

Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

<http://journals.iztacala.unam.mx/>

ARTÍCULO ORIGINAL

Influence of psychological and familial factors on the maintenance of childhood obesity

Influencia de los factores psicológicos y familiares en el mantenimiento de la obesidad infantil

Keytel García Rodríguez

Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, La Habana, Cuba

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 22 de julio de 2017

Revisado: 12 de septiembre de 2017

Aceptado: 22 de mayo de 2018

Título breve: Psychological and family factors on maintenance of childhood obesity

Autora para correspondencia: keytelgr@infomed.sld.cu (K. García)

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflicto de intereses.

Abstract

In recent years, childhood obesity is considered one of the main health problems worldwide. The main objective of this study was to evaluate the psychological and familial factors associated with obesity in a group of children. Thirteen children with obesity, between 7 and 11 years old (eight boys and five girls), and 21 relatives (fathers/mothers/grandmothers), who were referred by the Pediatric Service of the Medical-Surgical Research Center, participated. The following variables were examined: eating habits, physical activity habits, body image, affective state, self-esteem, compensatory family affective relationships and potential attitudes that lead to psychological alterations in the family. The analysis was predominantly qualitative, through techniques such as the semi-structured interview with the child and the family, the psychographic analysis (free drawing and family drawing), as well as the Seven Figures of Collins. We conclude about the relevance of the influence in all the variables analyzed on childhood obesity. The need to implement psychological intervention programs addressing not only children, but also their families is imminent.

Keywords. Body image; Psychological factors; Familial factors; Physical activity; Children.

Resumen

En los últimos años la obesidad infantil es considerada uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. El objetivo principal de este estudio fue evaluar los factores psicológicos y familiares asociados a la obesidad en un grupo de niños. Participaron 13 niños con obesidad, de entre 7 y 11 años de edad (ocho varones y cinco mujeres), y 21 familiares (padres/madres/abuelas), quienes fueron remitidos por el Servicio de Pediatría del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. Fueron examinadas las variables siguientes: hábitos de alimentación, hábitos de actividad física, imagen corporal, estado afectivo, autoestima, relaciones afectivas familiares compensatorias y actitudes potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en la familia. El análisis realizado fue

predominantemente cualitativo, a través de técnicas como la entrevista semiestructurada al niño y a la familia, el análisis psicográfico (dibujo libre y de la familia), así como el empleo de las Siete Figuras de Collins. Se concluye acerca de la relevancia de la influencia de todas las variables analizadas sobre la obesidad infantil. Resulta inminente la necesidad de implementar programas de intervención psicológica que suponga el abordaje no solo de los niños, sino también de sus familiares.

Palabras clave. Imagen corporal; Factores psicológicos; Factores familiares; Actividad física; Niños.

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso están cobrando cada vez mayor protagonismo en la sociedad actual, esto es debido a los cambios en los estilos de vida y, sobre todo, al crecientemente desarrollo económico suscitado a partir de la segunda mitad del siglo XX, con el consiguiente incremento de diversas enfermedades crónicas. Tanto es así que durante esta década se le ha venido considerando a la obesidad una epidemia global del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

Definir la obesidad parece una cuestión fácil, pero no es así. Los autores divergen en este punto; algunos aseguran que se trata de un exceso de peso corporal (Steinberger, Moran, Hong, Jacobs y Sinaiko, 2001), mientras que otros creen que ello sería demasiado "impreciso", en medida de que personas con una constitución atlética pueden tener un peso corporal elevado y, sin embargo, no presentar exceso de grasa (Savino et al., 2011).

Ahora bien, si la obesidad puede no ser fácil de identificar, es aún más complicado definir los aspectos psicológicos que le subyacen. Porque, cuando se intenta definir a la obesidad, no basta con centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica. Se han propuesto varias teorías psicológicas de la obesidad, enmarcadas dentro de diferentes modelos que la explican a partir de diversos procesos y/o mecanismos, como son: el de aprendizaje, el sistémico, el psicodinámico, el ambientalista, etc. De estos se puede derivar la imperiosa necesidad de reconocer y asumir la complejidad que supone el comprender la obesidad (Vázquez y López, 2001). Según Quirantes (2008), la obesidad puede definirse como: "Enfermedad crónica, con tendencia aditiva, de

carácter genético, favorecida o estimulada por otros dos factores: una alimentación inadecuada o insana, asociada a determinado grado de sedentarismo. Es controlable, pero no curable, y se suele llamar como enfermedad 'portero', pues una vez instalada abre las puertas a otras patologías, muchas de ellas graves, invalidantes y mortales" (p. 14). Definición que es aplicable tanto a la obesidad en personas adultas, como en edades pediátricas (Moreno, 2012).

Algunas de las patologías asociadas a la obesidad, y que la justifican como enfermedad "portero", son: la enfermedad cardiovascular, la hipertensión arterial, el síndrome metabólico, las alteraciones de la piel, las deformidades ortopédicas, los trastornos hepáticos y biliares, las diabetes mellitus, las enfermedades renales y, en general, un mayor riesgo de muerte súbita (Ratner, Durán, Garrido, Balmaceda y Atalah, 2013). Sin embargo, faltaría agregar los factores emocionales o de orden psicológico, en tanto causa o consecuencia de la obesidad, así como la influencia de los factores socio-familiares en su aparición y mantenimiento a lo largo de la vida, desde la niñez hasta la adultez (Fuillerat, 2005; Baile, 2014).

Actualmente la obesidad constituye un problema de salud pública que afecta a la población infantil (Acosta, 2011). A nivel mundial, la prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años ha aumentado, entre 1990 y 2014, del 4.8% al 6.1%. El número de niños con sobrepeso en los países con ingresos medianos-bajos se duplicó durante dicho período, pasando de 7.5 millones a 15.5 millones. En 2014, 48% de todos los niños con sobrepeso u obesidad menores de cinco años vivían en Asia, y 25% en África. No obstante, desde 1990, el número de niños con sobrepeso casi se ha duplicado, pasando de 5.4 millones a 10.3 millones. Y, si se mantienen las tendencias actuales, se estima que

el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones para 2025 (Alvarez, 2016; OMS, 2016).

Como ya se mencionó, la multicausalidad de la obesidad abarca tanto aspectos biológicos como psicosociales (Fuillerat, 2005). Y he ahí una de las principales controversias existentes en torno a la obesidad infantil (OI): ¿Hasta qué punto resultan influyentes en la aparición y mantenimiento de la condición obesa, los factores biológicos y genéticos, o bien, los psicológicos y sociofamiliares? Constituye una pregunta difícil de responder aún en la actualidad, y aunque el cambio de ambiente y de estilo de vida podría explicar este problema, la etiología de la obesidad es compleja, ya que todos estos factores interactúan, dando por resultado una enfermedad difícil de prevenir y tratar.

Resulta imprescindible no ignorar el alcance que a nivel biopsicosocial implica la OI. Porque si bien, en general, las enfermedades asociadas a la obesidad tienen alta implicación cuando ésta tiene una magnitud moderada (30-34.9), severa (35-39.9) y mórbida (≥ 40) –esto según la clasificación de la OMS (2012) basada en el índice de masa corporal (IMC)– la consecuencia más extendida en la infancia y adolescencia es de orden psicosocial (Días-Encinas y Enríquez-Sandoval, 2007; Mancipe et al., 2015)

Diversas investigaciones sobre OI solo contemplan como factores psicológicos influyentes los hábitos alimentarios (HA) y el sedentarismo (Bermejo, Orozco, Ordóñez y Parga, 2016; Edo et al., 2010; García y López, 2013; Trejo, Jasso, Mollinedo y Lugo, 2012), ignorando otros que no solo actúan como propiciadores de esta condición física, sino además como mantenedores a lo largo de la vida, como son: los factores emocionales, la autoestima, la satisfacción corporal, las estrategias de afrontamiento, entre otros (Fuillerat, 2005; García-Falconi, Rivas, Hernández, García y Braqbien, 2016; Sánchez y Ruiz, 2015).

Existe una estrecha relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas, y esto se fundamenta sobre la base del carácter eminentemente social que tienen la alimentación y la nutrición, así como por la influencia que pueden tener en el desarrollo de los

procesos psicológicos fundamentales y, sobre todo, por todas las implicaciones psicológicas y en el orden de las relaciones sociales que puede traer aparejada una alteración nutricional, tanto por defecto como por exceso, y en cualquier etapa de la vida, donde la infanto-juvenil no constituye una excepción (Fuillerat, 2005).

Otro factor psicológico a tener en cuenta son los hábitos de actividad física (AF), en tanto que la determinación de la cantidad y calidad de AF que desarrollan los niños está fuertemente relacionada con el sobrepeso. Ante el desarrollo tecnológico que representan la televisión, la computadora, las escaleras mecánicas, los videojuegos, etc., ha generado una disminución progresiva del gasto energético (García y Fonseca, 2012). Además, secundariamente, se revela una fuerte disminución del juego libre en la infancia (e.g., en el vecindario, parques, plazas, calles, patios) y un menor acceso a centros deportivos (Ireba, 2014).

De igual manera, en la misma medida en que los niños van creciendo y tienen más edad, la actividad se hace más compleja y mucho más social, se exigen mayores relaciones interpersonales y, por ello, el estado de obesidad limita mucho más las actividades propias de la edad, y –en definitiva– influye en el desarrollo psicomotor y en la conformación de la personalidad en la edad infanto-juvenil. Dichas limitaciones tienen una repercusión emocional importante en los niños, con presencia de sentimientos de minusvalía, de inferioridad e inseguridad, estados de tristeza, ansiedad y angustia. Lógicamente, estos estados emocionales, cuando persisten en el tiempo, se canalizan a través del acto de comer, haciendo aún más crónico el proceso (Fuillerat, 2005; Romero-Pérez et al., 2015).

El comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía, y al implicar una forma de desgarrar y triturar, se transforma en una vía para reducir la ansiedad, de forma rápida y pasajera, pero al alcance del paciente (Días-Encinas y Enríquez-Sandoval, 2007). Si el comer como recurso anti-ansiedad se transforma en algo habitual, con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un “círculo vicioso”, en donde la ansiedad se reduce comiendo y, por ende, engordando. Y dado que este aumento de peso

constituye un “motivo de alarma” y preocupación, nuevamente aparece la ansiedad y, una vez más, se come como mecanismo compensador (Pompa, 2011).

La insatisfacción corporal (INC) resulta otro de los factores psicológicos influyentes en la OI, ya que independientemente de que la obesidad resulte peligrosa para la salud física, el hecho de “sentirse obeso” puede afectar la manera en que una persona se siente consigo misma (Pallares y Baile, 2012). Los niños con obesidad pueden tener una pobre imagen de sí mismos, que se expresa en sentimientos de inferioridad y rechazo; por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos (Chueca, Azcona y Oyarzábal, 2002). La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, que frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o, al menos, perpetúa la obesidad (Mestas, Gordillo, Arana y Salvador, 2012).

Igualmente, el estilo de vida de los familiares en lo que respecta a la alimentación, el manejo del estrés y la AF, las actitudes y los patrones educativos, la relación afectiva que establecen con sus hijos, la calidad del funcionamiento familiar, el afrontamiento y la percepción de riesgo existente en torno a la OI, entre otros factores de índole familiar, tienen un elevado impacto no solo en la aparición, sino también en el mantenimiento y la cronicidad de la condición obesa de sus hijos (Fuillerat, 2005). Numerosos estudios señalan que la obesidad se asocia con problemas en el funcionamiento familiar, HA poco saludables, hábitos inadecuados asociados a la comida en el entorno familiar, falta de implicación familiar en el tratamiento de la obesidad del niño o adolescente, el abuso –como patrón familiar– de actividades de ocio sedentarias, no realizar ejercicio físico continuo, horarios irregulares en la alimentación y dificultades para ofrecer contención emocional y conductual a las personas en tratamiento. Incluso, se ha llegado a manejar el término de *familia con identidad obesa* (Gussinyé, 2005; Visser, 2012).

Las actitudes potencialmente psicopatógenas son todas aquéllas que están en relación directa con el grado de funcionalidad familiar, no dependiendo solo de

la aparente estabilidad o la estructura, sino también del tipo de relaciones, vínculos, pérdidas, estímulos, límites, normas y afectos de que está rodeado el sujeto, y cuál ha sido su historia personal, así como las expectativas y las representaciones que existían antes de su llegada al hogar. Por estas razones se puede, en cualquier familia, observar y enumerar varias actitudes potencialmente psicopatógenas y que, por supuesto, la nocividad de su presencia generalmente no es de dominio de la familia. Dentro de las más frecuentes se encuentran la sobreprotección, la rigidez o el autoritarismo, la permisividad, el rechazo, los conflictos alrededor de la crianza del niño, la inconsistencia, el perfeccionismo exacerbado, entre otras (García, 2013).

De esta manera, los padres con un estilo indulgente/permisivo en la alimentación, permiten a sus hijos que elijan con total libertad lo que consumen y en la cantidad que deseen, lo que ha llevado a algunos autores a equiparar este tipo de alimentación con “negligencia nutricional” (Reyes, 2014). Otros padres operan democráticamente frente a la alimentación, permitiendo a sus hijos ejercer algún control en el proceso; de modo que aunque los padres suelen controlar la elección de los alimentos y su salubridad a través de las comidas que preparan y ofrecen, optan por permitirle a sus hijos elegir los alimentos que les gustaría comer y en qué cantidad (Piñeiro, 2015).

Por tanto, motivaron a realizar esta investigación no solo los altos índices de prevalencia de la obesidad en la población infantil, la morbilidad asociada a esta patología o la repercusión que a nivel psicosocial implica cada vez más en edades más tempranas, sino también la necesidad de profundizar en la comprensión de los factores psicosociales que influyen en la génesis y el mantenimiento de la OI. De esta manera, el objetivo general de este estudio fue evaluar los factores psicológicos y familiares asociados a la condición de obesidad en un grupo de niños. Como objetivos específicos, se proponen los siguientes: identificar los HA, de AF y los factores psicológicos asociados a la OI (e.g., imagen corporal [IC], estado afectivo y autoestima) en el grupo de niños estudiados; así como evaluar las relaciones afectivas compensatorias y las actitudes

potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en la familia. A partir de la identificación de los factores psicológicos y familiares que influyen en la OI, se pretende enriquecer la perspectiva psicosocial de este fenómeno, introduciendo otros términos más allá de los HA y de AF en los que se enfocan la mayoría de los tratamientos actuales.

MÉTODO

Participantes

El universo estuvo constituido por todos aquellos pacientes en edad escolar con obesidad, que fueron remitidos por el Servicio de Pediatría del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ), como parte de una atención multidisciplinaria, durante el primer semestre del año 2016. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1. Pacientes diagnosticados con obesidad, que fueran remitidos del Servicio de Pediatría del CIMEQ; 2. Pacientes en edad escolar, de 7-11 años de edad, que cumplieran con los requisitos de maduración del desarrollo psicográfico infantil (García, 2013), para poder evaluar todos los elementos del dibujo infantil; y 3. Que niños y familiares participaran voluntariamente en el estudio, siendo informados de su propósito, y firmando una planilla de consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1. La presencia de causas endógenas en la obesidad de los niños, y 2. Negativa del niño o familiares a participar en la investigación. En total participaron 13 niños (ocho varones y cinco mujeres), cuya edad promedio fue 10 años. También fueron evaluados 19 padres (13 madres y seis padres) y dos abuelas que asistieron a la consulta. Las edades de los padres/madres estuvieron contempladas entre 32 y 44 años, mientras que las edades de las abuelas oscilaron entre 54 y 63 años.

Instrumentos

Dibujo libre. La aplicación de esta técnica fue individual y consistió en invitar al niño a dibujar lo que él quisiera. Permite conocer las características del desarrollo psicográfico, lo que posibilita el conocimiento de sus principales problemáticas, conflictos, aspectos de su

personalidad en formación, de su esfera emocional, su percepción del entorno y de sí mismo (García, 2013). Para su interpretación se siguieron los indicadores propuestos por García para el estudio de la expresión gráfica, agrupados en: 1. Contenido y tema; 2. Indicadores formales y/o estructurales; 3. Indicadores de color; y 4. Indicadores de ejecución en el dibujo de la figura humana.

Dibujo temático de la familia. Es una técnica no verbal que se utiliza para complementar la información obtenida del dibujo libre. Permite conocer el vínculo afectivo que desarrolla el niño con los miembros de su familia, las cualidades de la comunicación y su inserción en el concepto familia (Arés, 2010). También permite evaluar la ejecución en el dibujo de la figura humana y, a partir de ello, el desarrollo alcanzado; de igual forma, examinar la influencia de los factores emocionales en el uso del color. Así, en general, permite tener un acercamiento a sus vivencias, sentimientos y percepción de sí mismo. Además de los indicadores empleados para el caso del análisis del dibujo libre, se utilizaron los propuestos por Arés (2010), que son: Afectividad (orden de las figuras, tamaño, color), Relación (contacto, rostros, lugar y posición que ocupan las manos, planos que ocupan las personas) y Roles (lo que hacen los personajes dibujados).

Entrevista semiestructurada (individual y familiar). La entrevista individual es una técnica cualitativa que se utiliza para la profundización en determinados temas o cuando se necesitan respuestas individuales, en vez de respuestas colectivas (Álvarez, 2007). Con la entrevista familiar se realizó un bosquejo acerca de los HA y de AF, tanto individuales del niño como en la dinámica familiar, la repercusión psicosocial de la obesidad en el niño, como estado emocional, autoestima, satisfacción con la IC, las actitudes potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en la familia y las relaciones afectivas compensatorias en ésta, así como las creencias en torno a la obesidad de sus hijos y los ideales de belleza, estética y salud. Para la entrevista al niño, se diseñaron preguntas y temáticas relacionadas con sus preferencias respecto a la AF y juegos, circunstancias en que se desarrolla la alimentación, así como sus características,

su satisfacción respecto a la IC, la relación del niño con su familia en la dinámica de la alimentación, además de sondear las consecuencias psicológicas de la obesidad desde la percepción del niño.

Siete Figuras de Collins. Se trata de una escala gráfica de siluetas femeninas para las niñas, y masculinas para los niños, que contiene siete figuras humanas ordenadas de menor a mayor complexión (Collins, 1991). Dichas siluetas se clasifican como: infrapeso (1), bajo peso moderado (2), bajo peso ligero (3), normopeso (4), sobrepeso ligero (5), sobrepeso moderado (6), y obesidad (7). Los participantes eligen una figura para autodescribirse (Real) y otra a la que les gustaría parecerse (Ideal), véase figura 1. Además se les solicitó a los niños la elección de aquella figura percibida como: "enferma", "sana", "bonita", "fea", "la que te gustaría parecerse" y "la que no te gustaría parecerse". En primera instancia, esta escala evalúa el grado de satisfacción con la IC, con base a la diferencia entre la forma corporal que desea tener un sujeto vs. la forma corporal que cree tener (Sánchez y Ruiz, 2015).

Procedimiento

Se obtuvo acceso al Servicio de Pediatría del CIMEQ, para detectar los casos atendidos con diagnóstico de OI. Previa aprobación del protocolo del estudio por parte del Comité Científico del hospital, se invitó a los niños y familiares a participar en el proyecto. Se les

explicó en qué consistía el estudio y se les invitó a participar en el mismo, aclarándoles que la participación era voluntaria y asegurándoles la confidencialidad de los resultados. Una vez que aceptaban, se les solicitó tanto a los niños como a los familiares firmar el formato de consentimiento informado. Posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos.

En el trabajo con los niños se realizó, en un primer momento, el dibujo libre, y después el dibujo de la familia. Después, en la misma sesión, se procedió a realizar la entrevista al niño y la aplicación de la escala de Collins. Por último la entrevista familiar, con la participación del niño.

Análisis de datos

Este análisis fue predominantemente cualitativo, observando la tendencia de las variables en el grupo estudiado y respondiendo a los objetivos propuestos. Se emplearon los siguientes métodos para el análisis de la información:

Estadísticos descriptivos, con base a frecuencias absolutas y relativas, expresadas en porcentajes y promedios.

Cualitativos, específicamente análisis de contenido, el cual sirve para hacer inferencias válidas y confiables de los datos con respecto al contexto, efectuándose por medio de la codificación. Proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un

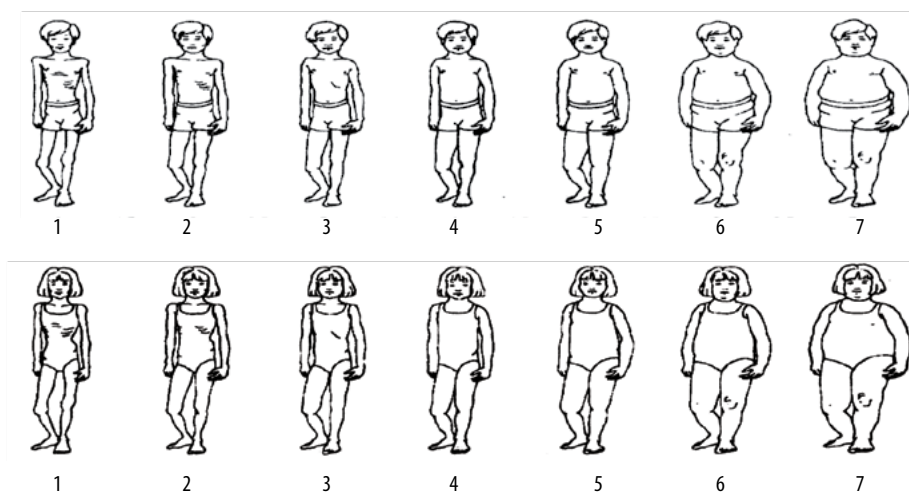


Figura 1. Siete Figuras de Collins (Collins, 1991).

mensaje son transformadas a unidades que permiten su descripción y análisis preciso (Álvarez, 2007).

Para la interpretación de los dibujos se siguieron los indicadores siguientes: contenido y temas, formales o estructurales (legibilidad, fortaleza del trazo, reforzamiento, control muscular, tamaño de la figura, proporción, distribución en el plano o distribución ilógica de elementos, elementos absurdos, elementos en el aire, seriación de elementos, movimiento humano, animal e inanimado, transparencia, animismo, antropomorfismo, rotación de la hoja), de color (pobre uso, adecuación, inusual, seriaciones, preferencia cromática), así como de la ejecución de la figura humana (completamiento, mutilaciones, primitivismo, estropeo, expresividad). Estos indicadores se distribuyeron en tablas, evaluando la tendencia de su comportamiento a través de porcentajes, según su presencia en los dibujos.

En el análisis de la entrevista se evaluaron las diferentes variables propuestas en la investigación, según su operacionalización, como los HA y de AF en el niño y en la familia (saludables o no saludables), estado afectivo (evaluándose la presencia o no de tristeza, ansiedad, hostilidad, inhibición emocional, miedos, sentimientos de culpa, angustia, o sin alteraciones), autoestima (adecuada o inadecuada), IC (satisfacción o insatisfacción), actitudes potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en la familia (presencia o no de sobreprotección, rigidez y autoritarismo, permisividad, rechazo, conflicto alrededor de la crianza, maltrato, conducta paranoide, actitudes culpabilizantes, inconsistencia, complacencia y estimulación de conductas inadecuadas socialmente, perfeccionismo), relaciones afectivas familiares compensatorias (adecuadas o inadecuadas). Esta información se distribuyó en tablas, evaluando la tendencia a través del análisis de los porcentajes. El análisis de contenido de las entrevistas permitió además profundizar en el resultado cualitativo de estas variables, enriqueciendo su interpretación.

RESULTADOS

Hábitos alimentarios

De acuerdo con los datos recabados a través de las

entrevistas, los 13 niños presentaron HA no saludables, caracterizados por la preferencia por alimentos no saludables (e.g., dulces, pizzas, alimentos fritos, refrescos con gas), dificultades en cuanto a la cantidad y la frecuencia en las que consumen alimento, realizándolo, en grandes cantidades, aun cuando han saciado su hambre, así como la presencia de ingesta compulsiva, también conocida como ingesta emocional. Esta conducta desadaptativa es motivada por factores psicológicos, y consiste en ingerir alimentos de forma descontrolada a todas horas del día y en cualquier lugar, lo cual no se encuentra relacionado exclusivamente con el trastorno por atracón (Blai, 2015). En 10 de los niños predominaron los horarios de alimentación irregulares, apreciándose inestabilidad en la formación de HA. Además, cinco de estos niños no desayunaban y uno de ellos refirió nunca almorzar. Igualmente, de acuerdo a lo reportado, la inestabilidad de los horarios y el consumo de alimentos insanos se extendían al ámbito escolar.

Con respecto a la presencia de determinados rituales asociados a la alimentación, ya fueran de índole emocional, de situación o de lugar, su inadecuación se apreció en todos los niños estudiados. En el caso de los rituales de índole emocional, se identificó que todos ingerían alimentos ante estados afectivos negativos (e.g., ansiedad, aburrimiento, tedio) o ante nerviosismo experimentado frente a situaciones de conflicto en el hogar. Un niño en las entrevistas refirió: *"Cuando estoy aburrido me da por comer"*. De esta manera, el consumo del alimento no solo se utilizaba para satisfacer la necesidad biológica de hambre, sino también como una vía para canalizar la expresión de estados afectivos negativos. Por otra parte, en cuanto a los rituales asociados a lugares, se encontró que 12 de los 13 niños comían frente al televisor. La repercusión negativa que trae este hecho bien la expresa uno de los niños entrevistados: *"Mientras veo la TV no me siento lleno"*. Otros rituales alimentarios asociados a determinadas situaciones se presentaron en todos los niños; por ejemplo, ver a alguien ingerir alimentos y tener estos disponibles en algún lugar.

Por tanto, el cumplimiento de la dieta indicada por los especialistas médicos representó dificultades

para todos los niños, asociado esto a la dificultad en el control de impulsos (*"no puedo aguantar cuando tengo hambre"*, *"las chucherías me gustan, a veces me las como escondido, y después mi mamá me regaña porque no cumplí con la dieta"*), la inestabilidad en su seguimiento por conflictos entre los miembros del hogar (sobre todo entre padres y abuelos), por dificultades económicas o por el rechazo del niño a la dieta. Cuatro de los 13 niños si incluyeron en su dieta los alimentos prescritos (o algunos de ellos), pero sin cumplimiento de los horarios, las cantidades o la frecuencia, o bien, solo por determinados periodos de tiempo.

Los HA familiares resultaron inadecuados en 10 de los 13 niños. En el análisis de las entrevistas sobresalieron aspectos como la preferencia por alimentos no saludables (e.g., dulces, fritos, panes, pizzas), en cantidades desmedidas y con una frecuencia que supera las comidas y las meriendas que solventan una alimentación sana, con la realización de dietas autoprescritas (sin supervisión especializada), con dificultades para sostenerlas y con presencia de concepciones erróneas, como: *"Yo no sé por qué engordo tanto, si yo no como tanto"*; *"Hasta el agua me engorda"* (Según refirieron algunos padres). También resaltó la presencia de monotonía en la ejecución, el contenido y la presentación de los alimentos consumidos en el hogar.

Hábitos de actividad física

De acuerdo a lo reportado, 10 de los niños eran sedentarios y solo tres, todos ellos varones, practicaban ejercicio físico de forma regular (e.g., jugar en la calle, practicar béisbol o fútbol). La preferencia de la actividad de ocio se manifestó sobre todo por juegos pasivos (e.g., juegos de computadora y electrónicos, ver televisión, jugar cartas). En siete de los niños, la exposición a estos medios excedía las 6 h diarias.

Con respecto a los hábitos familiares de AF, todos los madres/padres/abuelas entrevistados se caracterizaron por ser sedentarios, en tanto no tenían incorporado el ejercicio físico en su vida cotidiana. Incluso, en el caso de los niños que realizaban ejercicio físico y deporte, los padres no participaban, bajo la justificación de *"no tener tiempo"*. Predominaban, como *"salidas*

familiares" o en *"motivo de celebraciones"*, la asistencia a restaurantes, pizzerías o a reuniones familiares, con la comida como principal protagonista de la actividad. Los alimentos que refirieron ingerir en estos eventos eran con elevado contenido calórico y en grandes cantidades.

Imagen corporal

La presencia de INC fue evidente en los 13 niños examinados. Algunas frases en las entrevistas la denotan, como: *"cuando me veo en el espejo me veo gordo y feo"*, *"me da pena andar sin camiseta y que se rían de mí"*, *"me da pena cuando corro y se me mueven las tetillas"*, *"quisiera cambiar la forma que tengo"*, *"me siento mal por estar gordo"*. Asimismo, en el análisis psicográfico se apreciaron elementos que manifiestan la preocupación de estos niños por la figura humana, como el reforzamiento, la inadecuación del color, el pobre uso del color o el predominio del color rojo o naranja en la elaboración de la propia figura, mostrando hostilidad y rechazo (véase Tablas 1, 2 y 3).

Respecto a las figuras de Collins, se encontró que a pesar de presentar obesidad, nueve de los niños eligieron las siluetas 3, 4 o 5 (indicativas de normopeso) como aquéllas a las que *"se parecían"* y solo cuatro niños eligieron siluetas indicativas de sobrepeso u obesidad (ver Figura 2). Subestimación que puede dificultar la percepción de riesgo y que evidencia el empleo en los niños de mecanismos de defensa de negación. La mayoría de los niños consideró que la figura *"enferma"* (nueve niños), la *"fea"* (10 niños) y la que *"no les gustaría parecerse"* (11 niños) eran las siluetas 6 o 7, indicativas de sobrepeso u obesidad mayor. En cambio, en tanto figura *"sana"* (nueve niños), *"bonita"* y la que *"les gustaría parecerse"* (en ambos casos 12 niños), mayormente eligieron las siluetas normopeso.

Afectividad

En todos los niños se identificaron estados afectivos con alteraciones, lo cual se apreció tanto en las entrevistas como en el análisis de los dibujos. De esta manera, todos los niños presentaron ansiedad y 11 baja tolerancia a la frustración; adicionalmente, seis mostraron

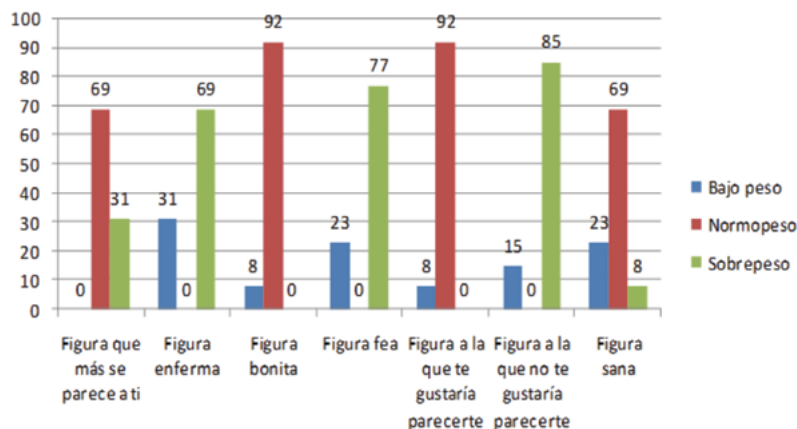


Figura 2. Siete figuras de Collins, porcentajes de elección de siluetas

hostilidad, cinco tristeza y cuatro miedo. Con respecto a la ansiedad, la baja tolerancia a la frustración y la hostilidad, algunos familiares refirieron: “*siempre está nerviosa, se come las uñas*”, “*él siempre tiene estado de ansiedad, no para de comer*”, “*se pone bravo cuando no consigue lo que quiere*”, “*se molesta cuando pierde, casi siempre está molesto*”. La tristeza estuvo estrechamente asociada a la presencia de obesidad e INC; ejemplo de ello son los testimonios siguientes: “*Quisiera bajar de peso para ser un niño más feliz*”, “*Cuando me miro en el espejo me pongo triste*”, “*Me pone triste estar gordo*”. No obstante, también se evidenció ante otras situaciones familiares (e.g., lejanía, pérdida física). En el caso del miedo, éste sobre todo se asoció a las repercusiones negativas de la obesidad, ya fuera por la presencia de patologías médicas, en uno de los casos por hospitalizaciones frecuentes, o bien, por las burlas de los pares. A continuación se muestran testimonios de algunos niños: “*...siento temor por si me entra la enfermedad de la obesidad*”, “*no me gusta estar obeso porque tengo que ir a muchos hospitales*”, “*tengo miedo a que los demás se burlen de mí*”, “*no quisiera que me alcanzara la enfermedad que me está persiguiendo*”.

En lo que refiere al análisis de los dibujos, destacó la presencia de dificultades en el control de los impulsos, tanto en lo relativo a la calidad del control muscular –que fue de regular a malo– como en la preferencia cromática. En el caso del dibujo de la familia, por el color rojo; y en el dibujo libre, se hizo patente cierta

preferencia por el color naranja (véase Tablas 1 y 2). Más específicamente, a pesar de no existir un predominio de la inadecuación del color en el dibujo libre, en los cinco casos en los que estuvo presente se asoció a la figura humana, predominando los colores naranja y marrón, en tanto expresión de impulsividad y angustia. Igualmente, aunque la seriación de colores (indicativa de inestabilidad y variabilidad emocional) solo estuvo presente en cuatro casos, resulta importante a considerar. En la preferencia cromática ponderé el color verde (nueve niños), implicando ansiedad agitada; seguida del color rojo (seis niños), en la elaboración de las casas y las personas, reflejando ello hostilidad.

En el dibujo de la familia, la inadecuación del color asociada a la figura humana estuvo presente en cuatro niños y la seriación en solo tres casos. La preferencia cromática dominante en la elaboración de las casas fue el color azul (seis niños), indicativa de la presencia de ansiedad basal, quizás asociada a la existencia de conflictos y tensiones familiares. Igualmente, a partir del uso del color rojo en la ejecución de las figuras humanas, sobre todo la propia, se confirmó la presencia de hostilidad en seis de los niños evaluados.

Autoestima

La afectación de la autoestima estuvo presente en 10 de los 13 niños. Algunos de sus testimonios durante las entrevistas bien sustentan este resultado, en donde se manifiesta (“*me pone nervioso cuando tengo que hacer*

Tabla 1. Análisis psicográfico: Indicadores formales y estructurales.

| Indicadores | | Dibujo libre % | Dibujo de la familia % |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|---------------------------|
| Fortaleza del trazo | Fuerte | 46 | 38 |
| | Medio | 54 | 62 |
| | Débil | 0 | 0 |
| Control muscular | Bueno | 23 | 8 |
| | Regular | 54 | 62 |
| | Malo | 31 | 31 |
| Tamaño de la figura | Grande | 69 | 38 |
| | Mediano | 31 | 54 |
| | Pequeño | 0 | 8 |
| Distribución ilógica de elementos | | 38 | 8 |
| Elementos absurdos | | 31 | 8 |
| Seriación de elementos | Ordenados | 92 | 62 |
| | Desordenados | 0 | 0 |
| Elementos “en el aire” | | 54 | 46 |
| Proporción | | 62 | 85 |
| Reforzamiento | | 92 | 85 |
| Movimiento | Humano | 23 | 77 |
| | Inanimado | 54 | 38 |
| Animismo | | 8 | 8 |
| Transparencia | | 15 | 54 |
| No legible | | 31 | 8 |

algo que nunca he hecho”), asociación de la obesidad a sentimientos de ser diferente (“yo soy un niño que no soy normal”, “los otros niños hacen cosas que yo no hago”, “me gustaría estar delgado para hacer algunas cosas que no puedo hacer”, “los otros niños son flacos”), sentimiento de vergüenza y limitaciones en las actividades de la vida diaria y de ocio (“me acompleja ir a la playa sin camiseta”, “me da pena andar sin camiseta o que se rían de mí”), la asociación de la identidad personal con la cualidad de obesidad (“yo soy un niño obeso que tiene que bajar de peso”) y sentimientos de inferioridad (“deseo ser como los demás”). Igualmente en el análisis de los dibujos, sobre todo en el de la familia, se identificaron algunos indicadores de la figura humana que refuerzan este resultado, como la presencia de figuras incompletas (100%) o mutiladas (67 %), lo cual se traduce como dificultades en la comunicación y el contacto social (véase Tabla 3). La presencia de sentimientos de

inferioridad y de exclusión, coincidió, en cuatro niños, con la exclusión de la propia figura en el dibujo.

Relaciones afectivas familiares compensatorias

Las relaciones afectivas familiares compensatorias resultó una de las variables más influyentes en el mantenimiento de la obesidad en los niños estudiados, predominando su expresión inadecuada en 11 de los casos, representando uno de los principales factores que inciden en el establecimiento de HA inadecuados en los niños. En este sentido, sobresalió el empleo del alimento como reforzador positivo o negativo, indistintamente, ante la presentación de conductas deseables. Ejemplo de ello son los testimonios, expresados por varios madres/padres/abuelas: *“A veces, para lograr algo de él, le prometo unas galletitas o algo que le guste mucho”, “imagínese, ya no sé cómo controlarlo y lo único que le interesa es la comida”, “yo lo castigo con comida,*

**Tabla 2. Análisis psicográfico:
Indicadores cromáticos.**

| Indicadores | Dibujo libre | | Dibujo de la familia | |
|------------------------------|--------------|----|----------------------|----|
| | f | % | f | % |
| Pobre uso del color | 1 | 8 | 1 | 8 |
| Ausencia de color | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Inadecuación del color | 5 | 38 | 4 | 31 |
| Color inusual | 3 | 23 | 1 | 8 |
| Seriación de color | 4 | 31 | 3 | 23 |
| Preferencia cromática | | | | |
| Azul | 5 | 38 | 6 | 46 |
| Rojo | 6 | 46 | 6 | 46 |
| Verde | 9 | 69 | 5 | 38 |
| Amarillo | 2 | 15 | 4 | 31 |
| Marrón | 4 | 31 | 5 | 38 |
| Negro | 1 | 8 | 2 | 15 |
| Naranja | 4 | 31 | 1 | 8 |
| Violeta | 4 | 31 | 2 | 15 |
| Grafito | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Tabla 3. Análisis psicográfico:
Indicadores de la figura humana.**

| Indicadores | Dibujo libre | | Dibujo de la familia | |
|-------------|--------------|-----|----------------------|-----|
| | f | % | f | % |
| Incompleta | 6 | 100 | 13 | 100 |
| Mutilada | 4 | 67 | 9 | 69 |
| Estropeada | 2 | 33 | 9 | 69 |
| Primitiva | 0 | 0 | 0 | 0 |

es lo único que le duele, porque ni el golpe le hace nada”, “los abuelos lo regañan cuando deja comida”, “si sale bien en la escuela, él sabe que nosotros lo llevamos a un restaurante”.

De igual manera, el alimento, la condición obesa en sí misma o la repercusión médica de ésta se convierten en mediadores de las relaciones afectivas entre los familiares y los niños, expresándose en acciones de manipulación, “chantaje emocional” y demanda de afecto. En las entrevistas se suscitaron expresiones de varios familiares, como: “Se agarra de que es hipertenso”, “llora por la comida para que le tengan lástima”, “me da lástima poner a la niña a dieta”, “llora cuando le niegan la comida y al final los abuelos ceden, dicen que eso es un crimen”,

“se pone bravo, de mal carácter cuando tiene hambre o le esconden la comida”, “los abuelos lo atragantan, le dicen pobrecito, tiene que alimentarse bien, está creciendo. Se ponen bravos cuando deja comida”, “no me gusta verlo disgustado, prefiero darle algo de comer”.

También se apreció que algunos de estos familiares generaban sentimientos de culpa y de miedo en los niños para lograr la reducción del peso o el seguimiento de la dieta, empleando, como argumentos, amenazas relativas al empeoramiento de sus patologías. A continuación se exponen testimonios de varios familiares: “ya le he dicho millones de veces que si no hace la dieta, no lo voy a traer más al médico y se va a reventar de la gordura”, “le he explicado varias veces que si no cumple la dieta se va a enfermar, van a tener que ingresarlo y le van tener que hacer análisis”, “él tiene la culpa de estar así, porque por estar arriba de él no ha sido, yo no paro de decirle que no puede comer pan y chucherías, pero no me hace caso”.

Prácticas paternas potencialmente negativas

En el análisis de las entrevistas se identificaron prácticas paternas negativas en el total de los casos, entre las que destacaron la permisividad (10 casos), con dificultades para establecer límites respecto a la ingestión de ciertos tipos de alimentos, la cantidad y la frecuencia con que estos se ingerían, así como en el cumplimiento de la dieta establecida por el especialista. Esto asociado a la dificultad para movilizar estrategias de afrontamiento efectivas, quedando solo a nivel cognitivo y no afectivo-volitivo, al desconocimiento de la afectación que a nivel psicosocial les estaba causando la obesidad a sus hijos, así como a la presencia de mitos relacionados con los ideales estéticos y de salud, relacionando la condición de obesidad con una mejor apariencia y salud física.

De igual manera, sobresalieron los conflictos alrededor de la crianza del niño (10 casos), consistentes en desacuerdos familiares con respecto a la educación, mismos que se manifestaban frente al niño, trayendo esto división de la autoridad, inconsecuencia en la aplicación de normas y límites, e incluso distanciamientos. En la mayoría de los casos la figura de los

abuelos resultó transgresora del cumplimiento de la dieta indicada y las pautas establecidas por los padres. Finalmente, la inconsistencia (presente en nueve casos) constituyó otra de las actitudes más relevantes, identificándose a través de la presencia de relaciones afectivas compensatorias en la familia.

DISCUSIÓN

La expresión inadecuada de HA en los niños examinados resultó uno de los hallazgos más contundentes, teniendo en cuenta no solo la perspectiva puramente biológica de lo que ingieren los niños y sus familiares (dígase alimentos insanos), sino el trasfondo psicológico que subyace al comportamiento alimentario. Por tanto, en este estudio se analizaron algunos elementos subjetivos asociados a la alimentación, lo cual trasciende a algunos estudios previos que se han enfocado en estimar la presencia de HA adecuados o inadecuados entre niños con obesidad (Edo et al., 2010; García y López, 2013).

Algunos de los elementos subjetivos asociados a los HA han sido abordados por diversos investigadores. Ejemplo de ello son Morales, Santos, González, Ho y Hodgson (2012), quienes concluyeron que los niños con obesidad presentan mayor tendencia a comer en ausencia de hambre, en respuesta a distintos factores emocionales y ambientales, como el aburrimiento y los sentimientos negativos. Esto se corrobora en los resultados de este estudio, asociados a los rituales emocionales y de situación que acompañan y refuerzan los HA no saludables. De igual forma, Dias-Encinas y Enríquez-Sandoval (2007) advirtieron que en el niño con obesidad el comer es una forma de reducir la ansiedad y, si se transforma en algo habitual, ello incidirá en un incremento del peso corporal, dándose pie al establecimiento de un círculo vicioso en el que la ansiedad se reduce comiendo.

En general, los hallazgos de este estudio son afines a los de Peroni (2005), quien señaló que la mayor situación de riesgo para la obesidad radica en la ausencia de costumbres hogareñas que propicien en los niños una pauta de control sobre la alimentación en cuanto a

cantidades y rutinas, considerando el tipo de menú, las actividades realizadas simultáneamente a la alimentación o el uso del alimento como recompensa. De igual manera, Trejo et al. (2012) encontraron una fuerte tendencia a que los niños escolares con obesidad pasen más horas frente a la televisión que sus pares normopeso. En la presente investigación se encontró que esta exposición desmedida a medios audiovisuales además traía consigo la tendencia al aislamiento, la incomunicación y, en algunos casos, a la hostilidad, dado el contenido de los juegos más consumidos por los varones. En el caso de las niñas, éstas principalmente consumían juegos electrónicos relacionados con *barbies*, los que alimentan la INC y la interiorización de los ideales socioculturales de belleza, como advirtió Martínez (2017).

Díaz et al. (2014) encontraron, en escolares cubanos, que un gran número de niños ven diariamente más de 2 h de televisión, que el uso de videojuegos sobrepasaba en 14% las 2 h entre semana y aumentaba a 39% en el fin de la semana, y que solo practicaban AF 34% de los niños. No obstante, de acuerdo a los resultados del presente estudio, se identificó un agravamiento en el sedentarismo de los niños con obesidad. Esto en tanto reflejo de que el mundo de los juegos electrónicos está inundando la preferencia lúdica infantil, marcando modos de entretenimiento más sedentarios, con disminución del juego libre (Fuillerat, 2005; García y Fonseca, 2012). Además, la televisión crea un mundo ficticio y representativo de la realidad en el que los telespectadores reciben pasivamente satisfacciones y modelos de referencia (Martínez et al., 2011). No obstante, otro tanto de responsabilidad lo ocupa el ambiente familiar, tanto por transmitir estilos de ocio sedentarios, destinando innumerables horas de exposición al televisor y –en ocasiones– a deshoras, como por introducir los aparatos electrónicos en la habitación del niño y en sus espacios de alimentación. López, González y González (2014) plantean la importancia de la influencia familiar tanto en los HA como de AF de sus hijos. Según estos investigadores, predominan las actividades sedentarias, como son el uso de computadoras y pasar demasiado tiempo frente al televisor.

Con respecto al análisis de la influencia de la obesidad en la autoestima y la IC, Trujano, De Gracia, Nava y Limón (2014) afirman que los niños estudiados presentaban baja autoestima general y corporal. Los participantes se percibieron y creyeron ser vistos con sobrepeso y obesidad, pero a futuro e idealmente desearon figuras más delgadas. Por su parte, Pallares y Baile (2012) afirman que el sobrepeso y la obesidad inciden negativamente en la percepción social y actitudinal que tienen los niños y niñas sobre su propio cuerpo. Igualmente, en la presente investigación sobresalió la afectación de la autoestima en los niños estudiados, emergiendo en estos el sentimiento de “ser diferentes”, la afectación de las burlas por parte de los pares, la inseguridad, la sensación de no ser queridos, las dificultades en la comunicación y el contacto social, la dependencia, el sentimiento de vergüenza y de limitación ante las actividades de la vida diaria y de ocio, así como sentimientos de inferioridad y de exclusión.

Cuando se comparan los resultados de esta investigación con los de Sánchez y Ruiz (2015), que igualmente aplicaron las figuras de Collins, se encontraron algunas coincidencias. Respecto a la identificación de la figura a la que les gustaría parecerse, los niños de este estudio eligieron las indicativas de normopeso, lo cual puede dificultar la percepción de riesgo y evidencia el empleo en los niños de mecanismos de defensa de negación. Igualmente, el hecho de que percibieran negativamente las figuras indicativas de sobrepeso (en tanto enferma, fea, o figura a la que no les gustaría parecerse), evidencian INC y autoestima disminuida.

En lo que respecta a los estados afectivos, en este estudio se encontró coincidencia con lo reportado por Meléndez, Cañez y Frías (2010), quienes refieren que el miedo a la obesidad, la obsesión por la delgadez, la ansiedad por los alimentos, así como la presión social sobre la IC, fueron los principales factores asociados a los comportamientos alimentarios de riesgo en niños. Esto confirma el supuesto de que los elementos analizados, en tanto repercusiones psicológicas de la obesidad, actúan no solo como consecuencias, sino también como desencadenantes y, más aún, como mantenedores de la obesidad (Fuillerat, 2005; Baile, 2014). La ansiedad,

en tanto el estado afectivo predominante en los niños estudiados en la presente investigación, responde precisamente a los malestares psicológicos asociados a la condición obesa y constituye, a su vez, el generador más potente de la ingesta compulsiva.

De igual forma, Amigo-Vázquez, Busto-Zapico, Peña-Suárez y Fernández-Rodríguez (2015) plantean que determinados estados afectivos pueden favorecer el incremento del IMC en los niños, relacionado éste con la reducción de horas de sueño que se asocia a dichos estados. Por tanto, en futuras investigaciones, habría que profundizar en la comprensión de la relación entre las variables: estados afectivos, horas de sueño e IMC.

Los resultados del presente estudio coinciden con los encontrados por García-Falconi et al. (2016), quienes plantean que la identidad de los niños está atravesada por el “ser gordo”, adjetivo que estigmatiza y condiciona todas sus acciones, provocando una dura autocrítica y mayor ansiedad, la que frecuentemente los lleva a comer compulsivamente. Igualmente, Acosta (2011) concluyó que el hecho de sentirse obeso puede afectar la manera en como se trata a una persona y cómo ésta se siente consigo misma. En los niños de este estudio prevaleció una pobre imagen de sí mismos, sensaciones de inferioridad y rechazo, así como dificultades para hacer amigos.

Con respecto a las relaciones afectivas familiares compensatorias, según Domínguez y Olivares (2008), como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta, derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y las costumbres familiares que les resultan agradables, adoptando las conductas que repetirán en el futuro. El contexto social en el que funciona la familia moderna ha hecho que en la actualidad las decisiones sobre la alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar, por medio de la insistencia y la manipulación (Tejeda y Jesús, 2015). Además, Marí-Klose, Marí-Klose, Vaquera y Argeseanu (2010) plantearon que la presencia de los abuelos en el hogar podría ser especialmente importante, puesto que es posible que toleren mayores niveles de ingesta en sus nietos, o sean más proclives a

proporcionarles alimentos que afecten negativamente su peso (e.g., dulces, caramelos) y que, en general, se muestren menos preocupados por las consecuencias negativas de la OI. En la mayoría de los casos del presente estudio, la figura de los abuelos resultó transgresora en el cumplimiento de la dieta indicada y de las pautas establecidas por los padres. En los abuelos entrevistados no se les percibió conscientes de la necesidad de establecer estos cambios, y la permisividad (como patrón educativo predominante) se asoció a la ausencia de una real movilización de la conducta hacia el establecimiento de HA y AF en los niños.

En lo que respecta a las actitudes familiares, en este estudio se encontró coincidencia con algunos de los resultados reportados por Ávila (2012), quien encontró que las madres indulgentes, en este caso compatibles con la permisividad, no realizan ejercicio y tampoco inculcan que su familia lo realice, permiten que sus hijos decidan si quieren realizar alguna AF, responsabilizan a sus hijos del tipo de alimentación que llevan y de la vida sedentaria que mantienen, permiten que coman todos los alimentos que se les antojen y no tienen control sobre la cantidad de alimento ingerida, utilizan sinónimos positivos para referirse a la obesidad de sus hijos (e.g., *“está robusto, está llenito, pero no gordo”*), lo cual confirma la presencia de mitos relacionados con los ideales de belleza, estética y salud, y la consiguiente disminución de la percepción de riesgo.

Además, son madres que la mayoría de las veces no realizan el desayuno para la familia, ya que aseguran que los niños no lo consumen, y en los horarios de comida siempre permiten que sus hijos vean la televisión. Asimismo, Ávila (2012) señaló que las madres indecisas, en este caso compatibles con la inconsistencia, no incluyen el ejercicio en su vida diaria, solo preparan alimentos que sean del agrado de la familia y no los necesarios para una adecuada alimentación. Permiten que los abuelos se involucren en la preparación de la comida, sin embargo no están de acuerdo con los alimentos que éstos les proporcionan a los niños. Unas veces prohíben, otras exigen, permiten ver la televisión cuando la familia está comiendo, pero en ocasiones la apagan con la finalidad de reprender a su hijo por no comer

sus alimentos. Coincidiendo con estos resultados, en la investigación presente se apreciaron actitudes familiares donde se premiaba, castigaba o ignoraba alternativamente la misma conducta del niño en relación con la alimentación, estableciéndose un sistema arbitrario de premios y castigos, prevaleciendo la inestabilidad emocional, sin centrarse en el objetivo principal, que es la promoción de hábitos saludables.

Además, en este estudio se encontró que las madres tenían actitudes sobreprotectoras, lo cual, sin embargo, es contrario a lo reportado por Castañeda (2015), quien refirió que la sobreprotección no parece ser una actitud que caracterice a las madres de niños con obesidad. Dicha autora plantea que esto puede deberse a que la percepción que las madres tienen de sus niños no está en la línea de una enfermedad crónica, sino de “algo pasajero”. En el caso de la presente investigación, la mayoría de los niños presentaba alguna patología orgánica como consecuencia de su condición obesa. Resultaría relevante que futuras investigaciones tuvieran en cuenta la comorbilidad, así como la composición corporal u otros parámetros clínicos. Otros elementos, como la percepción de riesgo, las estrategias de afrontamiento y los mitos e ideales de belleza, estética y salud, pudieran enriquecer los resultados, algunos de los cuales han emergido subyacentemente en el presente estudio.

Como conclusión, es este estudio se pudo identificar la prevalencia –tanto en los niños como en los familiares– de HA y de AF no saludables, confirmando la premisa de que las prácticas parentales de alimentación y AF tienen efectos directos sobre los hábitos de sus hijos, influyendo en las preferencias por ciertos alimentos y en la regulación de su consumo de energía. Muchas de las variables analizadas (INC, baja autoestima, estados afectivos con alteraciones) se comportan como consecuencia de la condición de obesidad y, a su vez, se manifiestan como mantenedoras de la misma. Las vivencias displacenteras generadas por la obesidad provocan el recrudecimiento de los HA y de AF no saludables, en tanto los niños canalizan estas vivencias y estados afectivos negativos a través de la comida y el consumo sedentario de medios audiovisuales, lo que

conduce al aislamiento social. También se pudo apreciar la influencia de las diferentes variables familiares en el mantenimiento de la OI. De esta manera, la prevalencia de relaciones afectivas familiares compensatorias y actitudes familiares potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en el niño, se encuentran estrechamente relacionados con las dificultades en el establecimiento de hábitos saludables, tanto de alimentación como de AF, en los niños. Esto principalmente debido a que predomina la dificultad en el establecimiento de límites, la promoción de motivaciones inadecuadas para la reducción del peso, dificultades en la autoestima, estados afectivos negativos, y estrategias ineficientes para el afrontamiento de la obesidad.

Partiendo de la caracterización de los HA y de AF tanto en los niños como en sus familiares, así como de los factores psicológicos y familiares que influyen en la obesidad del grupo de niños estudiados, se propone la necesidad de diseñar e implementar un programa de intervención psicológica dirigido a la disminución de la condición obesa de estos niños, a través de la instauración de HA y de AF saludables no solo en el niño sino en todo el contexto familiar, así como el manejo de otros factores de índole psicosocial que parecen actuar como mantenedores de la obesidad.

REFERENCIAS

- Acosta, L. I. (2011). *Intervención educativa para la prevención de obesidad en escolares de 8 a 12 años de la Cabecera Municipal de Tamazula de Gordiano*, Jalisco, 2009 [Tesis de maestría]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en http://catalogoinsp.mx/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=12040&shelfbrowse_itemnumber=53140
- Álvarez, A. (2007). *Investigación cualitativa*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Alvarez, H. (2016). *Chile: Primer lugar en obesidad infantil en América Latina y sus consecuencias físicas, psicológicas y en la salud de la sociedad*. Universidad de San Sebastián, Instituto de Políticas Públicas en Salud. Disponible en <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/obesidad/chile-primer-lugar-en-obesidad-infantil-en-america-latina-y-sus/2016-01-26/171149.html>
- Amigo-Vázquez, I., Busto-Zapico, R., Peña-Suárez, E. y Fernández-Rodríguez, C. (2015). La influencia del sueño y los estados emocionales sobre el índice de masa corporal infantil. *Anales de Pediatría*, 82(2), 83-88. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.03.013>
- Arés, P. (2010). *La familia: Una mirada desde la psicología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Ávila, M. N. (2012). *Percepción de las madres con respecto al peso corporal de sus hijos y sus prácticas de alimentación* [Tesis doctoral]. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Disponible en <http://eprints.uanl.mx/3447/>
- Baile, J. I. (2014). Prevención y tratamiento de la obesidad desde la psicología. Conferencia magistral presentada en la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, La Habana, Cuba.
- Bermejo, A., Orozco, F., Ordóñez, J. y Parga, C. (2016). Obesidad infantil: Nuevo reto mundial de malnutrición en la actualidad. *Biociencias*, 11(2), 27-36.
- Blai, R. (2015). *Consejo y orientación terapéutica de los trastornos de ansiedad y de los trastornos de la alimentación*. Disponible en <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/psicologia-y-nutricion/ingesta-compulsiva/>
- Castañeda, A. M. (2005). La adaptación del niño obeso y la relación con la actitud materna. *Avances en Psicología*, 13(1), 125-148.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 199-208. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199103\)10:2<199::AID-EAT2260100209>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199103)10:2<199::AID-EAT2260100209>3.0.CO;2-D)
- Chueca, M., Azcona, C. y Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1), 127-141.
- Días-Encinas, D. R. y Enríquez-Sandoval, D. R. (2007). Obesidad infantil: Ansiedad y familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 24(1), 22-26.
- Díaz, M. E., Vázquez, V., Niebla, M., Delgado, A., Rodríguez, L. y Díaz, Y. (2014). Análisis de las representaciones y creencias sobre la obesidad infantil en escolares cubanos. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 34(7), 45.
- Domínguez, P. y Olivares, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249-255.
- Edo, A., Montaner, I., Bosch, A., Casademont, N. R., Fábrega, M. T., Fernández, A. et al. (2010). Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 12(45), 53-65.
- Fuillerat, A. (2005). Psicología y nutrición infanto-juvenil. En E. Hernández y J. Grau (Eds.), *Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 507-536). México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- García, A. (2013). *Psicopatología infantil: Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- García, D. L. y López, K. (2013). *Hábitos alimenticios como factores de riesgos determinantes para la génesis de obesidad en escolares*. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
- García, J. y Fonseca, C. (2012). La actividad física en los y las jóvenes mexicanos y mexicanas: Un análisis comparativo entre las universidades públicas y privadas. *MHSalud: Revista en*

- Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 9(2), 1-29.
- García-Falconi, R., Rivas, V., Hernández, J. E., García, H. y Braqbien, C. (2016). Ansiedad, depresión, hábitos alimentarios y actividad en niños con sobrepeso y obesidad. *Horizonte Sanitario*, 15(2), 91-97.
- Gussinyé, S. (2005). *Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil "Niños en movimiento"* [Tesis doctoral]. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en http://www.tdx.ces-ca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0314107-165335//sgc1de1.pdf
- Ireba, L. (2014). *Sobrepeso y obesidad infantil: El ejercicio físico como herramienta principal en la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil* [Tesis de especialidad]. La Plata, Argentina: Universidad Nacional de La Plata. Disponible en <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1010/te.1010.pdf>
- López, R., González, V. y González, Y. (2014). Estado nutricional, sedentarismo y características familiares en escolarizados de seis a diez años de edad. *Revista Ciencias Biomédicas*, 5(1), 71-78.
- Mancipe, J. A., García, S. S., Correa, J. E., Meneses-Echávez, J. F., González-Jiménez, E. y Schmidt-Rio Valle, J. (2015). Efectividad de las intervenciones educativas realizadas en América Latina para la prevención del sobrepeso y obesidad infantil en niños escolares de 6 a 17 años: Una revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 102-114. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.1.8146>.
- Marí-Klose, P., Marí-Klose, M., Vaquera, E. y Argeseanu, S. (2010). *Infancia y futuro: Nuevas realidades, nuevos retos*. Disponible en https://prensa.lacaixa.es/obrasocial/show_annex.html?id=16753
- Martínez, M. L., García, P., Aguilar, R. M., Vázquez, L., Gutiérrez, G. y Cerda, R. M. (2011). Asociación sobrepeso-obesidad y tiempo de ver televisión en preescolares: Ciudad fronteriza Noroeste de México. *Revista Enfermería Universitaria*, 8(2), 12-17.
- Martínez, M. Y. (2017). *Aspectos socioculturales asociados a la percepción de la imagen corporal en niños escolares de 6 a 8 años de edad*. [Tesis de licenciatura]. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Meléndez, J. M., Cañez, G. M. y Frías, H. (2010). Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), 1131-1147.
- Mestas, L., Gordillo, F., Arana, J. M. y Salvador, J. (2012). Síntesis y nuevas aportaciones para el estudio de la obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(2), 99-105.
- Morales, P., Santos, J. L., González, A., Ho, J. y Hodgson, M. I. (2012). Validación factorial de un cuestionario para medir la conducta de comer en ausencia de hambre y su asociación con obesidad infantil. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(5), 431-437. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000500004>
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil*. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf
- Pallares, J. y Baile, J. (2012). Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 6(2), 13-21.
- Peroni, A. (2005). Obesidad y sobrepeso infantil: Estudio cualitativo en las familias pobres de Penalolén, Chile. *Salud Problema*, 10(18), 7-24.
- Piñero, R. (2015). *Obesidad en la infancia y la adolescencia*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Pompa, E. G. (2011). *Evaluación de un programa multidisciplinario para reducir los niveles de ansiedad, depresión e índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad* [Tesis doctoral]. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Disponible en <http://eprints.uanl.mx/2684/>
- Quirantes, A. (2008). Dar la cara a la obesidad. *Revista Mujeres*, 406, 40-42.
- Ratner, R., Durán, S., Garrido, M. J., Balmaceda, S. y Atalah, E. (2013). Impacto de una intervención en alimentación y nutrición en escolares. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(6), 634-640. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000600006>
- Reyes, G. E. (2014). *Relaciones intrafamiliares y obesidad infantil en niños de 7 a 11 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS* [Tesis de especialidad]. Toluca, México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14893/Tesis.417936.pdf>
- Romero-Pérez, E. M., De Paz-Fernández, J. A., Camberos-Castañeda, N. A., Tánori-Tapia, J. M., Bernal-Rayes, F. y Márquez-Rosa, S. (2015). Evaluación de los estados de ansiedad y depresión de niños obesos después de participar en un programa de ejercicio físico. *Biociencia*, 17(1), 11-15.
- Sánchez, J. J. y Ruiz, A. O. (2015). Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 38-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>
- Savino, A., Pelliccia, P., Giannini, C., De Giorgis, T., Cataldo, I., Chiarelli, F. et al. (2011). Implications for kidney disease in obese children and adolescents. *Pediatric Nephrology*, 26(5), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00467-010-1659-y>
- Steinberger, J., Moran, A., Hong, C. P., Jacobs, D. R. y Sinaiko, A. R. (2001). Adiposity in childhood predicts obesity and insulin resistance in young adulthood. *Journal of Pediatrics*, 138(4), 469-473. <https://doi.org/10.1067/mpd.2001.112658>
- Tejeda, R. y Jesús, M. (2015). La alimentación familiar: Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 22, 2352-2381.
- Trejo, P. M., Jasso, S., Mollinedo, F. E. y Lugo, L. G. (2012). Relación entre actividad física y obesidad en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(1), 34-41.
- Trujano, P., De Gracia, M., Nava, C. y Limón, G. R. (2014). Sobrepeso

y obesidad en preadolescentes mexicanos: Estudio descriptivo, variables correlacionadas y directrices de prevención. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 119-130. <http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.12>

Vázquez, V. y López, J. C. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista*

de Endocrinología y Nutrición, 9(2), 91-96.

Visser, R. (2012). Sobre la prevención de la obesidad y la filosofía de vida saludable. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 22(2), 340-34.