59: 6-14.
84. Gaxiola-Romero, J. Frías-Armenta, M. Protective factors, parenting and child abuse: An ecological model. *Bilingual J Environ. Psyc.* 2002; 3(3): 313-324.
85. Singh, GK. Siahpush, M. Kogan, M. Neighborhood Socioeconomic Conditions, Built Environments and Childhood Obesity. *Health Affairs.* 2010; 29 (3): 503-512.
86. Flores, ML. Entre lo biológico y lo social: Aproximación socioantropológica al estudio de la alimentación en el caso de la epidemia de obesidad como forma de medicalización. *Alter, Dimensión social de la nutrición.* 2012; 3(6): 45-55.
87. Moreno, D. Cultura Alimentaria. *Revista de la facultad de salud pública y nutrición.* 2003; 4(3). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/iv/3/ensayos/cultura_alimentaria.htm#top Consultado el día: 28/04/14
88. Gracia, M. Qué y cuánto comer. *Salud Colectiva.* 2009; 5(3): 363-376.
89. Raspopow, K. Matheson, K. Abizaid, A. Anisman, H. Unsupportive social interactions influence emotional eating behaviors: The role of coping styles as mediators. *Appetite.* 2013; 62: 143-149.
90. Bertrán, M. Alimentación y Cultura en la Ciudad de México: Análisis micro y macro social. En I Congreso Español de Sociología de la Alimentación, Gijón (La Laboral), 28-29 de mayo de 2009.
91. Navas, J. Análisis socioantropológico en pacientes con cirugía bariátrica: un estudio preliminary. *Med. Soc.* 2009; 4(4): 254-262.
92. Guerrero, T. El estudio antropológico de cultura y alimentación: Primera Parte. *Revista Virtual Gastronómica UAEM.* Disponible en: http://www.uaemex.mx/Culinaria/tercer_numero/articulo03.htm Consultado el día: 14/05/14.
93. Navas, J. La Dimensión Sociocultural de la Obesidad. *Alter, Dimensión social de la nutrición.* 2012; 3(6): 123-141.

94. Lang, T., Rayner, G. Overcoming Policy Cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Ob. Rev.* 2007; 8(1): 165-181.
95. Redsell, S. Atkinson, P. Nathan, D. Siriwardena, NA. Swift, J. Glazebrook, C. Parent's beliefs about appropriate infant size, growth and feeding behavior: implications for the prevention of childhood obesity. *BMC Public Health.* 2010; 10: 711-721.
96. Peña, M., Dixon, B., Taveras, E. Are You Talking to ME? The Importance of Ethnicity and Culture in Childhood Obesity Prevention and Management. *Child. Ob.* 2011; 8(1): 23-27.
97. Crocker, M. Yanovski, J. Pediatric obesity: etiology and treatment. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* 2009; 38(3): 525-548.
98. Open Course Ware, Universidad de Murcia. Creación de hábitos de prácticas de ejercicio físico. Disponible en: http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
99. Poulain, J. Changes in eating habits. *Objectif Nutrition.* 2010; 57: 1-4.
100. Poulain, J. The Contemporary Diet in France: "de-structuration" or from commensalism to "vagabond feeding". *Appetite.* 2002; 39: 43-55.
101. Peeryman, L. Ethical family interventions for childhood obesity. *Preventing Chronic Disease.* 2011; 8(5): A99.
102. Sacher, P. Koloutorou, M. Chadwick, P. Cole, T. Lawson, M. Lucas, A. Randomized Controlled Trial of the MEND Program: A family based community intervention for childhood obesity. *Obesity.* 2010; 18(1): S62-S68.
103. Nidhi, G. Kashish, G. Priyali, S. Anoop, M. Childhood Obesity in Developing Countries: Epidemiology, Determinants, and Prevention. *Endoc. Rev.* 2012; 33(1):48–70
104. Center for Disease Control and Prevention. Childhood obesity. Disponible en línea: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:QJvnubL_dblJ:scholar.google.com/+psychological+consequences+of+childhood+obesity&hl=en&as_sdt=0,5&as_ylo=2009 Consultado el día: 3/02/14.
105. Stephen R., Chair; M. McCrindle, BW. American Heart Association Childhood Obesity Research Summit Executive Summary. *Circulation.* 2009; 119:2114-2123.

106. Cruz, JA. Las organizaciones sociales del pueblo de Santa Fe del programa comunitario de mejoramiento barrial. Maestría en Sociología: Universidad Iberoamericana; 2011.
107. Patricia G. Campuzano Navarrete. El barrio es mi gente, mis amigos, mi familia: formas de agrupación entre los chavos de Santa Fe. Tesis de Maestría en Antropología Social: Universidad Iberoamericana. 2013.
108. Niza Massri Levy. Diagnóstico de salud y nutrición de niños 6 a 12 años de edad de una escuela primaria publica del pueblo de Santa Fe, Ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Nutrición y Ciencias de los Alimentos: Universidad Iberoamericana. Julio 2013.
109. Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana. Diagnóstico comunitario: Tlapechico. Ciudad de México, México. 18 de Mayo, 2014.
110. Radosh A, Mena MC, Escalante-Izeta E. Changes related to food and health self-care reported after attending a workshop in Mexico City. Annual Meeting. International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA). San Diego, California, USA. 21-24 May, 2014.
111. Rothe, JP. Undertaking qualitative research. The University of Alberta Press: Canadá; 2000.
112. Maykut, P. Morehouse, R. Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide. Londres, Inglaterra: Ed. Falmer 1994.
113. Child Issues Help Guide. Disponible en: <http://www.helpguide.org/topics/child-issues.htm> Consultado el día: 24/04/14
114. Delfos, MF. ¿Me escuchas?: cómo conversar con niños de cuatro a doce años. The Hague, Holanda: Ed. Bernard Van Leer. 2001.
115. La Psicomotricidad. En: Guía de Psicomotricidad y Educación Física en la Educación Preescolar. Consejo Nacional de Fomento Educativo: México. 2010; Pp: 15-42.
116. Banks, M. Using visual data in qualitative research. 2008. Ed. Sage. Los Angeles: California.
117. The Belmont Report, 1979. Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html> Consultado el 25/06/14

118. Rodolfo Tuirán. Vivir en familia y estructura familiar en México. Disponible en: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/248/8/RCE8.pdf>
Consultado el día: 19/08/14.
119. Builes, MV. Bedoya, M. La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. Rev. Colomb. Psiquiat. 2008; 37(3): 344-354.
120. Universidad de Las Américas Puebla. La importancia de la familia como primer ámbito de socialización en la primera infancia. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/lopez_g_rr/capitulo3.pdf
Consultado el día: 18/05/14.
121. Mir, M. Batle, M. Hernández, M. Contextos de colaboración familia escuela en la primera infancia. Disponible en: http://www.in.uib.cat/pags/volumenes/vol1_num1/m-mir/contexto.html
Consultado el día: 18/05/14.
122. Olivares, SN. Bustos, X. Moreno, L. Lera, S. Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. Rev. Chil. Nutr. 2006; 33(2).
123. Kakinami, L. Barnett, T. Paradis, G. Abstract MP34: In Praise of Demanding Parenting: The Effects of Parenting Style and Poverty on Obesity Risk in Children: Evidence from a Nationally Representative Sample. Circulation. 2014; 129(1): AMP34-AMP34.
124. Baranowski, T. Beltrán, A. Chen, TA. Thompson, D. O'Connor, T. Hughes, S. et.al. Predicting use of ineffective responsive, structure and control vegetable parenting practices with the model of goal directed behavior. J Food Res. 2013; 2(6): 80-88.
125. Frankel, L. A. Hughes, SO. O'Connor, T. Power, T. Fisher, J. Hazen, N. Parental influences on children's self-regulation of energy intake: Insights from developmental literature on emotion regulation. J Obs. 2012; 1-12.
126. Braden, A. Rhee, K. Peterson, C. Rydell, S. Zucker, N. Boutelle, K. Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. Appetite. 2014; 80: 35-40.
127. Restrepo, SL. Maya, M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios del escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. Boletín de Antropología Universidad de Antioquía. 2005;19 (36):127148.

128. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM 043-SSA2-2012. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
Consultado el día: 21/08/14.
129. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition guides for practice and other resources. Disponible en: <http://www.eatright.org/HealthProfessionals/content.aspx?id=6865> Consultado el día: 21/08/14.
130. Eckstein, KC. Mikhail, L. Ariza, AJ. Pediatric Practice Research Group: Parent's perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*. 2006;117 (3): 681-690.
131. Flores, Y. Trejo, PM. Ortiz, RE. Ávila, H. Gallegos, J. Ugarte, A. et.al. Percepción Materna del Peso del Hijo y Riesgos de Salud Asociados al Sobrepeso y Obesidad Infantil. En M.L. Cabello y S. Garay. *Obesidad y Prácticas Alimentarias: Impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*. 2010. Pp: 237-261.
132. Parkinson, K. Drewett, R. Jones, A. Dale, A. Pearce, MS. Wright, C. Adamson, AJ. When do mothers think their child is overweight&quest. *Int. J Obes*. 2011; 35(4): 510-516.
133. Toschke, A. M., Thorsteinsdottir, K. H., & KRIES, R. (2009). Meal frequency, breakfast consumption and childhood obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(4), 242-248.
134. Rampersaud, G. C., Pereira, M. A., Girard, B. L., Adams, J., & Metz, J. D. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), 743-760.
135. Lozano, B. Moreno, M. Calderín-Marrero, M. Martínez-Quesada, J. Díaz, E. Arana, C. Estudio comparativo entre el consejo médico y la terapia grupal cognitivo conductual en el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. *An. Esp. Pediatr*. 1997; 2: 135-143.
136. Gussinyer, S. et.al. Tratamiento de la obesidad infantil. *JANO*. 2008; 1(680): 35-37.
137. OMS. Grow reference data for 5-19 years. Disponible en: <http://www.who.int/growthref/en/> Consultado el día: 23/08/14.

138. Scaglioni, S. Arrizza, C. Vecchi, F. Tedeschi, S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clinical Nut.* 2011; 94(6): 2006S-2011S.
139. Rodgers, R. F. Paxton, SJ. Massey, R. Campbell, KJ. Wertheim, E. Skouteris, H. Gibbons, K. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *Int. J Behav. Nutr. Phys. Act.* 2013; 10(24): 2-10.
140. Piazza-Waggoner, C. Modi, AC. Ingerski, L. Wu, YP. Zeller, M. Distress at the dinner table? Observed mealtime interactions among treatment-seeking families of obese children. *Childhood Obesity* 2011; 7(5): 385-391.
141. Allison C. Sylvetsky, MH. Dawn, C. Youth Understanding of Healthy Eating and Obesity: A Focus Group Study. *J Obesity*; 2013, Article ID 670295. doi:10.1155/2013/670295 Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/job/2013/670295/cta/> Consultado el día 24/08/14.
142. Hughes, C. Sherman, S. Whitaker, RC. How low-income mothers with overweight preschool children make sense of obesity. *Qual. Health Res.* 2010; 20(4): 465-478.
143. Rodríguez-Oliveros, G. Haines, J. Ortega-Altamirano, D. Power, E. Taveras, EM. González-Unzaga, MA. Reyes-Morales, H. Obesity determinants in Mexican preschool children: parental perceptions and practices related to feeding and physical activity. *Arch. Med. Res.* 2011; 42(6): 532-539.
144. Akhtar- Danesh, N. Dehghan, M. Morrison, KM. Fonseka, S. Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: AQ- methodology study. *J Am. Acad. Nurse Pract.* 2011; 23(2): 67-75.
145. The emotional toll of obesity. *Healthy Children from the American Academy of Pediatrics.* Disponible en: <http://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/obesity/Pages/The-Emotional-Toll-of-Obesity.aspx> Consultado el día: 19/05/14.
146. Griffiths, L. Parsons, T. Hill, AJ. Self- esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *Int. J Pediat. Ob.* 2010; 5(4): 282-304.
147. Russell-Mayhew, S. McVey, G. Bardick, A. Ireland, A. Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. *J Ob.* 2012; Article ID 281801, 9

pages. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/job/2012/281801/>
Consultado el día: 26/08/14.

148. Aguirre, P. Aspectos socio-antropológicos de la obesidad en la pobreza. En: Peña, M. Bacallao, J. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Disponible en: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JlbrCSnbpcC&oi=fnd&pg=PA3&dq=nutricion+y+pobreza&ots=p201mpGFjL&sig=r2kcfLkkK9_Q53p0rgehSTi3rC8#v=onepage&q=nutricion%20y%20pobreza&f=false Consultado el día: 28/08/14.

149. Théodore, F. Bonvecchio, A. Blanco, I. Carreto, Y. Salud Colectiva. Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar. 2011; 7(2): 215-229.

150. Borja, B. Rodríguez, F. Estigmatización por la obesidad en la adolescencia. Archivos en Medicina Familiar. 2012; 14(2): 35-36.

151. Rodríguez-Ojea, M. González, F. González, A. Estigmatización de la obesidad por escolares primarios de La Habana. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2011; 21(1): 71-79.

152. Li, W. Rukavina, P. A review on coping mechanisms against obesity bias in physical activity/education settings. Ob. Rev. 2009; 10: 87-95.

153. Spitz, RA. The role of ecological factors in emotional development in infancy. (1949) *Child Development*, 145-155.

