



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Niños que Comen Mucho o Poco: Propuesta Psicoeducativa para Padres

TESINA

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

Presenta

Olga Lidia Sánchez Salgado

Asesor

Lic. Jorge Montoya AVECÍAS

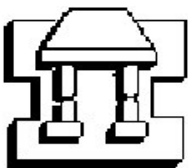
Dictaminadores

Lic. Jorge Alfonso Rodríguez Gómez

Lic. Isaac Pérez Zamora

Tlalnepantla, Edo. de México.

Los Reyes Iztacala, Mayo 2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Un sueño es una semilla,
la semilla de un árbol
de un árbol lleno de vida
y de las cosas que pueden ser.

Tus sueños son las ventanas
por las cuales puedes ver
un poco de tu futuro
y las cosas que serás,

Cada noche cuando duermes
alimentas la semilla,
la semilla del árbol que serás.

Agradecimientos

“Los golpes de la adversidad son muy amargos, pero nunca son estériles” Renán

A Dios,
porque me ha dado la fortaleza de seguir en este camino de la vida.

A mi Madre,
por darme todo su cariño en los años que estuvo conmigo y dejarme el mejor regalo su ejemplo.

A mi Padre,
por darme la libertad de hacer y ser lo que he querido.

A ti Israel,
para que siempre sigas tus propios sueños y no los abandones, gracias por existir.

A mi Tía Canta,
porque en memoria de mi mamá siempre ha buscado mi bienestar gracias.

A mi prima Licha,
por todos los momentos compartidos gracias prima te quiero.

Mil gracias: Jaqueline, Roxana y Adriana
por abrirme las puerta de su casa y de su corazón las estimo mucho.

A mi amiga Luz Galván,
por inyectarme el deseo de luchar por mis propios sueños, gracias por todo.

A Ana,
por ser una estupenda amiga, gracias por tu amistad.

Al ángel que Dios,
me permitió conocer hace años, a ti Georgina por tu amistad y apoyo incondicional. Te quiero mucho.

Reconocimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de tener una profesión, y ser el lugar donde los sueños se pueden hacer realidad.

A mis asesores porque dentro de sus muchas ocupaciones se dan el tiempo para que cada estudiante logre el termino de su sueño.

A Jorge Montoya no solo por ser mi guía en este trabajo, sino por motivar a todos los que caemos en sus manos para que vayamos en búsqueda de nuestras alas para volar dentro de la profesión que decidimos elegir, la Psicología.

.

Olga

Índice

pág.

Resumen	III
Introducción	IV
Capítulo I <i>Obesidad Vs. Desnutrición</i>	
1. Concepto y diferencias entre Obesidad vs. Desnutrición	2
1.2. Clasificación de la Obesidad	6
1.3. Niveles de Desnutrición	11
1.4. Situación de la Obesidad y Desnutrición en México	15
1.5. Consecuencias de la Obesidad y Desnutrición	22
Capítulo II <i>Factores de la Obesidad vs Desnutrición y su Tratamiento</i>	
2. Factores Predisponentes y Mantenedores	33
2.1. Factores Familiares	38
2.2. Factores Sociales	51
2.3. Factores Psicológicos	58
2.4. Tratamiento de la Obesidad en Niños	64
2.5. Tratamiento de la Desnutrición en Niños	73
Capítulo III <i>Propuesta Psicoeducativa para Padres con Niños y Niñas de entre los 6 a los 8 años de edad.</i>	
3.1. Justificación	77
3.2. Recomendaciones y Sugerencias	81
3.3. Actividades	82
3.4. Comentarios Finales	83
Conclusiones	85
Bibliohemerografía	91
Apéndice 1	98

R_esumen

La obesidad y la desnutrición en los últimos tiempos son temas que han dejado de ser exclusivos del sector salud. Hoy en día la Psicología es una de las disciplinas que ha abierto un panorama en torno a la manera de cómo ser tratadas y en su caso como prevenirlas. Actualmente la Psicología no solo investiga los factores que generan un exceso o déficit en la conducta alimenticia, en particular se ha abocado a la población infantil que padecen obesidad o bien desnutrición

Encontrándose entre otras cosas que la alimentación balanceada es fundamental para prevenir la obesidad o la desnutrición, a la vez los padres parecen tener un papel importante en la presencia o ausencia de estas enfermedades debido a que son los responsables en primera instancia no sólo por la calidad de los alimentos que dan a los niños sino por los hábitos alimenticios que tienen como familia, aunado a la personalidad de los padres y al ambiente que generan a la hora de comer parecen ser factores que contribuyen a la presencia de dichas enfermedades.

De ahí que dada la situación que prevalece en el país, así como los factores que se relacionan con la obesidad y desnutrición en la presente tesina, se tiene como objetivo hacer una investigación documental sobre la alimentación infantil y sus problemas (obesidad vs. desnutrición) que permita sustentar una propuesta psicoeducativa para los padres que contribuya como una medida de información y de alerta ante la situación de un exceso o déficit de alimentación y que comprenda las repercusiones no solo de salud sino también psicológicas en los infantes de edad escolar.

Introducción

El comer y las emociones están estrechamente unidos, la comida y el amor significan muchas veces lo mismo. Los padres les dan a sus hijos un dulce o un helado en señal de cariño, o un chocolate como signo de amor. Sin embargo, aunque los sentimientos influyan tan fácilmente en el comer, éste, es de hecho un hábito básico que se forma cuando los niños son todavía pequeños: el modo de comer queda establecido para el resto de la vida de la persona (Pearce, 1995). Por tanto los buenos hábitos o malos hábitos quedan dentro del aprendizaje de los miembros de una familia. De ahí que en los últimos tiempos se dé importancia al tema de la alimentación y a sus repercusiones en los diferentes ámbitos de salud, social y psicológico. Recordando así al ser humano como un ser biopsicosocial.

Muchos niños utilizan la comida, percibida como un valor sólido en las convicciones paternas, como una llave para abrir voluntades o para cerrar definitivamente, en los casos más graves, la puerta de la comunicación (Gavino, 1995). Así mismo, la moda en estas décadas favorecen una imagen esbelta y delgada, donde los adolescentes e incluso los niños intentan imitar tanto en la forma de vestir, el peinado y en la medida de lo posible la delgadez.

Por lo cual, entre las madres se ha vuelto un tema de conversación la comida de los niños en torno a “comer bien” ó “comer mal” y comer “mucho” ó “poco”, de donde se desprende el problema de la alimentación destacándose la *obesidad* y la *desnutrición* infantil.

Así, tanto la *obesidad* como la *desnutrición* se consideran enfermedades porque traen como añadidura otras. En el caso de la *obesidad*, Crotte (1986) menciona que la obesidad en la infancia presenta un crítico problema de salud que se relaciona con enfermedades severas, de hipertensión vascular y cardiovascular haciéndose presentes en la edad adulta, porque niños obesos tienden a convertirse en adultos obesos. También la *obesidad* trae como consecuencia el ser el blanco de bromas y castigos y ser niños aislados.

La *obesidad* es la enfermedad metabólica más frecuente observada en la población y se identifica como un sobrepeso mayor a dos desviaciones estándar del peso medio correspondiente a su talla y edad, con la condición que éste exceso de peso sea por una acumulación de grasa de reserva a consecuencia de un desbalance en la ingesta y del consumo energético (Ajuriaguerra, 1996; González, 1993 en Ríos, 2002).

Los factores de la *obesidad* tienen relación con lo genético, bioquímico, metabólico, condiciones socioeconómicas y psicológicas, de esta última se desprende la ansiedad, el estrés y la depresión (García, 1996). Este autor además destaca el estilo de vida, donde se reconoce al sedentarismo, los hábitos alimenticios, la situación familiar como parte causal de la *obesidad*.

Aunado a lo anterior, para el caso de los niños se puede agregar que los problemas alimenticios los ocasionan los padres quienes dan una alimentación dentro de un ambiente de tensión y de estrés originado por el cansancio de éstos que generan irritabilidad y poca paciencia incrementando los momentos de tensión y ansiedad a la hora de comer y que afecta a los niños (Pearce, 1995).

En contra posición la *desnutrición* es considerado como el efecto combinado de la deficiencia de proteínas en la dieta, con un aporte que puede ser insuficiente, o en exceso

de energías y otros nutrimentos (Vega, 1991). Al respecto Martínez (1992) define a la *desnutrición* como un estado deficiente de nutrimentos, siendo por tanto una situación de consumo o pérdida excesiva de calorías que afecta el aporte y metabolismo de los principios alimenticios.

Los factores que la desencadenan van desde lo socioeconómico, ambientales, deprivación afectiva, acceso a la salud y educación, condiciones de vivienda; además de destete precoz y la introducción inadecuada de alimentos artificiales, aunado a la edad y escolaridad de la madre, número de hijos, entre otros (Ibáñez, 2004).

En México la *obesidad* en niños y adolescentes es un padecimiento que ha venido aumentando su incidencia y prevalencia dentro de la población mexicana. En el Distrito Federal y otros estados del país se han estudiado las características de crecimiento en la población infantil, señalando que la presencia de la *obesidad* y sobrepeso tanto en niñas como en niños; así como de sus madres, es mayor que en años anteriores (Calzada, 2002 en Ríos, 2002).

Y en relación a la *desnutrición* el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática en el 2003, señala que la *desnutrición* leve se encuentra dentro de las quince principales causas de muerte por enfermedad en nuestro país, debido a que de cada 100 mil habitantes el 230.3 la padece. Y esto se inicia desde los primeros años de vida del infante pues por cada 100 habitantes menores de cinco años el 8.1% en hombre y el 7.2% en mujeres presentan una baja de peso para su edad.

De tal forma tanto la *obesidad* como la *desnutrición* son dos problemas de salud que se presentan en el país y que no solo requieren del sector salud para aminorarlo sino de un

trabajo multidisciplinario de diferentes profesionales de entre los que se destaca a los encargados de la Psicología.

En la presente tesina se hace un recorrido de información documental del problema de la *obesidad* y *desnutrición* infantil, que permitió elaborar una guía psicoeducativa para padres donde se da información de los hábitos alimenticios, así como de la personalidad de los padres que parece influir en la *obesidad* y *desnutrición* infantil, lo anterior permite que los padres de familia conozcan las consecuencias que con lleva tanto físicas como psicológicas en los niños el exceso o déficit de alimentos, esto es, comer mucho o poco.

O

besidad

VS.

Desnutrición

“Quienquiera que haya sido el padre de una enfermedad, una mala dieta fue la madre”.

Herbert George

Muchos de los problemas alimenticios de los adultos se remontan a la primera infancia; por este motivo es mejor resolver las cosas al principio en lugar de esperar y desear lo mejor.

Recientemente los expertos, que están en relación directa con los problemas de los países en vías de desarrollo como México, han cambiado su punto de vista respecto a la mala nutrición, lo que se creía era un problema de salud, ha comenzado a considerarse como el principal obstáculo para el desarrollo. De ahí que la *desnutrición* y la *obesidad*, están adquiriendo importancia en nuestro país.

1. Concepto y diferencias entre *Obesidad vs. Desnutrición*

Tanto la *obesidad* como la *desnutrición* se consideran enfermedades porque traen a su vez otras que deben atenderse dentro del sector salud. Pues la provisión de nutrientes esenciales para el ser humano en cantidades adecuadas es necesaria tanto para el mantenimiento de los tejidos como para la generación de nuevos tejidos. El aporte insuficiente o excesivo de requerimientos puede ocasionar un desequilibrio en la ingesta alimentaría llevando consigo problemas tanto físicos como psicológicos en aquellos que lo padecen.

Es importante destacar que de acuerdo al DSM-IV (1994) los trastornos de la alimentación contemplados por la American Psychiatric Association son: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Conducta Alimentaría donde se incluye al trastorno por sobre-alimentación. Quedando fuera la *obesidad*, pues se considera en el ICD-10-CM como un trastorno físico, dado que desde su punto de vista no tiene relación con ningún síndrome psicológico o conductual con características exclusivas (Álvarez, 1998).

Sin embargo, existen una serie factores multicausales y una serie de consecuencias que se ven afectadas por la *obesidad*, teniendo ésta estrecha relación con la parte psicológica de quien la presenta. Y de acuerdo con López (1998) es conveniente diferenciar entre la *obesidad* y el sobre peso, donde éste último se caracteriza de un aumento de peso corporal, establecido de manera arbitraria a partir de un estándar poblacional, en tanto la *obesidad* es una alta proporción anormal de grasa corporal.

Por lo anterior, resulta conveniente definir la *obesidad*. De esta forma se describe a la *obesidad* como un estado caracterizado por una excesiva acumulación y almacenamiento de grasa en el tejido adiposo, en relación con la masa corporal *magra* (Martínez 1992).

Por su parte, García (1996) la considera como la acumulación excesiva de grasa en un individuo propiciado por el desequilibrio entre la cantidad de calorías ingeridas y el gasto energético de la misma.

Mientras que para Montenegro (1999) es una enfermedad crónica, de alta complejidad, caracterizada por un exceso de tejido adiposo en relación con la masa corporal *magra* y representa un alto factor de riesgo de morbimortalidad.

En tanto Ajuriaguerra y González (en Ríos, 2002) expresan que la *obesidad* es la enfermedad más frecuente observada en la población, y se identifica como un sobrepeso mayor a dos desviaciones estándar del peso medio correspondiente a su talla y edad, con la condición que este exceso de peso sea una acumulación de grasa reservada a consecuencia de un desbalance en la ingesta y del consumo energético.

Al tratar de definir la *obesidad* se asume el hecho de que no existe una definición única de ésta, sino múltiples definiciones, que responden a la existencia también de las diversas etiologías de la *obesidad*; como son: la teoría genética, la neuro-química, la genética, la celular, la endocrina y finalmente las psicológicas. Por ello actualmente la *obesidad* se considera como un fenómeno multifactorial, donde persisten tanto influencias genéticas como ambientales (Barón, 1995 en Álvarez, 1998).

Para cuestiones del presente trabajo se considera a la *obesidad* como un sobre peso que contiene grasa corporal y es mayor a dos desviaciones estándar del peso medio

correspondiente a la talla y edad, donde se presenta un desbalance en la ingesta y del consumo energético; que se ve influenciado por múltiples factores que la originan y la mantienen.

En el caso de la *desnutrición*, Vega (1991) indica que la deficiente incorporación de nutrimentos a nivel celular se traduce en una condición caracterizada por muy variadas manifestaciones clínicas de diversa severidad llamada *desnutrición*, donde la variabilidad obedece al efecto combinado de la deficiencia de proteínas en la dieta, con un aporte que puede ser insuficiente, adecuado o aún en exceso de energías y otros nutrimentos.

Mientras que la *desnutrición*, la define Martínez (1992) como un estado deficiente de nutrimentos, que expresa todas las condiciones en las que existe un déficit en la ingestión, absorción o utilización de los nutrimentos, o una situación de consumo o pérdida excesiva de calorías, que afecta el aporte y metabolismo de los principios alimenticios.

A la vez, Galván (en Montenegro, 1999) la señala como un estado patológico, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible originado como resultado de la deficiente utilización por las células del organismo, de los nutrientes esenciales y que se acompaña de varias manifestaciones clínicas de acuerdo a factores etiológicos, revistiendo diversos grados de intensidad.

Ibáñez (2004) argumenta que la *desnutrición* es un desbalance entre los aportes y requerimientos de uno varios nutrientes, a la que el organismo responde con un proceso de adaptación, en la medida que ésta situación se prolongue en el tiempo. Un déficit de nutrientes de corta duración sólo compromete a las reservas del organismo, sin alteraciones funcionales importantes; en cambio una *desnutrición* de larga duración puede llegar a comprometer funciones vitales.

Por tanto, la *desnutrición* se considera en la presente investigación como un estado deficiente de nutrimentos que requiere el organismo para realizar sus funciones físicas y psicológicas dentro de los márgenes de la edad y peso en que se encuentre la persona.

En síntesis, se puede diferenciar a la *obesidad* vs. *desnutrición* en cuanto a:

Desnutrición	Obesidad
Deficiencia de nutrientes.	Acumulación excesiva de grasa.
Se da a nivel celular.	Se consumen más calorías de las que se gastan.
Tiene diferente intensidad.	Hay un desbalance entre ingesta y consumo.
Hay un desbalance entre lo que se consume y lo que necesita el organismo.	Es mayor a dos desviaciones estándar del peso de acuerdo a talla y peso.
Es multifactorial	

Figura 1. Diferencia entre obesidad vs. desnutrición

(Sánchez, Salgado, 2004).

Como puede observarse las definiciones son dadas desde una posición meramente de salud física, haciendo entonces importante destacar que si bien la Psicología no se encarga de definiciones que le competen a la salud física, si tiene que involucrarse tanto por los factores que las pueden originar o mantener a la vez de las consecuencias que deja en los que las padecen.

A partir de las definiciones citadas podemos destacar que nos encontramos ante dos *enfermedades* dentro de la alimentación, cuyos opuestos ponen de evidencia un exceso o un déficit alimentario adecuado para el funcionamiento del organismo. Así como de la cantidad requerida por éste, donde un desbalance de los nutrientes ocasiona problemas alimentarios que conllevan no solo a las enfermedades físicas; si no además traen otro

tipo de consecuencias que competen a la Psicología que van desde una baja en el coeficiente intelectual para el caso particular de la *desnutrición* hasta la auto imagen en la *obesidad*.

Tanto la *desnutrición* como la *obesidad* han tomado interés en la Psicología porque además de desarrollarse dentro de una serie de condiciones dadas en las que vive el ser humano, se involucran el aprendizaje en la manera de comer adquirido a lo largo de la vida, el comportamiento de quien la padece y por consiguiente se relaciona tanto la parte emocional como la social aspectos inherentes de todo ser biopsicosocial.

De esta forma, la Psicología se encarga de las consecuencias que le traen a la persona, de los patrones conductuales que se siguen para mantenerla y del ambiente en que se desarrollan. A lo cual, la Psicología tiende a dar su punto de vista en torno a los posibles tratamientos a seguir contemplando lo antes planteado; aunado a promover una detección y prevención hacia aquellos que comen mucho o poco.

1.2. Clasificación de la *Obesidad*

Al ser la *obesidad* una enfermedad multifactorial se comprende entonces que existan diferencias en cuanto a cómo clasificarla. De ahí que se presenten una serie de condiciones tomadas en cuentas para hacerlo. A continuación se presentan las clasificaciones que se consideran más completas y que abarcan la generalidad que manifiestan los autores.

De esta manera encontramos que la *obesidad*, es un trastorno caracterizado por un excesivo cúmulo de grasa corporal, se puede clasificar en dos grupos: *obesidad secundaria o endógena*, que se presenta asociada a algunas enfermedades endocrinas,

trastornos hipotalámicos o síndromes genéticos y corresponde al 5% de los casos, y obesidad primaria también denominada *obesidad* nutricional, *obesidad simple* u *obesidad exógena* (Díaz, 1994).

Para Foz y Formiguera (1998) la *obesidad* se puede clasificar de diferentes maneras según las características que se consideren. De acuerdo a diferencias anatómicas (número de adipositos, de la distribución del tejido adiposo), diferencias según la edad de comienzo (infantil y púbera o en el comienzo de la vida adulta), y de acuerdo a factores etiológicos; predisposición genética y factores ambientales, neuroendocrinológicas, por inactividad física, dieta, por medicamentos, y por factores sociales y psicológicos.

Para la presente tesina se contempla la *obesidad* nutricional, que corresponde a la ingesta de alimentos en exceso de acuerdo a las dos desviaciones estándar establecidas con el peso y talla, para la edad en combinación con los factores ambientales, sociales y psicológicos. En este caso se considera la *nutricional*, debido a que supone más del 95% de todos los casos de *obesidad* en la infancia. Este tipo de *obesidad* se presenta como consecuencia de un desequilibrio prolongado entre el aporte y el consumo de energía (Díaz, op. cit.).

De acuerdo con Foz y Formiguera (op. cit.) un período de aparición de la *obesidad* se sitúa entre los 4 y los 11 años. A esta edad puede haber un aumento progresivo de peso hasta superar el límite máximo considerado normal para la edad. Habitualmente, esta *obesidad* progresiva persiste durante toda la vida.

Por lo cual se habla que en la *obesidad* infantil existen tres fases claramente definidas que permiten su detección temprana y por ende su prevención, de acuerdo con

Montenegro (1999) estas son: la primera es una fase de aceleración del crecimiento, donde el niño cambia en período corto de tiempo, su carril de crecimiento hacia

percentiles mayores y el peso sigue la misma tendencia (*obesidad* compensada); cuando el incremento de talla es incapaz de compensar la ganancia de peso; aparece la segunda fase denominada sobrepeso, donde los hallazgos son talla alta, exceso de peso del 10 al 20% por encima de lo estimado para la talla y aumento del tejido adiposo con masa magra normal y la tercera es la fase clínica o de *obesidad* franca, donde la talla persiste alta pero sin mayor aceleración y el peso sobrepasa el 20% de lo estimado para su talla.

Así, la *obesidad* se puede abordar desde la Psicología como una conducta excesiva de alimento durante la infancia que puede presentar al menos tres fases, cuyas repercusiones físicas como psicológicas se presentan no sólo durante la infancia, sino que pueden continuar cuando son adultos porque la conducta excesiva en la ingesta de alimentos no cambia.

1.2.1. Medición de la *Obesidad* Infantil

La valoración de la *obesidad* se puede realizar simplemente mediante inspección visual, pero no es un método objetivo. Hay que efectuar estudios antropométricos (Díaz, 1994). La Antropometría es un método que mide el grado de *obesidad* en términos de percentiles de adiposidad, de grasa corporal total y calcula la cantidad total de grasa del cuerpo (Foz y Formiguera, 1998). Los parámetros habitualmente utilizados en la valoración nutricional del niño son: *el peso y la talla* que corresponde a la determinación precisa del peso y la talla de un individuo, permite compararlo con unas tablas antropométricas en las que se tiene en cuenta también el sexo y la edad.

Los *métodos comparativos*: donde se compara el peso con las tablas antropométricas las cuales son elaboradas a partir de un estudio de una población determinada; además del

Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) que equivale a la relación entre la altura y el peso, cuya relación del peso es en kilos y la altura en metros.

Los *Pliegues cutáneos* que se puede hacer con un aparato llamado lipocalibre, o bien, puede tomarse un pliegue en ciertos lugares específicos donde haya una alta correlación de grasa corporal total y con el porcentaje de grasa.

Martín y Roche (2001) indican que el IMC tiene mayor aceptación y se correlaciona mejor con el exceso de grasa corporal, pues se estima como peso corporal en kilogramos dividido por la talla expresada en metros (Kg/metros) y resulta fácil de medir y de gran precisión. De acuerdo a los valores del IMC se suelen definir el normo peso (IMC20-24,9), el sobrepeso (IMC=25-29,9) y la *obesidad* (IMC \geq 30).

Un niño se considera obeso cuando su peso está un 20% por arriba del ideal, sin embargo el tomar en cuenta el índice peso para la altura del niño, altura para la edad, y el peso para la edad, son los más adecuados para saber el estado de nutrición de un niño (Astigárraga, 2000).

En los niños, una forma práctica, aunque no exacta, para calcular el peso a partir de los dos años de edad y hasta los cinco, resulta de multiplicar la edad en años por dos más ocho -niño de tres años=3 x 2 + 8=14 Kg. (Serrano y Prieto, 2003).

A continuación se presenta una tabla del Índice de Masa Corporal normal para niños y adolescentes de donde se puede tener una apreciación del peso de los niños a diferentes edades. Y a la vez permite conocer de manera rápida si el niño presenta un 20% arriba de su peso marcado, aunque no debe olvidarse considerar la talla y altura que presente este.

Edad (años)	Niño	Niña
2	16.4	16.4
3	16	15.7
4	15.7	15.4
5	15.5	15.1
6	15.4	15.2
7	15.5	15.5
8	15.8	15.8
9	16.1	16.3
10	16.3	16.8
11	17.2	17.5
12	17.8	18
13	18.2	18.6
14	19.1	19.4
15	19.8	19.9
16	20.5	20.4
17	21.2	20.9
18	21.9	21.3

Figura 2. Muestra el Índice de Masa Corporal (IMC) por Goldberg (2003).

A partir de los datos dados en la figura 2, se puede saber si un niño se encuentra dentro de su peso, o bien este se excedo del 20% para ser considerado como obeso de acuerdo a lo que señala Astigárraga (2000).

A continuación se muestran una serie de parámetros para poder definir *obesidad* en niños.

Índice	Obesidad	Obesidad severa	Comentarios
Peso promedio	>120%	>140%	El peso actual es del 20% o más X para la talla encima del peso promedio para niños de esa talla.
Peso para la talla	>percentil 85	>percentil 95	Existen cartas de referencia fáciles de usar pero no pueden diferenciar la masa magra de la grasa.
Pliegue cutáneo	>percentil 85	>percentil 95	Mide directamente el tejido adiposo del tríceps tejido celular subcutáneo. Es la medida más exacta de obesidad.
Índice de masa	>percentil 85	>percentil 95	Los percentiles son específicos de edad corporal y sexo. Existe mejor correlación en niños pequeños y adolescentes.
Índice corporal	peso >percentil 85	>percentil 95	Mejor correlación en escolares.

Figura 3. Muestra los parámetros para definir obesidad en niños. Blanco (2002).

En síntesis, la *obesidad* infantil tiene que evaluarse no solo desde una apariencia física, sino también desde los diferentes parámetros que indica Blanco (2002) y evitar así una simple visualización de sobre peso en el infante. Estos parámetros pueden ser una guía para aquellos profesionales que no tienen una educación médica respecto al tema, pues engloba los elementos que se llevan a cabo en el sector de salud. Y permiten ubicar al niño dentro de los parámetros de una ingesta excesiva de los alimentos.

1.3. Niveles de *Desnutrición*

Hoy en día se habla de *desnutrición* proteínico energético en niños, cuando se denomina a la *desnutrición* que afecta a los niños pequeños en los países en desarrollo. El doctor Leopoldo Vega Franco, jefe del departamento de salud pública de la Universidad

Nacional Autónoma de México, señala que la *desnutrición* se clasifica como marasmo en términos de atributos clínicos para algunos niños (Ayala, 1997). Sin embargo la *desnutrición* se ha clasificado de acuerdo a diferentes parámetros como son: etiología, intensidad, tiempo de evolución y presentación clínica.

De acuerdo a la *etiología* se clasifica en primaria, secundaria o mixta. La **primaria** es aquella producida por la ingesta insuficiente, inadecuada, desequilibrada o incompleta de nutrientes; la **secundaria** es debida a alteraciones fisiopatológicas existentes que interfieren en cualquiera de los procesos de la nutrición como: alteraciones de la ingesta, digestivas, absorción entre otras y la **mixta** donde se conjuntan tanto factores primarios como secundarios.

Al grado de *intensidad* se clasifican como: **grado I o leve** su disminución es de un *10 a un 25 % del peso* y una reducción importante en la actividad física y mental del individuo. Puede ser reversible si se mejora la alimentación del sujeto que la padece; **grado II o moderada** hay una disminución del *26 al 40% del peso* y la mayoría de sus manifestaciones son reversibles cuando mejora el estado nutricional del individuo y **grado III o severa** cuando el peso corporal es *mayor a 40%* generalmente sus alteraciones funcionales y morfológicas son irreversibles (Martínez, 1992).

Para el caso del *tiempo de evolución* puede ser aguda o crónica. La **aguda** es desencadenada por un proceso patológico que lleva a la supresión brusca de la ingesta y/o aumento del requerimiento y la **crónica** es de evolución lenta y progresivamente, tiene diferentes grados de severidad, se observan alteraciones anatómicas importantes y frecuentemente se encuentran daños irreversibles.

En la *presentación clínica y fisiopatológica* se puede clasificar en: **Marasmo** que es un bajo aporte tanto proteico como calórico, es decir hay una deficiencia de energía y de todos los nutrimentos; **Kwashiorkor o Kwashiorkor-marasmo** esta relacionado con una baja ingesta de proteínas y un adecuado aporte calórico, esto implica una deficiencia de proteínas y en menor grado de otros nutrimentos en presencia de un aporte energético adecuado o aun excesivo. El término marasmo se aplica a los niños cuyo peso esperado para la edad es menor del 60% y el Kwashiorkor es para los pacientes que están entre el 60-80% del peso esperado para la edad (Montenegro, 1999).

En síntesis la *desnutrición* se puede clasificar de acuerdo a:

1. Causa	Primaria (exógena). secundaria (endógena).
2. Tipo	exceso, toxicidad (nutrición excesiva). deficiencia (desnutrición).
3. Nutrimento	vitaminas, elementos, proteínas, fuentes de energía.
4. Grado	leve, moderado, grave o alternativamente. depósitos agotados, lesión bioquímica cambio funcional, lesión estructural.
5. Duración	aguda, subaguda, crónica.
6. Resultado	reversible, irreversible.

Figura 4 *Este cuadro trata los trastornos nutricionales primarios, es decir, los que son provocados por desajustes dietéticos –nutrimentos- (Mc Laren, 1993).

A partir de lo anterior, es importante conocer que la *desnutrición* a nivel infantil se puede dar a diferentes niveles de acuerdo a la causa, duración, así como a sus resultados. Aquí se tomará en cuenta aquella que tiene que ver con la etiología a nivel primario donde

existe una ingesta insuficiente, inadecuada, desequilibrada de los nutrientes. Esto es una *desnutrición* de tipo de Marasmo la cual implica un bajo aporte tanto proteico como calórico, ello implica una deficiencia de energía y de los nutrimentos. Esto en correlación con *obesidad* en la que implica un aumento en el exceso de los nutrientes, cuyo opuesto es la *desnutrición* que presenta una baja en la ingesta de los nutrientes.

De esta manera tenemos dos opuestos el exceso y déficit de nutrientes en los infantes, es decir, el comer mucho o poco. Aspecto por demás de interés en los padres de éstos, entendiéndolo desde una línea exclusiva de la ingesta de los alimentos antes de que la puedan considerar como una enfermedad que puedan padecer sus hijos.

1.3.1. Medición de la *Desnutrición* en Niños.

Al igual que en la *obesidad* en *desnutrición* hay parámetros que indican una *desnutrición* en los infantes, por lo que sí se toma en cuenta que el músculo y la grasa corporal son los elementos que más varían por la deficiencia de proteínas y calorías, la antropometría se convierte en un método útil, en la valoración del estado nutricional. Las medidas como el peso, la talla, la circunferencia del brazo y pierna, la circunferencia cefálica y el pliegue cutáneo, proporcionan información valiosa sobre el estado nutricional (Marín y González, 1993).

La Organización Mundial de la Salud (en Ávila, 1998) considera como normales a los niños con valores antropométricos iguales o mayores a -1 puntuación Z ; con *desnutrición leve* cuando el rango se ubica entre menor de $-1Z$ y mayor de $-2Z$; moderada entre menor o igual a -2 y mayor que $-3Z$, y severa cuando el valor antropométrico se ubica por debajo de $-3Z$ de la población de referencia.

Por su parte Gómez (en Ávila, op.cit.) considera normales a los niños cuyo peso es mayor o igual a 90% del valor de la mediana del peso y el sexo en la población de referencia, el grado I de *desnutrición* corresponde a déficits superiores a 10% e inferiores a 25%, el grado II se ubica entre el 25 y 39.9%, y el grado III es superior a 40%.

Ibáñez (2004) indica que la medición del peso y talla para la edad, y el peso para la talla, constituyen los parámetros más fieles para evaluar crecimiento y estado nutritivo en el niño. Además resulta valioso la evaluación de la curva y velocidad de incremento de estos parámetros en el tiempo, ya que por ejemplo, una desaceleración de la talla de etiología nutricional será habitualmente precedida por menor incremento o baja de peso. También los análisis de laboratorio dan información del grado de nutrición que presentan los niños.

En la medición de la *desnutrición* infantil es conveniente considerar la población sobre la cual se desea saber el estado de *desnutrición* contemplando un rango en torno al peso y la talla para la edad en que se desee conocer, así como el nivel que se presenta siguiendo la clasificación de los porcentajes dados por la Organización Mundial de la Salud y Gómez (en Ávila, 1998). Resultando entonces de interés, el saber como puede clasificarse a un niño desnutrido, pues en la medida de tal conocimiento se entenderán las consecuencias tanto físicas como psicológicas, que se presenten a largo plazo en niños con tal déficit de nutrientes y que repercuten en los diferentes ambientes donde éstos interactúan.

1.4. Situación de la *Obesidad y Desnutrición* en México

En la actualidad la *obesidad* ha rebasado su prevalencia; afectando a un alto porcentaje de la población infantil. Resultando contradictorio que ante la inmensa revolución tecnológica se presente dicho fenómeno, sobre todo porque la difusión de conocimientos

y el grado de preparación que prevalece en los padres de la mayoría de los niños *obesos* es más elevada que hace 40 años (Rodríguez, 1999).

Por su parte suprimir la *desnutrición* actualmente es técnicamente posible debido a que la humanidad dispone de alimentos suficientes para hacerlo de manera óptima, el Fondo para la Agricultura y la Alimentación en 1990-1992 cuantifica la disponibilidad alimentaria; sin embargo la realidad es muy diferente pues las desigualdades económicas, sociales culturales, conducen a un número importante de casos de *desnutrición* (Rangel, 1999).

La *obesidad* infantil es una enfermedad que actualmente preocupa a los pediatras y a los profesionales de la salud, porque representa un factor de riesgo para un número creciente de enfermedades crónicas en la etapa adulta.

Hoy en día la *obesidad*, se ha convertido en una epidemia silenciosa que afecta ya al 15% de la población Europea, en América afecta a un 25 por 100 de la población; la Prevalencia en la edad infantil se aproxima al 3 por 100; una de cada dos personas mayores de 50 años es obesa. En México la Prevalencia de sobrepeso y *obesidad* infantil es de 6.7% en menores de 5 años, ocupando la región norte del país el primer lugar con una Prevalencia de 7.2%; el segundo lugar se encuentra en la región sur y la ciudad de México con 5.3%, y 5.4% respectivamente, según la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999. Nuevo León, de acuerdo con el Diagnóstico Nutriológico de las Familias y Menores de 5 años del estado en el 2000, la Prevalencia que se encontró fue de 18.48% de sobrepeso y *obesidad* por el indicador peso / talla en menores de 5 años (Briones, 2003).

La *obesidad* comúnmente comienza en la infancia entre las edades de 5 y 6 años y durante la adolescencia. Y de acuerdo con la nutrióloga Astigarraga (2000) señala que es alarmante el saber que aproximadamente el 5 a 10 % de los infantes en México tienen algún problema de *obesidad* y que esta cifra va en aumento rápidamente pareciéndose cada vez más a la prevalencia del 30% que presenta nuestro vecino del norte. Esto debido sin duda alguna, a los cambios en la vida diaria como el sedentarismo y las dietas altas en azúcares refinados.

Lo que ha llevado a estimar que la *obesidad* en niños es del 25 al 30%. Se ha incrementado en un 54% en niños de 6 a 11 años y en 39% en adolescentes de 12 a 17 años. Gamma (1999), menciona que la *obesidad* es del 30.03% en niños y el 27.78% en las niñas entre 6 y 11 años (en Ríos, 2002).

Por lo cual la Dra. Yamamoto de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México considera que la *obesidad* en la niñez y la adolescencia es un problema creciente tanto en nuestro país como en el resto del mundo y refiere que los índices nacionales están cercanos a los internacionales, entre 13 a 18% contra 10 y 20%. A su vez el Dr. Fanghanel Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital General de México, menciona que en la última década la incidencia de éste padecimiento en los menores de 6 años paso de 5 al 10% y el rango de 10 a 14 años el aumento fue de 8 a 14% (Olvera, 2002 en Villegas, 2003).

La Dra. Yamamoto (2002) indicó que en un estudio realizado en tres mil alumnos de escuelas públicas y privadas de la delegación Coyoacán y El Oro, Estado de México; se

encontró que los niños rurales miden, en promedio 10 centímetros menos que los del medio urbano. Así, cuando los adolescentes rurales aumentan de peso, tienen una densidad más alta por unidad de estatura, es decir, tienden a ser obesos. Agregó que en el medio rural la alimentación de los niños está basada en hidratos de carbono como cereales y leguminosas; asimismo, su actividad física es intensa, pero su talla está afectada porque no tuvieron las condiciones adecuadas en cuanto a cantidad y aportes de proteínas y otro tipo de nutrientes. Aseguró que para enfrentar el problema de la *obesidad* infantil, los padres, maestros, nutriólogos y médicos deben vigilar más de cerca la alimentación de los niños y su actividad física.

Así mismo, la nutrióloga Astigárraga (2000) alude que si la *obesidad* se presenta entre los seis meses y los siete años de vida, el porcentaje de seguir siendo obesos de adultos es del 40%, sin embargo si la *obesidad* se presenta entre los 10 y los 13 años está probabilidad aumenta hasta el ¡70%!

En tanto Palantoni, (2002) expresa que:

“De acuerdo a diversas encuestas realizadas en México podemos constatar que los principales problemas de nutrición infantil son: la *obesidad*, la *desnutrición* y la *anemia*, principalmente originada por deficiencia de hierro. Alrededor del 16% de los niños menores de 5 años del área metropolitana de la Ciudad de México presentan problemas de sobrepeso u *obesidad*, y este problema se agrava en niños en edad escolar entre los 5 y los 12 años, ya que la cifra alcanza un 34% de dicha población. En contraste, el 18% de los niños menores de 5 años a nivel nacional presentan *desnutrición* crónica y en áreas rurales, esta cifra se eleva hasta el 34 %.

En cuanto a la prevalencia de anemia, el 27% de los niños la padecen a nivel nacional la padecen y en áreas rurales esta cifra se eleva al 49%, situación que provoca problemas en el desarrollo neurocognitivo de los niños y problemas de exploración y atención. Estas condiciones marcarán el desarrollo físico, mental, social y emocional de la población, y lo que no se resuelva en etapas tempranas del desarrollo afectará su potencial futuro” (p, 2).

Para Ling (1999) sufre de *desnutrición* la mitad de los mexicanos, y alrededor de 5 millones de personas en este país padecen un deterioro físico en su nivel más grave a consecuencia de la misma, dio a conocer el Instituto Nacional de la Nutrición. Dicho Instituto afirma que en mil 230 municipios del país, que representan el 51.1 por ciento del total de ellos, al menos seis de cada diez mexicanos están desnutridos. Otro dato abrumador, dado a conocer por la Universidad Autónoma Metropolitana, es que hace apenas dos años, es decir, en 1997, perdieron la vida por *desnutrición* 10 mil 269 mexicanos.

Lo anterior fortalece lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud, la cual señala que la *desnutrición* prevalece como un problema de salud, dicho organismo en su informe anual acerca de las condiciones de salud que prevalecían en 1998, destacó que una tercera parte de los niños del mundo estaban afectados por *desnutrición*, y que en los países en vías de desarrollo 206 millones de ellos sufrían las consecuencias somáticas de esta enfermedad por haberla padecido en edades tempranas (Vera, 1999).

Así, en 1993 y 1994 el Desarrollo Integral de la Familia realizó el Primer y Segundo Censo Nacional de Talla en Escolares, respectivamente, entre todos los niños de primer grado de primaria en el país. Existía la prevalencia de tallas bajas correlacionadas consistentemente con la incidencia de *desnutrición* crónica. En 1995 el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) realizó la Encuesta Urbana de Alimentación en

la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, mediante la cual quedó manifiesta la predominancia de problemas nutricionales por exceso y desequilibrio en la alimentación de la población urbana detectándose un importante número de niños preescolares desnutridos entre la población urbana marginada (Ávila, 1998).

Por su parte, la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco (en Lastra, 1998) llevó a cabo, entre agosto y octubre de 1996, la II Encuesta Estatal de Nutrición 1996. La encuesta de 1996 consideró como unidad de análisis a los niños de 1 a 5 años de edad, y a diferencia de la hecha en 1991, incluyó también a los menores de un año; la muestra fue seleccionada probabilísticamente. Poniendo de manifiesto que la *desnutrición* en Tabasco sigue siendo un problema de salud pública en ese estado de la República Mexicana.

Cuya prevalencia de *desnutrición* de 41% en los niños menores de cinco años muestra que aproximadamente 105 371 niños padecen *desnutrición*; esa cifra se traduce en demandas de atención nutricional que deben dirigirse a 66 820 niños desnutridos leves, 33 410 moderados y 5 140 con *desnutrición* severa. Todos requieren de atención especializada y alimentación complementaria para poder subsistir, sobre todo en los primeros años de vida.

A la luz del análisis de la II Encuesta Estatal de Nutrición 1996 y de las incidencias de *desnutrición* de los grupos etáreos constituidos de acuerdo con las necesidades del Programa Estatal de Nutrición, se observó que el grupo de preescolares (>de 12 a 60 meses) es el más afectado, pues presenta una prevalencia ponderada de 46.1%, en relación con la incidencia de *desnutrición* de 25.3% en el grupo de menores de un año (de 0 a <de 12 meses); la razón fue de 1.8: 1, lo cual destaca que el riesgo es mayor en los niños preescolares.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2003) la *desnutrición* leve se encuentra dentro de las quince enfermedades más importantes del 2000 con una tasa ^a de 230.3 (que corresponde ^a los casos nuevos de enfermedad y la ^b a la tasa de un número de casos) por cada 100 mil habitantes. También señalan que los niños de 0 a 5 años presentan una baja de peso para la edad, esto es, 8.1 en hombres y el 7.2 para mujeres.

Es evidente que para eliminar la *desnutrición* como problema de salud pública es imprescindible contar con la voluntad política de los dirigentes sociales. En México, donde cuatro de cada diez niños nacen y crecen en condiciones de pobreza extrema, los dirigentes políticos tienen por delante una gran tarea (Vega, 1999).

Resulta preocupante el conocer que tanto la *obesidad* como la *desnutrición* en la población de nuestro país presenta altos índices dentro de la población infantil, por lo que es necesario que se cuenten con medidas de prevención que contribuyan a disminuir el porcentaje que impera en dicha población. Además que con las medidas preventivas se pudiera aminorar las repercusiones físicas y psicológicas y también el costo de atención de salud se verá beneficiado, pues los niños que hoy sufren alguna de las dos enfermedades, mañana serán adultos que para el caso de la *obesidad* podrían seguir presentándola o bien que las consecuencias resultantes de la *desnutrición* requerirán atención médica y psicológica.

1.5. Consecuencias de la *Obesidad* y *Desnutrición*

Como toda enfermedad tanto la *Obesidad* como la *Desnutrición* dejan secuelas en quienes la padecen, para el caso de los niños éstas pueden ser no sólo de índole físicas sino también psicológicas ambas requieren del trabajo multidisciplinario para hacerles frente durante el desarrollo del infante permitiendo poder ofrecer una mejor calidad de vida y desarrollo a quienes las padecieron o pudieran padecerlas.

Sin embargo, nos encontramos que los padres muchas de las veces sólo hacen énfasis en las repercusiones que ellos pueden ver, como es el caso de las físicas y poco o nada saben de las secuelas que dejan en sus hijos dentro del área psicológica.

De ahí, que resulta importante el enfatizar y dar a conocer a los padres estas consecuencias que son tan importantes como las primeras y que también requieren de atención porque no se quitan con el tiempo y en muchos de los casos dañan aún más el desarrollo de los niños. De ahí, que a continuación se presentan las consecuencias tanto físicas como psicológicas dentro de la *obesidad vs. desnutrición*.

1.5.1. Físicas

La *obesidad* al formar parte de una enfermedad que trae como consecuencias físicas en los niños aquellas que corresponden de acuerdo con Goldberg (2003), a fatiga fácil, estrías. En los niños obesos aumenta la incidencia de la diabetes mellitus y el riesgo de intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial y alteraciones de lípidos (aumento de colesterol y triglicéridos).

Además de traer entre otras consecuencias la asociación a enfermedades cardiovasculares, del 20% al 30% de los niños obesos entre 5 y 11 años pueden presentar hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, artritis, alta presión sanguínea, indigestión, problemas en la vesícula biliar, diabetes, problemas cutáneos, accidentes, problemas torácicos (Pearce, 1995). Y el inicio de la menarquia más temprano en niñas obesas y existen más alteraciones en el ciclo menstrual así como mayor frecuencia del síndrome de ovarios poliquísticos (Martínez, 1998).

La mayor parte de las investigaciones sobre *obesidad* han sido realizadas con adultos, pero se sabe que los niños mayores que son gordos tenderán a convertirse en adultos gordos, teniendo mayor riesgo de presentar algunos de los problemas antes citados.

Es importante enfatizar que la repercusión que individualmente tiene la *desnutrición*, depende de la edad del infante, de la gravedad de su enfermedad y del tiempo que el niño se vea afectado por ella. A la vez, las consecuencias a que da lugar pueden ser inmediatas en su presentación, o sea durante el estadio agudo de la enfermedad; y mediatas, es decir, cuando la recuperación nutricional ya ha tenido efecto (Vega, 1991).

Algunas de sus consecuencias son el ser presa fácil de las enfermedades, su crecimiento ulterior se afecta dando lugar a niños con menor talla, presentan cierta limitación en el desarrollo de algunas de sus funciones mentales, hay deficiencia extrema de vitamina C que afecta al sistema inmunológico, esto es, son más susceptibles a las infecciones. Además el tamaño de los órganos y su formación fisiológica se encuentra alterada, hay pérdida de peso, cabello fino despigmentado fácilmente arrancable, presentan piel escamosa, seca o pigmentada y los dientes con manchas, encías sangrantes y aumento del hígado y anemia (Román, 1983).

Las enfermedades como parte de las consecuencias de la *obesidad vs. desnutrición* requieren de atención médica ya sea a corto o largo plazo trayendo como añadidura un costo económico para su atención. En torno a esto la Psicología es una disciplina que se ha dedicado entre otras cosas a procurar el bienestar no solo de salud física, sino también psicológica de las personas.

La Psicología en los últimos tiempos es una disciplina que a través de sus posturas teóricas como la conductual, sistémica familiar, cognitivo-conductual, establece entre el ser humano y su entorno una relación en su propio beneficio haciendo frente a cualquier circunstancia que tenga relación con los cambios de conducta que presenta dentro de sus hábitos alimenticios, así como del clima que impera durante la ingesta de los mismos y de las repercusiones que conlleva tanto en la salud como en lo psicológico.

Es por ello, que la Psicología puede ser considerada como una disciplina encaminada a la prevención de muchos de los problemas que en un principio tienen relación directa con la salud física, si se contempla que no existe un equilibrio entre la persona y el entorno que le rodea, habría que indagar por tanto, como se encuentra la parte psicológica de la persona, con relación a generar o mantener la enfermedad que presente, y por ende sus consecuencias a nivel psicológico que se pudieran generar de ello.

Es así, que la Psicología se encargada del estudio de la *obesidad* y de la *desnutrición* con relación a cuales son las causas, o bien las consecuencias que presentan, para el caso que nos ocupa los niños, así como de los tratamientos que ofrece.

1.5.2. Psicológicas

Martín y Roche (2001) indican que las consecuencias de la conducta de ingesta excesiva: Positiva: agrado por la comida, disminución por la sensación de hambre. Negativas: preocupación por el aumento de peso, incidencia en el estado emocional, auto castigo, recriminación social. Además estos autores mencionan que los trastornos de tipo psicológico en niños que presentan *obesidad*, tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan a menudo sensaciones de inferioridad y rechazo. La discriminación por parte de sus compañeros y amigos provoca aislamiento, depresión e inactividad, que motivan una mayor ingesta de alimento agravándose aún más el problema.

Serrano y Prieto (2003) explican que las consecuencias de la *obesidad* en la infancia tienen que ver con la capacidad del niño para discriminar entre el hambre y otras necesidades o afectos se desarrolla en la experiencia recíproca al lado de su madre. Pues cuando la madre alimenta al niño en respuesta a demandas que no son nutricionales, como ternura, enojo o miedo; él no podrá diferenciar entre lo que es el hambre y estar molesto. Esto provocará una sobrealimentación y la confusión ante las demandas afectivas del niño, que no le permitirán tener una claridad de sus necesidades, lo que generará mayor inseguridad.

Así, el niño y adolescente obesos, muestran poca tolerancia a las actitudes de sus compañeros y familiares en relación con su aspecto y aceptación; muy pronto se sienten marginados y rechazados; los insultos de sus compañeros pueden ser destructivos. Esta condición se incrementa en los adolescentes, donde se involucran con los cambios físicos propios de su edad. Ser obeso o tener ligero sobrepeso, esta fuera de moda.

Por lo que el cuerpo obeso puede representar una protección, un caparazón, una barrera o una máscara como defensa para protegerse de su inseguridad, dependencia y ansiedad.

Korbman (1997 en Villegas 2003) realizó un estudio en México donde trabajó con niños obesos y sus madres a través de la aplicación de cuestionarios para recabar información entorno al desarrollo físico y emocional del niño y sus relaciones familiares. Encontrando que el 30% de los niños presentaban baja autoestima, sentimiento de inferioridad, auto imagen distorsionada, depresión y ansiedad que influía en sus relaciones interpersonales y su funcionamiento escolar.

Por su parte Ríos (2002) realizó una investigación con relación a la *obesidad* exógena en niños de 10-15 años con la baja autoestima, ansiedad y depresión, en el Instituto Nacional de Pediatría, con una muestra de 50 niños. Encontrando que la *obesidad* no sólo es el resultado de un exceso de alimentos, donde existe una mínima información de los valores nutricionales, sino que además se encuentra relacionada con trastornos afectivos como ansiedad y depresión así como baja autoestima. Además de que existen problemas escolares y de bajo rendimiento siendo *regular* en 50% y *malo* en un 16%, mientras que un 98% *presenta trastornos* de ansiedad y el 96% *trastornos depresivos*.

A la vez, Goldberg (2003) indica que la *obesidad* infantil le provoca al niño inseguridad, baja en su autoestima, discriminación escolar, discriminación social.

De esta manera las consecuencias a nivel psicológico tienen que ver con las siguientes áreas de respuesta que da una persona ante la presencia de una conducta o un estímulo desencadenante de una situación como es la *obesidad*; es así que responde desde lo

conductual, biológico, emocional y cognitivo. Por tanto, la *obesidad* infantil tiene relación directa con las áreas antes señaladas.

Para la Psicología estas áreas son de suma importancia debido a que forman parte de la persona en tanto que su interrelación permiten el dar respuesta a los problemas no sólo de conducta, físicos o emocionales, sino también a su relación con el medio interactuante, permitiendo definir cuál o cuales son los que tienen mayor efecto en la persona ante una situación determinada; para el caso que nos ocupa es la *obesidad* infantil.

ÁREA PSICOLOGICA	TIPO DE RESPUESTA
Conductual	Intimidar o ser intimidado, tener mas dificultades con la higiene personal, tener depresión, presentar ansiedad.
Afectivo	Recibir apodos, sentirse mal consigo mismo, presentar problemas con la imagen corporal, presentar baja autoestima.
Somático	Aumento en la presión arterial (hipertensión), aumento de los niveles del colesterol general (hipercolesterolemia), especialmente del "colesterol malo", altos niveles de insulina en la sangre (hiperinsulinemia), problemas respiratorios al dormir (apneas de sueño), problemas ortopédicos, especialmente de articulaciones.
Interpersonal	Presentar bajo rendimiento en las competencias deportivas y sociales, tener pocos amigos, introversión a menudo seguida de rechazo social.
Cognoscitivo	Bajos resultados en el colegio.

Figura 5. Clasificación del tipo de respuestas siguiendo la clasificación del CASIC de Slaikeu (2000) en la *obesidad infantil* (Sánchez Salgado 2004).

Las consecuencias psicológicas que se derivan de la *desnutrición*, a diferencia de la *obesidad*; éstas se presentan después de cierto tiempo, aun cuando la *desnutrición* en apariencia física del niño ha sido superada. De tal modo encontramos estudios longitudinales que dan respuesta a las secuelas dejadas en los niños por algún grado de *desnutrición*.

Díaz (1990) en un trabajo de investigación documental, indica que el estudio de las repercusiones que la *desnutrición ocasiona* en el desarrollo mental del niño, ha pasado por distintas etapas: en un principio, los investigadores no presentaron suficiente interés a la problemática de las alteraciones conductuales, ya que se les consideró como síntomas que persistían únicamente durante del curso el padecimiento; sin embargo, a partir de que se consideró a la *desnutrición* como un factor participante dentro de una problemática multifactorial, en la que muchos otros aspectos involucrados eran capaces de influenciar por sí solos el desarrollo mental, se empezaron a estudiar los trastornos conductuales producidos por este padecimiento.

Stoch y Smythe (1980 en Vega, 1991) tras el estudio de conocer el retraso psicomotriz como irreversible en 20 niños con antecedentes de *desnutrición* proteico energética, observaron una diferencia en la capacidad intelectual de un intervalo de dos años, con respecto a la obtenida en un grupo de niños tomados como comparación. Por su parte Cravioto (1965 en Vega, op. cit.) informa que niños previamente desnutridos, presentan puntajes bajos en el cociente de inteligencia en pruebas al valorar el grado de integración de algunos de los mecanismos básicos para el aprendizaje, con la escala de inteligencia para niños de Wechsler (WISC).

Los estudios sobre desarrollo mental, indican una relación estrecha entre la *desnutrición* y el desarrollo intelectual, quedando por precisar el grado de participación en el retraso mental (Vega, 1991).

Los médicos de Ecuador (2004) señalan que los signos que se encuentran en la *desnutrición* son alteraciones en el desarrollo del lenguaje, en el desarrollo motor y en el del comportamiento donde incluyen la irritabilidad, indiferencia y la hostilidad.

Díaz (1990) habla que dentro de las posibles consecuencias de la *desnutrición* pueden encontrarse aquella que tienen que ver con un Coeficiente Intelectual bajo; que el área de lenguaje se ve afectada, además la organización intersensorial; entendida como la habilidad de la corteza para integrar, simultáneamente la información de dos vías sensoriales distintas. Además explica que hacia los 7 años de vida de los niños, edad en que la mayoría de los niños inician la escuela primaria, el infante que padeció desnutrido se encontrará en desventaja en comparación a sus compañeros debido a que éste, aún presentará atrasos en el desarrollo de algunas habilidades lo que probablemente le ocasionará problemas de aprendizaje.

Por lo que expone; las consecuencias tienen relación en el lenguaje con la articulación iniciada en los fonemas y errores en la construcción de oraciones, además de un retardo en el desarrollo de las estrategias para procesar la información de las diferentes modalidades sensoriales (visual, auditiva). Ello implica la dificultad de realizar tareas en las que se requiere la integración de estímulos visuales y motores como es la escritura, o la audición y la vista para la lectura implicando un porcentaje alto de sufrir fracaso escolar.

También señala que ante la *desnutrición* los niños parecen perder todo tipo de curiosidad y de deseo de exploración, mostrando por tanto una apatía que interfiere en las respuestas que el niño manifiesta hacia un estímulo produciendo reducción en el número y período de experiencias del infante.

Hablaríamos entonces siguiendo con la clasificación psicológica de acuerdo al área afectada de:

ÁREA	TIPO DE RESPUESTA
PSICOLOGICA	
Conductual	Retrazo motriz, alteración en el comportamiento (irritabilidad, indiferencia u hostilidad).
Afectivo	Carencia de afecto.
Somático	Afecta al sistema inmunológico, cabello fino, piel escamosa, seca o pigmentada, dientes con manchas, encías sangrantes, anemia.
Interpersonal	
Cognoscitivo	Bajo rendimiento escolar, retraso motriz, alteración en el desarrollo del lenguaje (articulación iniciada en los fonemas y errores en la construcción de oraciones), retardo en el desarrollo de estrategias para procesar información en las modalidades sensoriales (visual, auditiva), pierden deseo de exploración y la curiosidad.

Figura 6. Clasificación del tipo de respuestas siguiendo la clasificación del CASIC de Slaikeu (2000) en la *desnutrición infantil* (Sánchez, Salgado 2004).

En términos generales podemos decir que tanto la *desnutrición* como la *obesidad* son problemas presentes en la población infantil que requieren ser tomados en cuenta por los distintos profesionales de la salud para contribuir en una disminución dentro de la población infantil y con ello poder aminorar los problemas no sólo físico sino también

psicológicos. Por tanto el trabajo multidisciplinario se hace cada vez más necesario en beneficio de la salud biopsicosocial del infante. Aunado con medidas de prevención serían las pautas para modificar y/o aminorar el problema de la *obesidad* y *desnutrición* en la infancia, este último aspecto es de relevancia para el presente trabajo, pues en la medida que se cambien algunas pautas de comportamiento, en aquellos destinados a proveer a los hijos de los alimentos adecuados, para una dieta balanceada que cubra la cantidad de nutrientes necesarios, para los niños de acuerdo a su edad, se podrá hablar de un trabajo encaminado a la detección oportuna de una de las dos enfermedades de las que se han expuesto.

En el siguiente capítulo se exponen los factores que llevan a la *obesidad* vs. *desnutrición*, así como de los tratamientos que se han empleado para aminorar las repercusiones que dejan en los infantes como se expuso en el presente capítulo.

Factores de la Obesidad vs. Desnutrición y su Tratamiento

“Almuerza bien come más, cena poco y vivirás”.

La *obesidad* no es un padecimiento único de las sociedades desarrolladas, lo que pone en evidencia la tendencia globalizante de ciertos estilos de vida y hábitos alimentarios contraproducentes, siendo pues la *obesidad* una enfermedad multifactorial, que pone en juego a la población más vulnerable: la infantil.

De esta manera la *obesidad* infantil tiene relación directa con factores físicos, sociales, ambientales y psicológicos, cuya interacción da origen o mantienen dicha enfermedad. Que si bien es entre otras causas es un resultado de los estilos de vida y de los hábitos alimenticios, lo es también la *desnutrición* que forma parte del extremo dentro de las enfermedades alimenticias.

Donde la *desnutrición* también presenta factores que se asocian con la epidemiología, nivel de vida, condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales y hábitos alimenticios que dañan la salud del individuo y que al hacer una planificación de acciones de salud no son tomadas en cuenta, ocasionando la presencia de *desnutrición* dentro de la aparente modernidad que vive nuestro país.

Entonces tanto la *obesidad* como la *desnutrición* son el reflejo de una sociedad carente todavía de una alimentación adecuada para la población infantil. Donde el exceso o déficit de alimentos aún prevalece en los diferentes estratos tanto educativos que tengan los padres como en el nivel económico. Agregándose además la influencia de otros factores como son los hábitos alimenticios, que contribuyen a proporcionar a los niños una alimentación desbalanceada generando *obesidad y/o desnutrición* infantil.

De ahí que sea necesario el conocer cuales y de que manera afectan los diferentes factores para la presencia o prevalencia de la *obesidad vs. desnutrición*.

2. Factores Predisponentes y Mantenedores

La *obesidad* es una enfermedad eminentemente multifactorial, es decir, la *obesidad* tiene una diversidad de causas que parecen originarlas y mantenerlas, que van desde la genética de la persona hasta cubrir los aspectos ambientales, sociales y psicológicos.

En la *obesidad* infantil, esta puede darse de acuerdo con Foz y Formiguera (1998) durante el primer año de vida, sin que necesariamente de adulto continúe siéndolo; un segundo período de aparición de la *obesidad* se sitúa entre los 4 y 11 años. En esta edad puede

haber un aumento progresivo de peso superando el límite máximo considerado normal de acuerdo a la edad.

Las alteraciones en los depósitos de tejido adiposo de un individuo, dependen básicamente de un desequilibrio entre el aporte energético de la dieta y el propio gasto de energía del organismo. Se dice que existe *obesidad* en el momento que el aporte energético sobrepasa el gasto y esto continua después de un tiempo considerable (Parra, 1994).

Los factores que pueden predisponer la *obesidad* son los genéticos de acuerdo con Ibáñez y Barreto (1987 en García, 1996) indican que los genes desempeñan un papel importante en la obesidad humana, al afectar varios miembros de una misma familia. Comprobándose que si los progenitores son obesos, el 80% de su descendencia también lo es.

Según Blanco (1998) los genes y mutaciones que causan la susceptibilidad del balance de energía positiva persistente y aumento en depósitos de grasa, todavía no ha sido identificado, pero el número de candidatos y los marcadores polimorfos están aumentando de manera creciente. Así los niños obesos que tienen padres obesos tenderán a ser obesos en la edad adulta.

En tanto Parra (1994) indica que puede darse el hecho de que se hereden algunas características que predisponen al desarrollo de la *obesidad*, misma que se desencadena por la acción de factores ambientales.

También se considera que para que un niño se convierta en obeso hay predisposiciones como: que los padres sean gordos e inadecuados hábitos de alimentación en la familia, cuando la madre es la obesa, en virtud de que ella es la que convive mayor tiempo con él niño y las actitudes sedentarias como comer golosinas delante del televisor, en el automóvil y durante los juegos de salón o de mesa la favorecen, tal como lo manifiesta Serrano y Prieto (2003).

Finalmente Romero (2003) destaca que los factores *predisponentes* de: ambos padres presenten *obesidad*, antecedentes familiares de obesidad, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, ser hijo único o de una familia pequeña, ambos padres que trabajan y no desayunar permiten la presencia de la *obesidad*.

Según Parra (1994) existen dos eventos que resultan determinantes en la conducta alimentaria de los niños: la disponibilidad de alimentos y la presión que ejercen los padres sobre el niño para que éste los ingiera. Aunado a que durante la edad escolar, hay una falta de actividad física. Además del ambiente social y el nivel socioeconómico contribuyen a una predisposición del organismo a un aumento de peso y grasa originando la obesidad infantil.

En síntesis los factores *predisponentes* tienen relación directa con la genética de los padres, esto es, que se trasmitan ciertas características que predispongan el desarrollo a la obesidad, también los hábitos alimenticios y el sedentarismo que siguen los niños (falta de actividad física) y la jornada laboral de los padres generan niños obesos.

Dentro de los factores *mantenedores* de la *obesidad* se pueden considerar lo expuesto por Rodríguez (1999), el cual plantea que la alta ingestión de grasas y azúcares, así como el pobre gasto de energía que realizan los niños ante una vida sedentaria.

El sedentarismo es uno de los factores que pueden considerarse también como mantenedor de la obesidad. Al respecto Goldberg (2003) hace especial hincapié en la actividad física como uno de los mayores determinantes del uso de la energía del cuerpo. El hecho de incrementar la actividad física hace que el cuerpo tenga que utilizar más calorías y logra que el balance calórico del cuerpo sea más favorable para no presentar *obesidad*, caso contrario sería no tener actividad física que genere entre otras cosas un almacenamiento en el cuerpo de calorías innecesarias.

Además el empleo de dietas se puede considerar como un factor *mantenedor* de la obesidad, por tratar de controlar o reducir el peso, ocasionando que el hacer dieta lleva a la desinhibición en el comer ó a la sobrealimentación. Pudiendo generar el desarrollo de desórdenes en el comer, sin importar la edad del dietante (Gómez y Ávila, 1998).

Por tanto los factores mantenedores tienen relación con la ingesta de grasas y de azúcares, falta de ejercicio y las dietas.

Hasta aquí, se puede contemplar que los factores influyen de sobremanera en la ingesta alimenticia de los niños generando la *obesidad* infantil y dan evidencia a la vez de las vías que se pueden emplear para aminorar el efecto de estos factores y de su relación directa con la alimentación en exceso que generalmente esta cargada de grasa. Es aquí donde los padres tienen que estar alertas de cuáles y como afectan estos factores en la alimentación

de sus hijos y que ellos son los principales participantes para mantener o aminorar dichos factores.

Para el caso de la *desnutrición* se pueden contemplar como factores *predisponentes* el ingreso familiar pues un bajo ingreso económico genera un déficit para cubrir las necesidades básicas de la familia, aunado a la educación formal de los padres que es otro factor que condiciona las peculiaridades de la alimentación que reciben los niños. Gamboa (1986) indica que los niños desnutridos tienen madres que cursaron la primaria, además de la influencia de la personalidad de éstas.

Román (1983) en su investigación de niños entre 7 a 12 años encontró *desnutrición* de primer grado, cuyos factores parecen estar asociados con una baja ingesta de proteínas consecuencia de la mala orientación familiar de los padres por su bajo nivel académico y por consiguiente bajo ingreso mensual y bajo egreso para la alimentación de la familia; de esta manera, indica que a menor ingreso, menor consumo de alimentos y de menor calidad.

Corroborando lo anterior en su investigación Salcedo (1991) también hace hincapié en los bajos salarios recibidos, el bajo nivel educativo tiene correlación con la *desnutrición* del niño, viéndose de esta manera que las condiciones tanto socioeconómicas como ambientales parecen ser los factores que pueden *predisponer* el déficit alimentario en los infantes.

Es un estudio retrospectivo de las características socioeconómicas y demográficas en *desnutrición* realizado por Vásquez (1999) encontró que el vivir en casas con piso de

tierra, la convivencia con animales y vivir en zonas marginadas, así como la escolaridad de la madre son factores *predisponentes* de la presencia de *desnutrición*.

En síntesis en la *desnutrición* se involucran factores sociales, económicos, demográficos, educacionales y ambientales, pero más allá se encuentra una relación directa entre la disponibilidad del alimento, el consumo y el aprovechamiento de éste.

De esta manera encontramos que los factores tanto en *obesidad* como en *desnutrición* condicionan la presencia o ausencia del comer mucho o comer poco en torno a que comer de acuerdo a lo económico, familiar, ambiental y social en una interrelación dentro de un contexto y de un grupo poblacional como son los niños.

2.1. Factores Familiares

Los padres tienen que cumplir con un trabajo asalariado, provocando de acuerdo con Rodríguez (1999), que los padres no tengan una vigilancia y atención estrecha hacia sus hijos, situación que inicia desde la edad temprana del infante cuando es llevado a guarderías o dejado al cuidado de otras personas, suspendiendo la continuidad alimentaria del seno materno. Y en aquellos casos donde se cuenta con los recursos tanto económicos como de disponibilidad de aparatos modernos se genera que al paso del tiempo y conforme el niño crece se despierta en él la adicción por juegos de video o computadora, programas de T.V. llevando a una elevada ingesta de alimentos de rápida preparación, refrescos o comida chatarra.

También se ha comprobado que la *obesidad* guarda una relación directa con la edad de los padres e inversa con su nivel de educación y con el tamaño de la familia, siendo más

frecuente en los hijos únicos. El riesgo de *obesidad* es mayor en aquellas familias en las que falta uno de los progenitores, por separación, divorcio o por haber fallecido (Díaz, 1994).

A lo largo de las etapas del desarrollo psicológico, el niño se comporta de manera independiente y en la medida que el niño se independiza del seno materno y logra interactuar con el entorno escolar, el de los padres y el de la familia, el consumo de los alimentos se vuelve una variable que constituye una forma de control sobre la madre para ganar recompensas y poder en el micro ambiente de la familia (Vera, 1999).

López (1989), destaca que la escolaridad de los padres, en particular el nivel de primaria, su profesión (obrero, albañil, chofer, empleado) donde se percibe el salario mínimo parecen tener relación con niños desnutridos.

En México, la mayor prevalencia de niños obesos (34.4%) se encontró en los hijos de padres con posgrado, localizándose en aquellos estados de la República con mejores condiciones socioeconómicas (Vera. op.cit.).

La familia y los factores que en ella se presentan parecen jugar un papel importante en la ingesta alimentaría. Ya que si no son factores *predisponentes*, influyen en algún grado en la presentación y mantenimiento de una alimentación no balanceada.

Un ejemplo de ello es la educación de los padres, donde se encuentra una ambivalencia que abarca los extremos donde una educación de nivel superior (posgrado) parece tener mayor relación con la *obesidad* y en contraposición un nivel bajo académico (primaria) parece relacionarse con la *desnutrición*. Por tanto el grado académico no es sinónimo de un conocimiento de lo que implica una alimentación balanceada. Entonces, es oportuno

contemplar una reeducación en la conducta alimentaría que siguen los padres independientemente del grado de educación que tengan.

2.1.1. Tipos de Alimentos

Definitivamente el consumo de más calorías que las que nuestro cuerpo requiere provoca que el balance calórico vaya acumulando más y por cada 7 500 calorías que nuestro cuerpo acumule se aumenta 1 kilogramo. de peso, y esto conduce a un cuadro de *obesidad* (Goldberg, 2003).

De ahí que el consumo de alimentos con alto contenido de calorías en los infantes sea uno de los factores *mantenedores* con la *obesidad* durante la infancia. Considerando esto, es importante conocer aquellos alimentos que son los elegidos por los niños y que los ha llevado a un exceso de su ingesta.

De acuerdo con Birch (1982 en Parra, 1994) el factor más *predisponente* en las preferencias alimentarias del niño resulta ser la *familiaridad* con la que identifica los alimentos, esto es, de un 30% en torno a la preferencia sobre todo en el gusto por lo dulce.

En la *desnutrición* los hábitos tienen relación con una educación defectuosa en cuanto al desconocimiento de los alimentos más nutritivos y de sus diferentes formas de preparación.

Por lo que siguen una dieta rica en hidratos de carbono, confeccionadas a base de maíz, pan, pastas, frijol y pequeñas cantidades de carne, leche, huevo y algunas verduras y frutas (Román, 1983).

López (1989) indica que los alimentos que más se consumen y se correlacionan con la *desnutrición* infantil son los frijoles, tortillas, huevo y sopa, y en menor medida de consumo son la carne de res y pollo; verdura dando como resultado una carencia nutricional la falta de éstos alimentos. Que se ve fortalecida por el consumo de refrescos y las golosinas (en promedio de un 62.1% y 83.7%) en tanto, la leche se consume un 29.7%.

En un trabajo realizado en *desnutrición* en preescolares migrantes de la zona de Jalisco; Salcedo (1991) encontró que su patrón dietético es representativo de las dietas del mexicano *pobre* como el fríjol, tortillas y chile, además del alto consumo de huevo y el consumo de productos industrializados en particular el refresco, en una proporción mayor que las verduras y frutas.

Al respecto Vásquez (1999) indica que los niños que presentan *desnutrición* proteico calórica tienden a consumir un mínimo de proteínas de origen animal y es pobre el consumo de leguminosas, además se observa el consumo de jugos de cítricos, el caldo de frijoles, el jugo de arroz y las frutas, siendo alimentos inadecuados como complementos de la leche materna.

A partir de lo anterior, se pone en evidencia que en pleno siglo XXI se carece no solo de una educación de cómo alimentar a la familiar sino también de los alimentos necesarios para balancearla y ofrecerla a los miembros de ésta.

Quedando demostrado una vez más, que aún cuando se tengan los avances tecnológicos en el área de salud como es el caso de un trasplante de corazón o de una inseminación artificial, sé continua con enfermedades que lejos de prevenir la salud la agravan.

Por tanto una de las alternativas para su posible solución sería la atención tanto de los profesionales de la salud como de los gobernantes para dar soluciones en el aspecto de una alimentación equilibrada entre los ciudadanos del país y muy en especial en los niños que serán los obesos y desnutridos del mañana.

Ello implica difundir *programas para reeducar* a los padres acerca como están alimentando a los miembros de su familia, y como se vio con anterioridad esto puede ser independientemente del nivel educativo de los padres, esto es, llevarlo a todos los niveles y estratos socioeconómicos del país.

2.1.2. Patrones Alimenticios

Los hábitos alimenticios son un conjunto de reglas elaboradas por el medio en el que vivimos, y algunas veces responden a necesidades de salud y otras tienen que ver con criterios sociales como el empleo de cubiertos o comer sentados.

De tal manera, que los hábitos alimenticios se aprenden poco a poco desde pequeños y depende de la dificultad del hábito y van desde comer con la boca cerrada, sentado y más rápido, pero en otras ocasiones la misma instrucción se refiere a otras conductas como no jugar mientras come, usar el tenedor y masticar más los alimentos (Gavino, 1995).

De acuerdo con Saldaña (1985 en López, 1998) los hábitos alimenticios que los obesos poseen tienen relación con: a) consumir tan aceleradamente los alimentos que reciben el mensaje de saciedad (retroalimentación) muy tarde, es decir, después de que han ingerido una gran cantidad de alimentos se sienten satisfechos ocasionando que el consumo de éstos sea en una proporción mayor que si lo hicieran despacio permitiendo al organismo

sentirse satisfecho con una ingesta menor; b) el consumo de alimentos lo basan en estímulos externos, tales como: olor, color, sabor, ello implica que tienden a comer alimentos que les resulten atractivos a sus sentidos más que contemplar si son alimentos que les nutran de manera balanceada.

Mahoney & Stuart (1989 en López, 1998) plantean que los obesos comparten las siguientes pautas de comportamiento relacionadas con la alimentación: consumen alimentos de alto valor energético por las noches, abusan en el consumo de hidratos de carbono simple, ingieren raciones mayores, se inclinan más por sabores dulces, consumen muchos bocados y bebidas entre comidas, presentan hábitos alimenticios estereotipados, compran y consumen alimentos de alto contenido de lípidos o de hidratos de carbono, duermen la siesta después de comer, o bien ven la T.V. después de cenar, generalmente llevan consigo un paquete de dulces en los bolsillos.

Si bien Mahoney & Stuart generalizan este comportamiento con relación a la ingesta de alimentos, estos pueden aplicarse a los niños, ya que el niño tiende a seguir estos comportamientos durante su ingesta, siguiendo muchas de las veces los modelos que los padres le presentan.

Romero (2003) en particular plantea que en general los hábitos alimentarios y las conductas del niño obeso se caracterizan por ingerir colaciones nocturnas y entre comidas, no desayunar, una ingesta mayor fuera de horario, consumo de alimentos con alto contenido de azúcares simples y grasas.

Grinker (1981 en Parra, 1994) encontraron que las madres obesas ofrecían a sus hijos una mayor cantidad, pero sobre todo mayor variedad de alimentos en comparación con las madres de peso normal.

Con relación al horario de alimentación, la distribución de los alimentos del día y de las características del menú están sujetas a las actividades escolares Galván (1985). Los niños escolares que van de los 6 a 12 años desayunan muy temprano (6:30 ó 7: 00 a.m) y deprisa, para recibir la comida de mediodía siete u ocho horas más tarde (14:30), sin que ingieran algo en un lapso tan prolongado; la cena se sirve cinco o seis horas después de la comida y suele ser escasa. Por lo que es necesario tener periodos menos largos entre las comidas, ofreciendo refrigerios a media mañana o media tarde; dando una distribución de los nutrimentos. También este autor señala que los turnos escolares vespertinos propician el mal aprovechamiento escolar y la *desnutrición*, entre otras causas por la alimentación inadecuada.

Destaca que el niño debe contar con tiempo suficiente para ingerir sin prisa o ansiedad el desayuno y para realizar una buena masticación; conviene incluir un alimento de alto contenido proteínico, además de leche y fruta. Siendo el uso de licuados, tan común en el medio urbano, se debe evitar pues es perjudicial. Es preferible que la comida de mediodía no sea demasiada y que se sirva después de un descanso. La abundancia de la cena depende del apetito del niño.

Quedando entonces que los niños en edad escolar deben tener tres comidas básicas: desayuno, comida y merienda donde se debe recibir 25,35 y 25% del aporte energético diario, y dos refrigerios, uno a media mañana (10% del aporte diario) y otro a media tarde.

Resultando entonces que la hora de la comida es un momento para comunicarse y compartir entre los miembros de la familia. Así, los niños aprenderán mejores modales en la mesa, sentándose frente a sus padres y aprendiendo a comer mientras lo hacen ellos

mismos y al ser un espacio de comunicación donde los niños pueden ser escuchados y donde se fortalece la unidad familiar.

En muchas familias se tiene como regla no hablar en la mesa, privando de esta manera a los niños de ser un espacio de expresión donde se averigüé que esta haciendo cada miembro de la familia. Donde los temas de que se hable se eviten los regaños a los niños por sus notas escolares o bien que los padres arreglen sus diferencias porque esto puede generar un ambiente tensión y poco tolerante entre los miembros que se sientan a la mesa a disfrutar de un momento ameno.

En síntesis, los patrones alimenticios que se siguen en la edad adulta, devienen del seno materno donde los padres enseñan la manera de comer y qué comer, lo que llega a ocasionar problemas de alimentación porque no se cuenta con una educación de aquellos patrones y hábitos alimenticios que deben trasmitirse a los niños. De ahí que encontremos problemas alimenticios generados por ciertas pautas de comportamiento que sigue enseñándose de padres a hijos y que en el mejor de los casos son cambiados cuando surge una enfermedad que lo amerite, en caso contrario continúan a lo largo de la vida sin que exista un cambio en el comportamiento alimenticio.

La hora de la comida debe ser un espacio donde los miembros que integran la familia encuentren un espacio para expresar sus deseos, planes y no para tratar posibles diferencias que puedan tener entre los padres o bien, reprender a los hijos, pues, se convierte la hora de la comida en un lugar de tensión y agresión entre sus integrantes.

Finalmente es importante considerar los horarios en que el niño debe comer, para que se vaya formando en los hábitos alimenticios que debe seguir a lo largo de su vida.

2.1.3. Ambiente durante la ingesta de alimentos

El dar de comer a los niños resulta difícil pues los padres contribuyen a ello, ya que intentan que la alimentación sea “correcta” de forma demasiado dura y esto provoca que las comidas se conviertan en momentos de tensión y de estrés.

A la vez, el cansancio físico hace que los padres estén irritables y tengan poca paciencia e incrementa los sentimientos de tensión y ansiedad, y a la hora de la comida dejará de ser relajada y divertida prolongándose dicha situación a lo largo del día (Pearce, 1995).

También puede darse que si el niño come poco durante la hora de comida, los padres se preocupen por ello, y cuando llega la hora de la comida la relación materna / paterno se vea enturbiada porque, es la hora de tortura, el malhumor empieza a presentarse antes de comer y conforme se va acercando la hora el problema se agudiza en todos los miembros de la familia (Gavino, 1995).

En el caso de la *desnutrición* de acuerdo con la investigación realizada por López y Mejía (1989) en familias con niños en riesgo de desnutrición de entre 3 y 6 años del barrio de Tepito de la Ciudad de México se encontró que se presenta auto agresión debido a que los niños conciben el momento de la comida y la alimentación como una fuente de agresión, donde se niegan a comer o son selectivos con la comida para provocar enojo, dando lugar a un círculo dañino. Donde los padres obligan, someten e imponen su autoridad en los hijos y a su vez el niño responde manipulando la situación y rechaza o selecciona la comida, decidiendo así cuando va a comer.

El ambiente físico donde viven los niños con *desnutrición* tiene ciertas peculiaridades. En la investigación realizada por Gamboa (1986) a través de encuestas realizadas a las madres de un total de 60 niños de la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del Instituto del Seguro Social en Veracruz reportó que la infraestructura de la vivienda no es la más adecuada, pues no es una vivienda propia, no cuenta con agua entubada, drenaje, trayendo como consecuencia déficit corporal del niño. Dichos aspectos son reportados también por López (1989), quien señala que las condiciones ambientales que presentan las familias de niños desnutridos no cuentan con servicios públicos como drenaje o agua potable.

Como puede pensarse la hora de la comida debería de ser un espacio donde prevaleciera el cariño y el respeto, que idóneamente muy pocas familias pudieran tener. Pues lejos de ser una realidad parece ser un ideal dentro de una sociedad donde las familias pocas veces contemplan el cariño y respeto que debe mostrarse a la hora de comer.

Aunado a las características de personalidad como del lugar físico de vivienda, las transforma en un ambiente distinto al que se enfrenta los niños a la *hora de comer*. Y los padres no tienen conciencia del impacto que genera en sus hijos el clima que ellos muchas de las veces propician en ese momento y de ahí las consecuencias de comer mucho o poco.

2.1.4. Tipos de Familia (permisiva, protectora, autoritaria)

El papel que juega la dinámica familiar y la personalidad que tienen los progenitores influye entre otras cosas en la manera de cómo alimentar a sus miembros, y en este caso a los niños. Quien además de enfrentarse con una serie de factores que lo inducen a la ingesta alimentaría, se encuentran con la personalidad y dinámica familiar que los induce a una ingesta en exceso o déficit en los alimentos.

Díaz (1994) puntualiza que dentro del grupo familiar, es la madre la que desempeña un papel más importante en la *obesidad* del niño, pues al ser una madre sobre protectora trata de demostrar sus aptitudes a través de la alimentación, y para sentirse satisfecha, ofrece un exceso de comida a su hijo y le anima a que coma por encima de los niveles adecuados de saciedad. Relacionando de tal manera al niño obeso con el éxito en su papel de madre.

Onnis y Ganley (1990 citado en López 1998) indican que el sistema familiar de sujetos obesos se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado. Y el amalgamiento, rigidez y hastío así como el empleo de patrones de comunicación pobres son características de las familias, impidiendo así la expresión de las emociones. De tal suerte, la *obesidad* de los niños y niñas se encuentra asociada con la salud mental de los miembros de la familia y del funcionamiento de ésta.

De acuerdo con los estudios citados en Álvarez (1998), se resalta que los obesos muestran mayores *amalgamientos*, *alianzas* y *coaliciones rígidas* (particularmente madre-hijo contra el padre), *jerarquías disfuncional* y una acentuada *sobreprotección* sobre el hijo focal, además de que la comunicación en familias obesas se caracteriza por *metamensajes* y *rechazos*; a diferencia de las familias normopeso que presentaron más alianza y

atenciones de tipo verbal y corporal. Además de que en familias con padres obesos se tiene una *adaptabilidad* muy alta, con base en involucrarse en interacciones *pasivo-agresiva, límites difusos* (falta de control), poca capacidad para solucionar conflictos, roles y reglas poco claras.

Así, el estilo de conducta o rasgo de *personalidad de la madre* y la *percepción de riesgo* que tiene del estado nutricional del niño, la lleva a presentar una diversidad o monotonía en la dieta del infante (Vera, 1999).

De esta manera, una madre *permissiva*, depresiva y con un hijo que perciba fuera de riesgo, ofrecerá dietas monótonas. En cambio, una madre *autoritaria*, activa y que percibe en riesgo a su hijo, o que lo considere como anémico, flaco, triste, o muy gordo, tenderá a ofrecer dietas más variadas. (Vera, op.cit.)

Vera (op.cit) realizó una investigación cuyo objetivo fue evaluar de qué manera las estimaciones de riesgo y características de personalidad de la madre se relacionan con la diversidad de la dieta de sus hijos en la zona rural del estado de Sonora. Encontrándose que el autoconcepto de niños de madres con riesgo en *obesidad* es más alto considerándose más inteligentes, dominantes, expresivas pero también son más permisivas, menos restrictivas y autoritarias que las madres de los niños con bajo peso talla o con riesgo de *desnutrición*.

De tal modo, que las fuentes de energía se diversifican en la medida en que el autoritarismo decrementa y aumenta la percepción de riesgo para los niños con riesgo nutricional. Donde el autoritarismo y la permisividad extremo trae consigo dietas monótonas y aumentan la diversidad de comida chatarra.

Galván (en López y Mejía, 1989) indica las relaciones afectivas entre los padres y sus hijos desnutridos son relaciones *destructivas* o bien hay carencia total o parcial de afecto, hay abandono o rechazo hacia los hijos. También indica que la carencia de nuevas relaciones sociales y emocionales entre la madre y el niño, constituyen la privación materna, que puede originar *desnutrición* severa.

En la investigación realizada por López y Mejía (op.cit.) encontró que la vida de las madres gira en torno a los hijos el esposo, se convierte en una mujer dependiente, insegura, pasiva. En tanto que los hijos perciben a la madre como *amenazante, impositiva, egoísta*; que posee capacidades afectivas pero no las brinda, es egoísta, predominando así la agresión y falta de afecto. Los padres de niños en riesgo de *desnutrición* han aprendido una manera de relacionarse donde prevalece la auto agresión (mencionada con anterioridad).

Es importante reconocer como el tipo de familia influye en la ingesta de los alimentos y las consecuencias de comportamiento que deja en niños y de ahí que la hora de la comida resulte ser para los niños un momento de frustración, o bien, placentero donde el cariño o la falta del mismo se pone de manifiesto ante las reacciones que tienen las madres con respecto a la manera de alimentar a sus hijos, sin olvidar también el papel que puede jugar el padre en dicho momento.

Mostrándose que la sobreprotección es expresada en la conducta alimentaría como una conducta que cumple con el rol de ser padre, pues el cuidado se ve traducido como una expresión de afecto no verbal. A la vez, según como se conciba al hijo en estar en riesgo alimentario será la cantidad que se le dé acorde con el tipo de madre *permissiva* (monotonía en la alimentación) y *autoritaria* (mas variedad).

Así mismo la falta de afecto contrario a lo que se pensaría, con relación a ser motivo causal de la *obesidad*, lo es de la *desnutrición*, esto es parecería que los niños desnutridos pueden recibir más afecto a falta de alimento por parte de sus padres y resulta lo contrario en la *obesidad* es donde se depositan los afectos a través de la comida. Uno podría suponer que aquellos niños que no perciben afecto de sus padres se refugiarían en la alimentación como una manera de sustituir la carencia. Sin embargo de acuerdo a las investigaciones esto sucede de manera inversa, mayor afecto más alimento, menos afecto menos alimento.

2.2. Factores Sociales

Definitivamente todo el entorno que nos rodea es una gran influencia para desarrollar la *obesidad*. Todo el entorno social gira alrededor de la comida y la bebida. Así la comida se ha vuelto un "premio" al comportamiento.

El ambiente social donde se desarrollan los niños ejerce una influencia predisponente y mantenedora en el desarrollo de la *obesidad*, ya sea de forma individual o a través de la influencia familiar o comunitaria.

2.1.2. Medios de Comunicación

Dietz y Gortmaker (1984 en Parra, 1994) encontraron un incremento en la prevalencia de la *obesidad* en niños escolares, por cada hora que miraban el televisor. En su conclusión resaltaron la importancia que tiene la disminución de la actividad física por permanecer frente al televisor y el consumo frecuente de productos de alta densidad calórica.

Goldberg (2003) apoya lo anterior al referirse al tiempo que los niños están frente a la televisión más el tiempo que se encuentran frente a la computadora con los juegos interactivos.

Los medios de comunicación ejercen gran influencia en las familias de niños desnutridos, pues se les pueden considerar grandes consumidores de propaganda mercantilista, repercutiendo en los hábitos alimenticios y como consecuencia del estado nutricional. Llevándose a cabo la información en los medios de televisión, radio, cine, periódico y revistas (Gamboa, 1986).

El impacto de la publicidad según Castillo y Jiménez (1995) se encuentra en las amas de casa quienes son las que consumen productos industrializados anunciados en T.V. en total un 68.9% que tenían en la despensa como eran los cereales, refrescos y consomés.

Por tanto los medios de comunicación parecen ser un factor mantenedor para la ingesta de productos, que llevan tanto a familias con hijos obesos como con *desnutrición* a su consumo en grandes o pequeñas cantidades según la economía de cada familia. Resaltándose de esta manera nuevamente que independientemente del nivel educativo de los padres de familia e incluso del ingreso económico, ha llevado al consumismo de alimentos con poco valor nutricional y con un alto elevado nivel de azúcar y faltos de nutrientes.

Así, la publicidad ha logrado invadir cualquier sector de la población y muy en especial a los niños quienes son los mas atraídos por los comerciales llenos de colorido pero con poco valor educativo.

Además es importante señalar que los padres son también corresponsables directos en la ingesta de los alimentos por ser ellos los que consumen y llevan a casa como parte de los productos de la llamada canasta básica, pues es más fácil poner un pastelillo en la mochila del niño cuando va a la escuela que una fruta.

De tal forma que los medios de comunicación no solo cumplen con su objetivo de venta sino que además favorecen en cierto grado la presencia de enfermedades relacionadas con la alimentación.

2.2.2. Creencias

La manera de pensar de las madres de familia tiende a repercutir en que los niños coman mucho o poco y que estos alimentos tengan un valor nutritivo necesario para el desarrollo físico y psicológico de sus hijos.

La ignorancia de las necesidades nutricionales, del valor calórico o nutritivo de los alimentos influyen sobre el tipo de alimento y la cantidad en que deben consumirse (Martínez, 1992).

También las creencias tienen relación directa con la manera de pensar de los niños, al respecto Massa (1999) hace referencia a partir de su investigación que los niños no atribuyen su *obesidad* al hecho de comer demasiado sino más bien, a que así nacieron o que son como uno de sus progenitores asumiendo estas razones como válidas.

Vásquez (1999) plantea que una costumbre muy arraigada en personas de pobre educación y hábitos de alimentación, es la de no ofrecer leche materna a sus hijos demostrándose con ello la ignorancia que pueden tener respecto a sus beneficios, así

mismo, de creer en una sustitución de caldos de leguminosas o jugos de arroz como la fuente principal de alimento.

Las creencias que tienen los padres de cuál debe de ser la mejor comida y porque dar o no cierto alimento, tiene que ver en primer lugar con la alimentación que ellos recibieron, y en segunda con las ideas que se van formando y compartiendo con los miembros de un lugar determinado. Así escuchamos que los obesos son sinónimo de salud. Ello implica transmitir conocimientos de cómo alimentar a los hijos de una generación a otra sin romper los esquemas arraigados por generaciones (para el caso de *desnutrición*). Mientras que implementan la idea en los niños de resignación al indicar que así son sus padres, esto es, se traduciría no hay nada que hacer “yo también debo ser igual que ellos”. Limitando así toda apertura a la búsqueda de las causas de ese exceso corporal acompañado de grasa, llamada *obesidad*.

2.2.3. La Moda

La moda en las últimas décadas favorece una imagen esbelta y delgada, en los últimos tiempos, se han hecho famosas algunas modelos a las que las jóvenes intentan imitar en la forma de vestir y en el peinado (Gavino, 1995). Trayendo con resultado que el deseo de ser delgado lleve no solo a los adolescentes a situaciones extremas con riesgo en su propia vida.

Pues, el ser aceptado dentro de un contexto social, y ser o parecer ser a un determinado círculo de personas que presentan un cuerpo en apariencia perfecto de delgadez, ha provocado un problema en el desvalance de la ingesta de nutrientes; donde de acuerdo con Gómez y Ávila (1998), el hacer dieta reductora de peso durante la niñez es un punto

problemático, ya que es necesario una ingesta calórica adecuada para el crecimiento saludable, por lo que una reducción sustancial puede resultar muy riesgosa para la mayoría de los niños.

Saloma (2000) indica que cada vez más, los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos, la obsesión por un peso y forma corporal tendiente a la delgadez difícil de alcanzar. Se han reportado pacientes hasta de 8 años de edad que hacen dieta con la finalidad de estar delgados. Todo esto se debe a los factores socioculturales en donde los adultos parecen guardar culto a la delgadez y temor a subir de peso.

También las madres en su afán de estar delgadas siguiendo la moda, ha llevado a darles a sus hijos grandes cantidades de comida o preocupándose en demasía y mantienen en los niños una restricción de nutrientes.

En síntesis, podemos decir que la idea que se ha propagado de delgadez a través de los diferentes medios, ha llevado incluso a los niños a tratar de imitar toda una serie de patrones conductuales que ponen en riesgo la salud. Ocasionando además, que estos niños al tratar de ser delgados puedan caer en un desbalance de sus nutrientes llevándolos a una *desnutrición* proteínico- calórica, cuyas repercusiones en la edad escolar podrían resultar desfavorables tanto a corto como a largo plazo en las áreas de salud física como psicológica.

De tal suerte, que solo cambiando no solo el comportamiento de las personas en torno a los tipos de alimentos que ingerir, se requiere de entrada de un cambio en las cogniciones respecto a lo que es y debe ser la fisiología del organismo, y que se tiene

que hacer independientemente de la presión social que ejercen tanto los medios de comunicación como los diseñadores de un estereotipo en la forma de vestir.

2.2.4. Publicidad

La publicidad, con continuos anuncios de alimentos que inducen a su consumo, logran penetrar en la población infantil, lo que implica un consumo de aquellos alimentos que tienen bajo contenido de nutriente y alto contenido de grasa y azúcares; siendo pues lo atractivo del envase el principal elemento explotado en los medios publicitarios aunado a las propagandas no-solo de ofertas sino de canje, logra atraer la atención de los niños quienes cada vez se ven atraídos por estos.

Martín y Roche (2001) argumentan que hoy se dispone en las tiendas de alimentación, que contiene una gran cantidad; que si bien no tiene un alto contenido en grasas, si son de una gran densidad energética. Pues se trata de preparados alimenticios ricos en carbohidratos y pobres en fibra y agua.

Según Goldberg (2003), la intensa promoción de alimentos “chatarra” en los medios de comunicación, así como la falta de promoción de alimentos saludables en las “tienditas” de las escuelas + el aumento indiscriminado de restaurantes de comida, son factores asociados a la *obesidad*.

Andersen-Parrado (2000 en Villegas, 2003) señala que los anuncios comerciales de televisión, tienen efectos adversos en los patrones de dieta; por ejemplo los niños estadounidenses y británicos son expuestos a cerca de 10 comerciales de comida por hora, los temas son “comida rápida”, “refrescos”, dulces, cereales azucarados y otros.

Además de la industria Light que ha sacado al mercado una serie de productos con el afán de contrarrestar el problema, ha llevado a un consumo de productos que muchas de las veces lejos de solucionar el problema de salud, lo agravan con un aumento mayor de peso ganado a largo plazo.

Nuevamente los medios de comunicación forman parte de los factores mantenedores contra los que se tiene que luchar dentro de esta sociedad consumista, que lejos de ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas las va desgastando. En el caso de los niños, ha logrado penetrar y tener una influencia y control tal, que esta siendo a largo plazo uno de los factores relacionados con el aumento de la *obesidad vs. desnutrición*, entre los infantes donde los padres poco pueden hacer ante la apertura de la industrialización que día a día van llenando a esta sociedad consumista.

Donde la publicidad de productos industrializados, ha reforzado con su presentación llamativa ante los ojos de muchos, como símbolo de modernidad, y lo moderno se estima como sinónimo de superioridad (López, 2003).

Únicamente los padres pueden contrarrestar el efecto dando a sus hijos una alimentación balanceada, para ellos es imperante que sean los padres los primeros en ser educados ante este problema de *obesidad vs. desnutrición*.

2.2.5. La Cultura

Para cada cultura la alimentación tiene un significado distinto y en cada familia se encuentran diferentes costumbres en la manera de ingerir los alimentos a la vez de la función que para cada cultura o familia tiene.

La cultura occidental, hace mayor énfasis a las figuras esbeltas, conduciendo a que las personas con problemas de peso sean objeto de discriminación y de estigmatización (Villegas, 2003).

Martínez (1992) expresa que algunas familias la alimentación excesiva constituye la norma de recreación y sociabilidad.

Donde en las sociedades modernas, la comida es el punto de relaciones sociales donde se entretejen relaciones afectuosas, de negocios o donde se liman asperezas. Siendo el momento de la comida un espacio donde se arreglen diferencias o se compartan acontecimientos, dejando en segundo plazo qué tipo de alimento ingerir y si éste es el adecuado para el organismo (López, 2003).

También es culturalmente aceptada la *obesidad* como mal vista, observándose que los niños coinciden en mostrar rechazo hacia ésta, muy probablemente a causa de los factores socioculturales que se manejan de la delgadez.

Además, ante una cultura consumista, donde se plantea el consumo sinónimo de riqueza y estatus ante los que demás, a llevado a contemplar una determinación en el tipo de alimentos que deben ser ingeridos, para cubrir una apariencia económica que muchas de las veces no se tiene.

2.3. Factores Psicológicos

Si bien los factores psicológicos tienen un papel esencial en el control del hambre, la *obesidad* sería una enfermedad, en la cual las alteraciones psicopatológicas constituirían

un elemento nuclear (Sánchez, 1998 en Foz y Formiguera, 1998). Sin embargo, debe recordarse que la *obesidad* es multifactorial, por tanto, los factores psicológicos que la originan o la mantienen, van desde el estado de ánimo hasta la conducta que se presenta durante la ingesta de los alimentos.

Y de acuerdo con Martínez (1992), en algunas situaciones, las características psicológicas desempeñan un papel insignificante o nulo, mientras que en otras constituyen un factor decisivo.

En el caso de los niños, de acuerdo con Pearce (1995), el comer y las emociones tienen una estrecha relación, en la medida que los padres ofrecen un dulce o un helado como señal de cariño. De manera, tal que los sentimientos influyen fácilmente en el comer, dando como resultado el tener buenos o malos hábitos.

Por su parte, Gold (1976 en López, 1998) indica que los patrones alimenticios están acorde al ajuste emocional del individuo en cuanto: a) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira; c) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

La parte emocional se ha relacionado con la existencia de privación emocional, maltrato físico o historia de abuso sexual, que de acuerdo con Must y Ajuriaguerra (1996 en Ríos, 2002) la sobrealimentación ocurre como resultado de depresión, somatización y disfunción familiar.

De manera tal que para la psicológica la autoestima, la ansiedad así como la imagen corporal que tenga el niño de sí mismo, son factores que contribuyen a la presencia de la conducta de comer mucho o poco.

Para el caso del comer poco que tiene que ver con la *desnutrición*, los desequilibrios emocionales pueden repercutir en el deseo de ingerir más o menos alimento, dando una mala nutrición (Martínez, 1992).

Lo anterior permite hacer énfasis en el papel que juegan las emociones en la alimentación, debido a que desde este aspecto los niños se ven influenciados en qué comer y la cantidad que se merecen en aras al afecto o falta del mismo que proporcionan las madres; así como en la forma que los niños lo perciben al momento de ser alimentados.

Desde lo emocional se desencadenan tanto la autoestima, ansiedad y la propia imagen corporal que acompañaran al infante a lo largo de la ingesta alimenticia.

2.3.1. La Autoestima

Massa (1999) habla de auto concepto global como la aceptación general de uno mismo, refleja el valor de mayor relieve en la aprobación personal que cada uno hace de sí. Este autor destaca que los niños obesos tienden a valorarse con una menor aceptación en relación con sus pares no obesos, es decir a valorarse negativamente. Traduciéndose en una baja autoestima.

La autoestima es una evaluación que el individuo hace de sí mismo, expresando una actitud de aprobación y desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz,

significativo, exitoso y valioso. Por tanto es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene de sí mismo, siendo una expresión subjetiva manifestada de manera verbal o bien con conductas abiertas (Coopersmith, 1981 en Ríos, 2002).

De acuerdo a la investigación de Ríos (op. cit.) en niños de 10 a 15 años encontró que el área afectada en estos niños es la social y el hogar, dichos datos ponen de manifiesto que la familia y la interacción entre los miembros son determinantes para el desarrollo de la autoestima en los primeros años de vida y posteriormente en el ámbito escolar. De tal manera encontró una relación entre autoestima, ansiedad y depresión.

Así, la autoestima que cada niños percibe de sí mismo influye en la propia aceptación que haga de su cuerpo como del rechazo que pueda sentir del mismo, y de las capacidades que pueda tener al presentar *obesidad*.

2.3.2. La Ansiedad

La ansiedad es un sentimiento de aprensión, desagradable y vago que se acompaña de sintomatología como dolores de cabeza, opresión en el pecho, molestias gástricas y que varía en cada individuo (Kaplan 1996 en Ríos, 2002).

En la misma investigación de Ríos (op. cit.) encontraron problemas emocionales, escolares y rendimiento académico, donde se observó que el 98% presentaron trastorno de ansiedad, donde se sugiere la posibilidad de trabajar primero con este aspecto antes de dar un tratamiento a la *obesidad*, pues la ansiedad no se les permitiría seguir un plan nutricional.

Rosell (1988 en López, 1998) indica que la ansiedad juega un papel central en la conducta de ingesta, de tal manera que las personas obesas comen más ante situaciones que les provoca ansiedad.

Los niños obesos a diferencias de los normales presentan tasas de aflicción más altas y de síntomas específicos de afectación emocional (Massa, 1999). Así los niños obesos en su investigación presentan fragilidad emocional, que se exhibe en una mayor tendencia a destacarse como susceptibles e inseguros, a describirse como afligidos, y en consecuencia, presenta el grupo más vulnerable ante cualquier hecho presente durante la vida diaria.

La ansiedad, por tanto, en los niños obesos, es más un estado que provoca una situación particular emocionalmente, que le puede generar el deseo de consumir más alimentos ante ciertas situaciones que se lo generen; como exámenes escolares, eventos sociales (ir a una fiesta, ir de vacaciones, hablar en público, entre otras).

2.3.3. La Imagen Corporal

Podemos decir que la imagen corporal es una categoría subjetiva, representación psicosocial, o fotografía dinámica en movimiento, producto de la elaboración que muy poco tiene que ver con el objeto de la realidad que le dio origen. (Gómez, 1995 en Villegas, 2003).

De acuerdo con Jacobs y Wagner (1984 en Villegas, op.cit.) los trastornos de la imagen corporal se caracterizan por sentimientos de que el cuerpo es grotesco y repugnante, de tal

manera que se involucran la autoconciencia de cómo lo perciben los demás; además de sentimientos de inestabilidad social.

En el caso de los niños, estos cambios físicos en su propia imagen afectan además su autoestima. En una investigación realizada por Sisson y Franco (1997 en Villegas, op.cit.) con niños indígenas encontró que las mujeres son más realistas con relación a su imagen corporal, esto es, mayor preocupación que los hombres; a la vez, se puso en evidencia que los padres continúan dando valor a lo establecido por la sociedad, es decir, a la *esbeltes* sobre todo en las mujeres.

En la misma fuente (Villegas, 2002; Korbman 1997) realizó un estudio en México con niños obesos y sus madres, aplicando cuestionarios en torno al desarrollo físico y emocional y su relación con la familia. Arrojando los resultados que el 30% de los niños tenía complicaciones de baja autoestima, sentimientos de inferioridad, auto imagen distorsionada, depresión y ansiedad, influenciando en sus relaciones interpersonales y en su rendimiento escolar.

También se ha encontrado de acuerdo con Corbin (1997, en Villegas op.cit) que la percepción en apariencia física de los niños obesos tiene relación con los problemas a los que se enfrenta un adulto como la poca aceptación. Por lo que los niños obesos de grados elevados de nivel primaria experimentan mayor preocupación por subir de peso, esto es, por su imagen, de ahí que tiendan a someterse a dietas rigurosas con más facilidad que aquellos que no presentan *obesidad*.

Las investigaciones sobre auto imagen de obesos señalan que éstos califican bajo en las áreas que se relacionan con identidad, auto física y autosatisfacción.

Massa (1999) indica que los niños obesos se consideran desafortunados por su apariencia física, en un reparto desigual además de recibir opiniones negativas respecto a su físico, desembocando sentimientos de insatisfacción, descontento y pesadumbre.

Por su parte, Saloma (2000) destaca que los medios de comunicación (cine, televisión, fotografía, revistas) han dado lugar al surgimiento de una especie de culto a la imagen del cuerpo humano. En su investigación con niños en edad promedio de 8 años, en torno a la actitud que asumen hacia la *obesidad*, encontró que los estereotipos están asociados a la obesidad / delgadez. Aquí las niñas consideran que lo delgado se asocia con lo bonito (ser guapa, atractiva).

En tanto no se cambie toda la infraestructura creada en torno a la apariencia física desde lo cultural, las creencias, los medios de comunicación, la imagen corporal siempre estará dentro de los prototipos establecidos sin importar cómo lograr llegar a ello. De esta manera, los infantes serán los que también se verán arrasados por la avalancha de un estereotipo donde difícilmente se pueda llegar a una perfección “si es que pudiera existir”. Así los niños tienen un problema más que enfrentar, su propia aceptación del cuerpo que la naturaleza les asigno, pero que la sociedad y el ambiente deciden cambiar.

2.4. Tratamiento de la *Obesidad* en Niños

La *obesidad* al ser una enfermedad multifactorial, también tiene una serie de tratamientos que procuran dar solución al problema. Es así, que los tratamientos abordan las soluciones de acuerdo a como se concibe la *obesidad*, sí desde una posición física o bien desde una posición psicológica. Sin bien no se puede hablar de la efectividad absoluta desde

cualquiera de estas dos posiciones, si podemos hablar que ambas son complementarias para tratarla.

En el tratamiento de los niños obesos no pueden utilizarse métodos tan radicales como en los adultos, como son los supresores del apetito o los tratamiento quirúrgicos u hormonales (Parra, 1994).

Tanto como los factores predisponentes, mantenedores se diversifican, sucede lo mismo con los tratamientos que procuran llevar al infante a una nivel de peso y masa corporal acorde con la norma dentro del grupo al que pertenece no sólo en raza, lugar sino también en la edad.

2.4.1. Medicamentos

Los tratamientos farmacológicos no están considerados en los niños, debido a que los cambios esperados no son permanentes y solo son efectivos mientras se ingieren (Villegas, 2003).

Es mejor recurrir a otros tipos de tratamientos que ayuden al niño aminorar los efectos de la *obesidad* y si es posible a erradicarla, aspecto por demás difícil pero no imposible si se contemplan todas las variantes y sus consecuencias.

2.4.2. Ejercicios

El ejercicio es una buena forma de quitar el exceso de peso, pero el esfuerzo es mayor para quemar las calorías. En los niños obesos es cuanto más engordan, menos energéticos son, se mueven lentamente y por tanto queman menos grasa.

Por lo que, necesitan una gran dosis de aliento para incrementar su actividad y para hacer ejercicio. Los padres pueden contribuir ayudándolos realizando lo siguiente: evitar el coche cada vez que sea posible, caminar o montar en bicicleta, actividades al aire libre durante los fines de semana, pertenecer a un club deportivo, ser más activo en casa sacar a pasear al perro regularmente (Pearce, 1995).

Kirschenbaum (1987) menciona que para el control de peso debe dirigirse hacia incrementar el ejercicio además de cambiar los patrones alimenticios. El ejercicio puede disminuir el apetito. Mrshall (Kirschenbaun, op.cit.) indica que un período de ejercicio de 10 minutos antes del almuerzo redujo la ingesta de calorías en niños obesos.

De acuerdo con Represas (1993) el ejercicio aeróbico se recomienda para el tratamiento de *obesidad* exógena, pues exige una reducción energética principalmente de grasa. Para el ejercicio debe de tomarse en cuenta la duración, intensidad y frecuencia, de ahí que se contemple una intensidad del 50% de la capacidad aeróbica máxima durante un período de 30 minutos por sesión.

Parra (1994) indica que el ejercicio contribuye no solo a la disminución del tejido adiposo, sino también a mejorar el metabolismo. Por su parte Blanco (2002) expresa que

es razonable que el niño practique de 20 a 30 minutos de actividad moderada por día, además del ejercicio que se tenga en la escuela.

En síntesis, se acepta que el ejercicio es un tratamiento benéfico que tiene la ventaja de no ser costoso y esta al alcance de todos los niños que por demás resulta una actividad recreativa y divertida si se correlaciona con el interés y motivación que se le dé a los niños.

2.4.3. Dietas

Las dietas tienen como finalidad proveer al organismo de menos calorías, para que estas sean tomadas del cuerpo al momento de quemar grasa, sin embargo las dietas de bajo contenido en calorías pueden ser peligrosas después de un tiempo, porque al no haber energía en el cuerpo disponible, comienza a desintegrar las proteínas musculares. Por tanto una dieta debe ser cuidada por un especialista, en el caso de los niños para que no se tengan repercusiones en su desarrollo.

En cuanto a la limitación de la ingesta en niños es un riesgo, pues se le asocia con una disminución en la velocidad de crecimiento además de que puede incrementar la prevalencia de un déficit de nutrientes específicos poniéndolos en riesgo de malnutrición (Villegas, 2003).

Las dietas altas en fibras pueden reducir la frecuencia de algunas enfermedades intestinales y el sistema cardiovascular, pero para adelgazar se puede hacer tres cosas: masticar y tragar lentamente, hacer que el estómago se sienta lleno y ayudar al intestino a trabajar bien. Dentro de los alimentos que tienen un alto contenido en fibras se

encuentran los vegetales, pan integral, negro o de centeno y frutos secos -con moderación- (Pierce, 1995).

Dentro de la práctica en la ingestión son las dietas bajas en colesterol y grasas saturadas y elevadas en hidratos de carbono, así como en fibras dietéticas. La dieta debe prescribirse de acuerdo a los requerimientos fisiológicos adecuados a la edad y al sexo del niño (Parra, 1994).

Hay que limitar el aporte de ácidos grasos saturados y colesterol dando preferencia a las proteínas del pescado, la carne de ave (sin piel) y la de vaca, evitando la carne de cerdo, la de cordero y los huevos; así como alimentos fritos en mantequilla y que tome el niño leche descremada. Y deben suprimirse los dulces y las golosinas y evitar colocar azúcar a las bebidas. No es aconsejable consumir alimentos comerciales para adelgazar, pues no se modificara los hábitos si los sustituye por productos light (Díaz, 1994).

Finalmente la dieta, es otro aspecto en el que se debe trabajar y aplicarla día a día con la previa supervisión de un especialista en la materia, que procure más que quitar ciertos alimentos, es mejor proveer de los recursos necesarios al infante para que sepa combinarlo. Así mismo, los padres en esta parte juegan un papel fundamental pues, en ellos recae la principal responsabilidad de lo que dan de comer a sus hijos.

2.4.4. Psicológico

Las técnicas conductuales y cognitivas en los últimos años han sido efectivas como medidas de tratamiento para la *obesidad*. En el caso de la terapia conductual busca modificar los hábitos y conductas alimentarias en torno al autorregistro de la comida,

restringir los estímulos asociados a la ingestión y en algunos casos es necesario el apoyo social de familiares y amigos.

En el caso de los niños los tratamientos que incluyen programas que hacen uso de la terapia familiar o el involucramiento de los padres. Se pretende modificar los estilos de vida adquiridos a partir de la relación con éstos, evitar el uso de dietas restrictivas para la pérdida de peso.

El refuerzo positivo empleado al comienzo del tratamiento y durante períodos breves, son eficaces para cambiar los hábitos de la comida. Se pide a los padres que lo elogien y den apoyo positivo al niño, empleando premios o gratificaciones, siempre y cuando éstos no sean alimentos. Es preferible utilizar pelotas, bicicletas o equipos de deporte. En caso de incumplimiento de alguna norma, no se dará la recompensa, y se evitarán los castigos o refuerzo negativo. También se emplea la autovaloración que es un registro de la actividad física desarrollada, el peso y la ingesta diaria de calorías, incluyendo el tiempo empleado para comer, el estado de ánimo, ello tiene el propósito de que el niño conozca las situaciones que lo inducen a tomar alimentos fuera de las horas de comida (Díaz, 1994).

Braet y Van Winckel (2000 en Villegas, 2003) diseñaron un programa de modificación de conducta para ayudar a niños a cambiar su estilo de vida, aumentar sus habilidades de autorregulación y habilidades específicas de solución de problemas en diferentes situaciones de comida. El tratamiento consistió en tres fases: la primera contempló estrategias cognitivo-conductuales como la auto observación, auto instrucción y auto evaluación así como técnicas de afrontamiento. Los padres se involucraban en tareas de no reforzar los cambios de peso, pero si los medios para hacerlo, reforzar actividades

lúdicas y brindando atención como reforzador social, proporcionar bono para alcanzar el control de peso más que por la pérdida.

En la segunda fase consistió en la educación sobre balance energético, principios para adquirir estilos de vida saludables, ejercicio aeróbico diario y principios sobre hábitos alimenticios. Y en la fase tres se encamino a la motivación, donde cada participante organizó su programa con las actividades que podían realizar, eligiendo su alimento favorito y aquellos que no eran saludables.

El registro de comidas y actividades, permite al niño sensibilizar la importancia de sus alimentos y actividad física. Y el control de estímulos incluye limitar la cantidad de alimentos engordantes en la casa, el consumo de todos los alimentos en la mesa dentro de los horarios designados y el evitar servirse dos veces los alimentos. Se recomienda a los padres no estimulen verbalmente al niño para comer, y éste no debe ser forzado a terminar con todo el plato. Algunas modificaciones en la conducta incluyen mordidas pequeñas, masticar más la comida, poner el tenedor en la mesa entre bocados y dejar un poco de comida en el plato (Blanco, 2002).

Queda de manifiesto, que la Psicología tiene mucho que hacer en el tratamiento de la *obesidad infantil*, pues cuenta con elementos necesarios que la hacen una disciplina con recursos para enfrentar problemas que en un principio parecen competirle exclusivamente al sector de salud. Entendiendo esto, como la parte meramente física que se ve involucrada en el exceso de grasa corporal del infante llamada *obesidad*.

Por tanto, las alternativas que pone en práctica la Psicología en la *obesidad*. Dan resultados alentadores en su tratamiento a través de sus diferentes posiciones teórico-

práctico. Es importante resaltar que existen otros tratamientos alternos para tratar el tema que nos ocupa los cuales van desde la hipnosis, programación neurolingüística ó la bioenergética, entre otros que al parecer también han arrojado resultados alentadores, sin embargo dado que no es el tema central del trabajo los tratamientos, solo se hace mención de su existencia dejando que en futuros trabajos de investigación documental se abra un espacio donde se toque el tema como punto central no sólo como tratamientos a seguir en la edad adulta, sino también que beneficios pudieran tener en la población infantil y que tan recomendables pueden ser.

2.4.5. Medidas de Prevención

La prevención se considera la mejor medida ante cualquier enfermedad. En el caso de la *obesidad*, resulta ser una de los medios más viables para que esta no se presente o bien para que se aminoren los efectos presentes. De entre las medidas de prevención a la que aluden los diferentes autores, encontramos las que a continuación se exponen.

El ejercicio físico es idóneo para el tratamiento y prevención de los diferentes tipos de *obesidad*; tal como lo plantea Represas (1993), los especialistas deben basar su tratamiento en el ejercicio físico, apoyo psicológico y guía nutricional.

Los esfuerzos preventivos y terapéuticos deben encaminarse más que a eliminar el sobrepeso, hacia un reforzamiento de la autoestima individual, hacia los aspectos subjetivos que incidan en el desarrollo positivo de la personalidad infantil (Massa, 1999).

En cuanto al papel que pueden jugar los medios de comunicación en la prevención, Andersen-Parrado (2000 en Villegas, 2003) plantea que la televisión deben promover los

cambios positivos de conducta alimentaría como son: comer mas frutas, vegetales, granos; comer menos hamburguesas y carnes, beber agua en lugar de refresco, y prohibir los anuncios de comida chatarra.

Ebbeling (2002 en Villegas, op.cit.) indica escenarios para la prevención y tratamiento de la *obesidad* infantil, destacando: a) hogar, donde deben establecerse tiempos para la actividad física y comidas saludables, limitar tiempo de televisión; b) escuela, debe establecer educación física obligatoria, aplicar estándares para los programas de lunch escolar, eliminar alimentos no saludables como refrescos y dulces; c) diseño urbano; proteger espacios abiertos para caminar, andar en bicicleta, parques y zonas de juego; d) medios publicitarios y mercadotecnia, debe considerar un impuesto para la comida rápida y los refrescos y subsidiar alimentos nutritivos, incrementar el fondo para campañas de prevención.

También es importante incentivar a la población al consumo familiar de una dieta balanceada, incremento en la actividad física, motivar a los padres e hijos para estrechar lazos familiares y sensibilizar a los progenitores sobre un riguroso control de la salud del niño desde el período perinatal hasta la adolescencia haciendo énfasis en la dieta (Rodríguez, 1999).

Por su parte, Blanco (2002) aconseja llevar un registro de comidas para ayudar en la evaluación de la dieta. El cual debe incluir el tipo de alimento, la cantidad además del lugar donde fueron consumidos y la hora del día; lo anterior servirá para conocer los alimentos problema y los patrones de comida.

Dentro de las medidas preventivas dirigidas a los niños, Goldberg (2003) menciona predicar con el ejemplo para el caso de los padres, enseñarle al niño a no compensarse ni gratificarse con la comida, tener a la mano fruta y/o verdura para que el niño pueda tener fácil acceso a ella en caso de hambre, enseñarle a tomar agua o agua de fruta en vez de refresco, motivarle a desarrollar una actividad física programada, no prohibirle los alimentos altos en calorías sino enseñarle que los excesos le causan problemas, no desarrollar otras actividades mientras se esta comiendo (ver T.V.), no obligarle a ponerse a dieta.

Resumiendo podemos decir una vez más que al ser una enfermedad multifactorial requiere de un trabajo multidisciplinario, donde la Psicología puede contribuir desde diversas posiciones en cuanto a: nivel preventivo, terapéutico una vez presente el problema ya sea a corto o mediano plazo. Es así que también se contempla una reeducación a los padres en torno a los patrones alimenticios, fuente en gran medida de la *obesidad*.

2.5. Tratamiento de la *Desnutrición* en Niños

En la *desnutrición* los tratamientos se enfocan principalmente al restablecimiento de nutrientes en el organismo como la medida más inmediata que se requiere, debido a que puede complicarse y ocasionar que se agrave. Recordemos que como las consecuencias no son inmediatas no se contemplan tratamientos que las traten. Es por ello, que solo se hablará del nivel calórico y de aquellos donde puede intervenir la familia a largo plazo para no repetir la incidencia de éste desequilibrio proteínico-energético.

2.5.1. Manejo Nutricional

El manejo nutricional es la base del tratamiento del niño desnutrido y su recuperación. Al suministrar las calorías y nutrientes necesarios para cubrir las deficiencias, y reestablecer las funciones normales. Por tanto, es importante considerar las necesidades nutricionales para cada caso además de la vía de alimentación (oral) y las características propias de la dieta en cuanto a tiempo y composición (Montenegro, 1999).

Las medidas están encaminadas a la corrección de los errores dietéticos que se han venido cometiendo; una alimentación que asegure un aporte de 2 a 3 gramos de proteínas por Kilogramo de peso y de 100 a 150 calorías por Kilogramo de peso, puede ser suficiente. Llevando además un control constante que permita conocer el efecto del cambio dietético sobre su condición nutricional (Vega, 1991).

Ayala (1997) indica que el tratamiento debe incluir proteína de alta calidad, alrededor de 2gramos/ Kilogramo de peso corporal por día, y el hierro debe administrarse cuando el niño se encuentre en fase de recuperación nutricional. También debe emplearse el mineral de cobre que ayude al crecimiento. Para el caso de niños con marasmo, se contempla además el estímulo al desarrollo de habilidades motoras a través de *platicar, jugar* y de *ejercitar* los músculos. La hidratación debe ser con líquidos por vía oral.

Básicamente es un tratamiento como su nombre lo indica de tener y saber combinar y dar en ciertas cantidades a los niños desnutridos cierto tipo de alimentos. Es aquí donde el gobierno tiene un gran quehacer para el bienestar alimenticio de los niños. Siendo importante hacer conscientes a los padres del porque es necesario cierto tipo de alimentos,

y en caso de no contar con ellos, procurar sustituirlos. Es pues la dieta un tratamiento indispensable en toda *desnutrición*.

2.5.2. Enseñanza en la Preparación de los Alimentos

Es conveniente enseñar a los padres la preparación de alimentos sanos que puedan proveer a sus hijos; teniendo conocimiento de aquellos que pueden ser sustituidos, incluso de los que ellos mismos pueden cosechar y que no implica un costo alto en cuanto a su adquisición.

Martínez (1993) indica que la tecnología intermedia puede mejorar la nutrición de la familia como son los cultivos de huertos, mediante los cuales se puede incrementar el apoyo de micro nutrientes en áreas deficientes. A la vez se requiere ampliar en las familias conocimientos acerca de la organización de una buena dieta y de la adecuada distribución intra familiar de alimentos, lo que puede mejorar la nutrición de los niños.

En su trabajo realizado en comunidades rurales del Valle de Solís donde los niños presentan *desnutrición*, se buscó la participación comunitaria para mejorar la situación alimentaría, en especial la de los niños. Se trabajó desde dos enfoques, el primero encaminado a la cría y venta de animales (pollos, borregos). Así como, del cultivo de hortalizas, el segundo enfoque se abocó hacia una educación nutricional de recetas. Concluyendo que es necesario realizar programas acordes a las necesidades de cada población y que es necesario conocer el modo de vida para poder plantear soluciones.

De esta manera, se pone de realce la importancia de educar a los padres en torno a los patrones alimenticios más adecuados, considerando sus propias necesidades aunado al hacer uso de los recursos con que se cuentan.

2.5.3. Medidas de Prevención

De entre las medidas que se pueden ejercer para aminorar el problema de la *desnutrición* en infantes, estas tienen relación directa de acuerdo con Gamboa (1986) en la elaboración de programas dirigidos a las familias donde la educación audiovisual en las escuelas de radio y televisión se encargan de esta tarea, además de desaparecer los anuncios de alimentos chatarra. Y finalmente se deben mejorar las condiciones de sanidad comunitaria como son el drenaje, servicio de alcantarillado, la introducción de agua potable.

En tanto Salcedo (1991) alude a una educación de los padres, una mejor disponibilidad alimentaría familiar, acceso a tiendas móviles, vigencias de precios de alimentos y de campañas que tengan programas de educación nutricional.

Finalmente, una vez más, es de suma importancia reeducar a los padres en torno al tipo de alimentos que deben consumir y las repercusiones que trae el no hacerlo, así como el ambiente bajo el cual debe de ingerirse los alimentos.

De ahí que en el siguiente capítulo se plantea una medida de intervención desde la Psicología, en donde se contempla en trabajo dirigido a los padres, pues como se ha revisado son a los primeros que se tienen que reeducar para generar cambios favorables en la ingesta de alimentos así como en sus patrones de conducta, todo ello como una medida encaminada al bienestar de los niños quienes padecen *obesidad vs. desnutrición*.

P ropuesta Psicoeducativa Para Padres con Niños y Niñas de 6 a 8 años

“Cuando educas a tu hijo, educas a tu nieto”

El Talmud

3.1. Justificación

Resulta evidente que la alimentación es una conducta del ser humano en la que se poden en juego no sólo la ingesta de alimentos, que contribuyan a generar los nutrientes necesarios para el mantenimiento del organismo físico de éste; si no también se involucran aspectos tanto ambientales, de personalidad que tienen una relación directa con las enfermedades generadoras de un exceso o déficit de dichos nutrientes acompañados de otros factores que parecen ser el resultado de la *obesidad* y *desnutrición* desde los primeros años de los niños y niñas de todos los países del mundo.

De manera particular en México por ser un país en vías de desarrollo el porcentaje que se presenta de ambas enfermedades sigue siendo importante, porque esta afectando a los niños que el día de mañana serán los adultos que por una lado continúen presentando la *obesidad*, o bien sufran las consecuencias de una *desnutrición* sufrida en los primeros años de su vida.

Tanto la *obesidad* como la *desnutrición* no solo afectan el desarrollo físico, sino que involucran también aspectos psicológicos. De tal manera que no sólo se tiene que visualizar desde una posición exclusivamente física, se debe hacer también desde lo psicológico.

Encaminando por tanto, tratamientos y medidas preventivas en esa etapa del desarrollo. Una de las medidas preventivas es aquella en donde los padres tengan información de estas enfermedades y de sus repercusiones en sus hijos.

Es conveniente reconocer el papel que juegan los *padres* en la alimentación de los niños; en el caso de la madre que es la proveedora de una alimentación que implica tanto los buenos hábitos alimenticios como los malos hábitos e indirectamente del padre como el proveedor de los alimentos y como modelo en la alimentación que el mismo ingiere, quienes son los responsables directos de los los hábitos alimenticios que tienen sus hijos.

Aunado al ambiente que ambos propician durante la ingesta de los alimentos que lejos de ayudar a tener una alimentación sana, ponen obstáculos con la propia educación alimentaría que transmiten a sus hijos. De ahí que los *padres* formen parte de uno de los factores dentro de los problemas de alimentación que puedan presentar los infantes “*obesidad vs. desnutrición*”.

Por tanto, en la medida que los *padres* provean no solo de una alimentación adecuada a sus hijos además de un ambiente propicio, contribuirán a aminorar el problema de la *obesidad* y evitarán caer en una *desnutrición* infantil. Logrando además que los niños cuenten con una *autoestima*, felicidad que les permita tener una mejor relación con el medio que los rodea y cuyos aspectos psicológicos no se vean en desventaja con el resto de sus pares.

Por tal motivo, se propone ofrecer a los *padres* una educación psicoeducativa donde ellos al ser los proveedores de los alimentos conozcan tanto las limitaciones que trae a los niños la *obesidad vs. desnutrición* y como su participación en torno al conocimiento de su origen y sus implicaciones tanto de salud como psicológicas contribuyen, ya sea a mantenerlas o bien a aminorar el problema alimenticio en que puedan caer los niños (as) ante la alimentación inadecuada. En particular se dirige dicha propuesta a los padres cuyos hijos se encuentran en los primeros grados de educación básica (1º, 2º y 3º) por encontrarse en la edad los niños de adquirir buenos hábitos alimenticios que permitan su desarrollo tanto físico como psicológico.

De esta manera se pretende que antes de llegar a un diagnóstico de *obesidad vs. desnutrición* que impliquen los tratamientos que se ofrecen desde las diferentes posturas, los *padres* tomen medidas de prevención si el caso así lo amerita o en su defecto ayude a cambiar los hábitos alimenticios que disminuyan una de las dos posibles enfermedades *obesidad vs. desnutrición*.

Para el caso de la Psicología tienen implicaciones no solo de factores causales sino también de las consecuencias que se presentan en el desarrollo de los niños además de su imagen personal, como de su autoestima, desarrollo psicomotriz entre otros. Por tal motivo al ser un trabajo multidisciplinario entre los profesionales de la salud en el

tratamiento y prevención de la *obesidad vs. desnutrición* le compete a la Psicología por el simple hecho de estar al servicio de un ser biopsicosocial y porque se ven involucrados factores predisponentes relaciones con ciertos patrones de conducta que no solo se mantienen si no que se transmiten en su enseñanza a los hijos; aunado al ambiente que se genera para comer mucho o poco de los diferentes grupos alimenticios que conforma la alimentación: Así mismo la personalidad de los padres también parece ser una factor determinante en la presencia de ciertas conductas alimenticias.

Así, el objetivo del presente trabajo tuvo como directriz elaborar una investigación documental sobre la alimentación infantil y sus problemas (*obesidad vs. desnutrición*) exponiendo un esquema general de la situación que permitió elaborar una propuesta psicoeducativa para los padres. Siendo una medida preventiva de información y de alerta ante la situación que impera dentro de la población infantil.

De esta manera, tras el conocimiento previo de los temas en cuestión, los *padres* adquirirán un panorama de la *obesidad y desnutrición* que les permita considerar las repercusiones, no solo de salud sino también psicológicas que resultan beneficiadas cuando se cuida y se supervisa la alimentación de los infantes.

3.2. Recomendaciones y Sugerencias

En la parte de investigación resulta de interés enfrentarse a una pobre existencia en el país de investigaciones que consideren tanto la *obesidad* como la *desnutrición* en los infantes en período escolar, pues si bien para el caso de la *obesidad* se encuentra una documentación abocada más a los adolescentes y por consiguiente a los adultos. En tanto en la *desnutrición* se aboca a los niños en fase preescolar dejando entonces un hueco en

los niños que cursan el nivel primaria. Siendo por tanto, importante enfocarse en esta etapa debido a que es un período de crecimiento, así como, de socialización y de aprendizaje en los hábitos alimenticios, además de sus posibles repercusiones educativas. De esta forma se abre un espacio de investigación en esta etapa, recordando el contemplar lo que sucede en nuestro país, pues la información que existe en general no corresponde con la población en la cual nos desenvolvemos.

También se sugiere que se tomen en cuenta tanto a padres como maestros en la importancia que tiene la alimentación en el desempeño de los educandos. A la vez insistir en una alimentación variada y nutritiva que las escuelas pueden proveer a los niños; debido a que en muchas de las escuelas se limitan a vender solo productos industrializados y aún cuando la Secretaria de Educación Pública ha enviado a las escuelas las sugerencias de vender cosas nutritivas hacen caso omiso a esto. De ahí que sería un punto de investigación el saber el tipo de alimento que dan a los educandos, y si conocen o desconocen el daño que también la escuela propicia, reforzando los hábitos alimenticios inadecuados que se generan en casa.

Por otro lado, los padres necesitan de charlas de diversos profesionales de la salud que le permitan exponer sus dudas y hacerlos conscientes de la manera en que ellos mismos son los generadores de la alimentación incorrecta que se tiene en casa y que se refleja en la escuela a la hora de su receso cuando la mayoría de los niños consumen los productos chatarra.

Así pues, la reeducación en los diferentes ámbitos (escuela, casa) puede aminorar el problema de la *obesidad* y *desnutrición* que afecta a la población infantil, quien puede estar ante una de las dos enfermedades y los padres ser los últimos en darse cuenta de ello.

Por otro lado, deberían de llevarse a cabo en las escuelas talleres en donde sean los propios niños quienes se elaboren su propia comida adentrándose de esta manera a un conocimiento más directo con la comida que se ingiere así como del cuidado que se debe tener.

Recordemos que hoy en día los padres trabajan y que pocas veces están al pendiente de lo que comen los niños, y tras el conocimiento que adquieran dentro de un taller nutricional, las carencias o problemas que pudieran presentarse se podrían aminorar, porque el niño estaría en condiciones de preparar su propio alimento sin la necesidad de depender de papá o mamá para que les provea de alimentación.

3.3. Actividades

La propuesta que se planeo tiene como finalidad el dar información a los padres de lo que implica la *obesidad* y *desnutrición* con sus implicaciones físicas y psicológicas; como del tratamiento a seguir, aunado al papel que los padres juegan ante los hábitos alimenticios.

La finalidad principal esta abocada a despertar en los padres la toma de conciencia de la clase y grupo de alimentos que dan a sus hijos. Y no simplemente un alimento llevado a la boca, que aminore la sensación de hambre.

De ahí, que al inicio los padres deben contestar una serie de reactivos que arrojen información de la conducta de alimentación que se sigue en casa. Y que tienen como respuesta Si, No ó No sé de acuerdo a los *hábitos alimenticios, ambiente durante la ingesta, personalidad, obesidad y desnutrición*. Los reactivos son un total de 20 divididos en cuatro para cada uno de los lineamientos de interés y que se identifican con la siguiente

clave: (HA) hábitos alimenticios, (AC) ambiente durante la ingesta, (P) personalidad de los padres, (O) obesidad y (D) desnutrición.

La guía pretende exponer de manera breve, las ideas más importantes que puedan dar respuesta a las preguntas que pudieran hacerse en casa. Se compone de un objetivo general de acuerdo al tema, un texto informativo, de actividades, sugerencias, tarea para casa e indica las áreas psicológicas que también se ven beneficiadas. Al término nuevamente se presenta una evaluación para conocer qué tanto los padres lograron comprender la información que se les dio, donde el total de reactivos también son 20 divididos en cuatro para cada uno de los lineamientos (hábitos alimenticios, ambiente durante la ingesta, personalidad de los padres, obesidad y desnutrición). La guía se presenta en el apéndice 1.

3.4. Comentarios Finales

La Psicología tiene un panorama al que se puede adentrar como es la salud en su concepción física, debido a que cuentan con los elementos teóricos metodológicos que se lo permite. Desprendiéndose así el papel del psicólogo como un profesional, cuyos conocimientos puede compartir con otros profesionales en aras de un trabajo multidisciplinario.

La propuesta de la *Guía Psicoeducativa para Padres* no pretende ser el único medio para el tratamiento y prevención de la *obesidad* o de la *desnutrición*, simplemente tiene el propósito de despertar conciencia en las personas adultas en la calidad de los alimentos que se ofrece a los niños.

Donde los padres tienen la responsabilidad directa de qué, cómo, cuándo deben los niños tener alimentos nutritivos. De ahí que los padres tienen que ser los primeros en ser sensibilizados en el tema.

C onclusiones

“Los ideales son sueños que con trabajo y esfuerzo pueden realizarse”

La *obesidad* hoy en día es una de las enfermedades que afecta a la población infantil de entre los 4 y los 11 años y de acuerdo con Foz y Formiguera (1998) puede aumentar progresivamente alcanzando un límite superior a lo normal según la edad.

En general la *obesidad* que los niños presentan es la llamada *nutricional*, esto es, la que tiene vinculación con la ingesta de alimentos en exceso y que va de dos desviaciones estándar para el peso y talla del niño, caracterizada además de un aumento de peso por una acumulación de grasa.

En la *obesidad* nutricional se conjugan diferentes factores causales y mantenedores que van desde antecedentes de obesidad en la familia (padres), hábitos alimenticios, nivel socioeconómico, el sedentarismo, que hacen presente su aparición en la población infantil. Al respecto Astigarraga (2000) alude entre otros factores los cambios de vida como el sedentarismo y los azúcares refinados. Además menciona que del 5 al 10% de los infantes en nuestro país tiene algún problema de *obesidad*, y que va en aumento.

Por tanto, la *obesidad* es la enfermedad que una vez instalada en los niños presenta secuelas tanto físicas como psicológicas que van de un lapso de tiempo corto hasta llegar en la mayoría de los casos hasta la edad adulta, debido a que al no haber cambios en los patrones alimenticios, estos, prevalecen a través de los años ocasionando por ello, otras enfermedades físicas como pueden ser cardíacas, diabetes, alta presión sanguínea. También se puede presentar baja autoestima, tener problemas en la imagen corporal y depresión de acuerdo a lo planteado por Pearce, (1995) y Ríos, (2002).

En cuanto, a la *desnutrición* su presencia dentro del sector infantil no deja de ser menos importante, y a diferencia de la *obesidad*; la *desnutrición* que se consideró es la llamada *marasmo* que implica una baja de nutrientes, es decir, que el aporte proteico y calórico es bajo y por tanto hay una baja en el peso.

Siendo la situación actual, de acuerdo con Ávila (1998), el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán detectó que una parte importante de niños en edad preescolar se encuentran desnutridos dentro de la población urbana marginada. Corroborando lo anterior el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2003) indica que los niños de 0 a 5 años presentan una baja de peso para la edad en relación de 8.1% para hombres y 7.2% en mujeres.

Las repercusiones tal como lo señala Vega (1991) dependen entre otras cosas de la gravedad de la *desnutrición* y del tiempo que el niño la presentó. Por lo anterior, las secuelas a nivel psicológico no son visibles a corto plazo, sin embargo, se ha encontrado un coeficiente intelectual bajo, afecciones en el lenguaje y problemas de aprendizaje tal como lo señala Díaz (1990).

En lo tocante al área física de acuerdo con Román (1983) afecta al sistema inmunológico siendo más susceptibles a las infecciones, hay piel escamosa, seca o pigmentada, los dientes con manchas y anemia.

Los factores predisponentes y mantenedores en la *desnutrición* van desde lo económico, la educación de los padres, los geográficos y ambientales. De acuerdo con Gamboa (1986) las madres de niños desnutridos apenas cursaron la primaria.

En ambos casos se destaca un exceso o déficit de los nutrientes, debido a su correlación directa con la ingesta de alimentos y de los hábitos alimenticios que se presentan en casa.

De ahí que los diferentes autores manifiesten una serie de medidas de prevención ante la situación que impera en la *obesidad vs. desnutrición* infantil, entre las que se destaca para la *obesidad* el ejercicio físico, comer balanceadamente, en horarios establecidos y la más importante y generadora de cambios sería la sensibilización de los progenitores sobre un control de la salud del niño, haciendo hincapié en la dieta, de acuerdo a lo señalado por Rodríguez (1999). Apoyando lo anterior, Goldberg (2003) enfatiza que los padres deben predicar con el ejemplo a través de hábitos alimenticios saludables.

Y en la *desnutrición*, lo más conveniente es enseñar a los padres a preparar los alimentos que sean económicos y sanos, y de acuerdo con Salcedo (1991) la educación de los padres

y una disponibilidad de alimentos y campañas que tengan programas de educación nutricional serian de gran ayuda en aras de una disminución de casos de *desnutrición* infantil.

En síntesis, tanto la *obesidad* como la *desnutrición* siguen siendo dos problemas de Salud en nuestro país, que deben atacarse y prevenirse desde la infancia, pues sus repercusiones tanto físicas como psicológicas prevalecen aún en la etapa adulta.

Por tanto, se hace necesario el ampliar la investigación en este sector infantil, ampliándola a los niños en edad escolar, no solo por encontrarse en una etapa de continuidad dentro de su desarrollo o por las secuelas dejadas a nivel psicológico, sino por encontrarse en la edad idónea para realizar los cambios necesarios en sus hábitos alimenticios donde los padres y maestros tienen la tarea de involucrarse tanto desde un nivel informativo como en la práctica generando así los cambios.

Donde la Psicología tiene una labor importante al abocarse en generar los cambios desde las diferentes posiciones: individual, familiar y por ende social. Ello implica cambios de conducta, emocional y de relaciones entre los miembros de la familia, dado que dentro del seno familiar se pueden llevar a cabo los cambios necesarios de un reaprendizaje que involucran hábitos alimenticios y la interacción de los afectados que permitan un mejor nivel de vida y de ingesta alimenticia.

De tal manera, que el presente trabajo forma parte de una aportación que tiene la esperanza de generar cambios a través de una información donde en primera instancia se involucran a los padres y por consiguiente se vea reflejado en los hijos de éstos. Donde los padres de familia no asocien la comida como parte del estado de ánimo de los niños, dando lugar a que en momentos depresivos o de tensión se recurra a los alimentos como

una solución para éstos, por el contrario debe tenerse claro que la ingestión de alimentos cumple con el llevar nutrientes al organismo donde se debe cuidar el equilibrio de los mismos.

Así, el papel de la prevención es de suma importancia como una medida para mitigar el índice de los problemas de salud en la alimentación, por lo que la educación de los padres hacia mejoras en su salud tanto personal como familiar hace que se generen más propuestas y trabajos encaminados hacia ésta línea.

Donde los padres estén al tanto de las dietas balanceadas, de una actividad en los niños sacándolos del sedentarismo que provoca la televisión y los juegos de una computadora, y estar al tanto de alguno de los signos que puedan presentarse ante la presencia de *obesidad ó desnutrición*, tengan las herramientas de enfrentar la situación cuando apenas inicia y no cuando las consecuencias han rebasado la situación imperante.

También debe tenerse presente que no se trata de dejar de consumir dulces y grasas saturadas, más bien se tiene que cuidar la cantidad con que se consumen. Sin olvidar además, que los alimentos no son premios de una buena conducta, ni tampoco son sustitutos de afecto de padres hacia sus hijos.

Además de que los niños obesos pudieran contar con un espacio y horario de clases de ejercicios aeróbicos, de talleres donde aprendan no solo a como alimentarse de manera nutritiva sino también a saber preparar sus propios alimentos.

En conclusión son los padres los primeros en darse cuenta del tipo de alimentación se lleva en casa y que tanto están reforzando la conducta negativa de dar en exceso o de manera deficiente alimentos a sus hijos, y que tanto éstos resultan ser nutritivos. A la vez,

de detectar y cambiar si es el caso las condiciones bajo las cuales se dan los alimentos y que llegan a resultar inadecuados para la ingesta. Cuyas implicaciones ambientales a la hora de la comida y de personalidad se ven relacionadas con el comer mucho o poco en los niños, reflejándose en las condiciones físicas y psicológicas de éstos.

Los buenos hábitos alimenticios mantienen el equilibrio de salud generando una infancia libre de ataduras de excesos y déficit de alimentos culminando con una vida adulta saludable. Donde la ingesta de alimentos sea balanceada y abra un espacio familiar de convivencia.

“Porque una cucharada de sopa no es la sustituta de una caricia y tampoco la comida es sinónimo de amor”.

Apéndice 1.

Niños Que Comen Mucho O Poco Guía Psicoeducativa Para Padres

Elaborada por: Olga Lidia Sánchez Salgado

México, 2004



INDICE

1. En la mesa los buenos modales hablan de...
(evaluación para padres)

2. Reglas del buen comer

⊖ *Hábitos alimenticios*

⊖ *¿Cómo cambiarlos?*

Actividad

Sugerencia

Tarea para casa

Área a desarrollar

Registro de comidas

⊖ *Edad Escolar*

⊖ *Clasificar y combinar el buen comer*

Actividad

Sugerencia

Tarea para casa

Área a desarrollar

⊖ *Ya comer solo una vez se llama*

⊖ *Conque coma aunque no desayune*

Actividad

Sugerencia

Tarea para casa

Área a desarrollar

3. A la hora de comer... un plato de emociones

⊖ *Las emociones*

⊖ *¿Los padres son culpables?*

Actividad

Sugerencia

Tarea para casa

Área a desarrollar

4. Niños que comen mucho o poco

⊖ *Niños que comen demasiado*

⊖ *Niños que comen poco*

⊖ *Mi hijo con trastornos emocionales*

⊖ *El pago de un niño obeso*

⊖ *Secuelas de la desnutrición*

Actividad

Sugerencia

Área a desarrollar

5. Cómo anticipar las cosas

6. La salud física y psicológica son... lo más importante (Evaluación final para padres)

En la mesa los buenos modales hablan de....
Instrucciones: Tache la respuesta que se adecua a su práctica diaria

1. (HA) Los niños deben comer grandes bocados. Si No No sé	11. (D) El jugo de arroz es más nutritivo que la leche materna. Si No No sé
2. (HA) Un niño (a) tiene que comer la misma cantidad que un adulto. Si No No sé	12. (D) La mejor alimentación es la que tiene maíz, frijol y pastas. Si No No sé
3. (AC) La hora de la comida es un buen momento para regañar al niño(a). Si No No sé	13. (P) Un padre es bueno si da de comer mucho a su hijo (a). Si No No sé
4. (HA) El niño come bien cuando se acaba todo lo del plato. Si No No sé	14. (O) Padres obesos tienen hijos obesos. Si No No sé
5. (AC) Me gusta aprovechar la hora de la comida para discutir las diferencias que tengo con mi pareja. Si No No sé	15. (AC) Durante la comida los niños no deben hablar. Si No No sé
6. (P) La gente dice que soy un padre sobreprotector. Si No No sé	16. (D) Los niños que tienen buen peso están bien nutridos. Si No No sé
7. (O) La obesidad es aumentar de peso. Si No No sé	17. (P) Acostumbro repetir la comida que le gusta a mi hijo(a) durante la semana. Si No No sé
8. (P) Creo ser un padre o madre poco afectuoso. Si No No sé	18. (AC) Nos gusta ver la T.V. cuando comemos toda la familia. Si No No sé
9. (O) Es bueno que los niños hagan dieta para cuidar su salud. Si No No sé	19. (D) Las frituras son un buen alimento en el lunch de los niños Si No No sé
10. (HA) No es tan importante el desayuno en los niños mientras coman bien. Si No No sé	20. (O) Los niños gorditos son más felices y sanos que los delgaditos. Si No No sé

REGLAS DEL BUEN COMER

Objetivo: Qué los padres conozcan que son los hábitos alimenticios y la función que cumplen a la hora de comer.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Los **hábitos alimenticios** es una conducta que se repite con frecuencia y que es agradable, cómoda y útil.

Tiene relación con el número de comidas al día, frecuencia, aspectos emocionales, con platillos de mayor preparación donde se involucran el sabor, textura, color, aroma y temperatura de los alimentos.

Se entiende como un conjunto de reglas elaboradas por el medio en que se vive a lo largo del tiempo. Los hábitos alimenticios se aprenden poco a poco desde que el niño es pequeño, porque va siguiendo los patrones alimenticios de la familia; esto es, qué comer, cómo comer y cuándo comer.

Los hábitos alimenticios varían en cada familia por tanto lo que es aceptable para una familia no puede serlo para otra, sin embargo puede decirse que existen ciertos hábitos generalizables a las familias como pueden ser:

- ⊖ hablar sin tener bocados en la boca.
- ⊖ masticar los alimentos y no simplemente pasar el bocado.
- ⊖ emplear cubiertos como cuchara, cuchillo y tenedor según el tipo de alimentos.
- ⊖ levantarse de la mesa una vez terminados los alimentos.
- ⊖ el postre es al final de comer todos los alimentos aún cuando no sean de nuestro agrado como las verduras.

Los padres son modelos de cómo comer y son los primeros a quienes imitan los hijos. De ahí que antes de enseñar los hábitos alimenticios sea conveniente hacer una revisión de lo que se hace y que no se desea que el niño aprenda.

Antes de querer cambiar los hábitos alimenticios del niño, se tienen que cambiar los hábitos de toda la familia.

CÓMO CAMBIARLOS

Desde la infancia los padres deben educar a sus hijos sobre cómo y qué comer, para que comiencen a adoptar hábitos de una vida saludable que determine a futuro un comportamiento de alimentos balanceados.

Los hábitos alimenticios no solo se transmiten cuando el niño come, sino en todas las actividades que rodean la comida: sentados a la mesa, cuando se prepara la comida.

Los padres ante todo, deben tener claro tanto cómo balancear la comida y no caer en el error de que a pesar de que el niño tenga el peso correspondiente a su edad, presente desnutrición porque su alimentación se compone de alimentos hechos a base de harinas.

Así, que cambiar los hábitos alimenticios implica un cambio tanto en la conducta que se presenta en la mesa a la hora de comer, como en el tipo de alimentos que se ingieren.

Actividad: Llevar a cabo un registro que permita conocer que conductas y comidas deben de evitarse y con ello cambiar algunos hábitos alimenticios que no se deseen seguir manteniendo en los hijos a lo largo de su vida. (ver registro para corregir la alimentación, figura 1.) Hacerlo por espacio de una semana.

Sugerencias: Indicar si el niño habla con la boca llena “no puedo entender lo que dices”, si come demasiado despacio, “espero que acabes a tiempo para el postre”.

Qué los padres realicen una historieta donde se indiquen situaciones que expresen el tener buenos hábitos alimenticios y donde no lo sean (comer deprisa, comer golosinas antes de comer, tener juguetes en la mesa cuando se come ...)

Tarea para casa: Junto con el niño hacer un juego de roles donde el padre o madre tome el lugar del niño como si estuviera comiendo y realice conductas no aceptadas durante la comida, y el niño asuma el papel del padre y le indique que conductas no están permitidas y que él proponga opciones para cambiarlas e incluso la manera en que lo indica, de este modo al padre se le facilita la manera en que el niño debe ser tratado, ya que el niño lo va manifestando durante el juego de roles.

Área a desarrollar:

Conductual: tener conductas aceptables en la mesa así como ingerir alimentos balanceados.

Afectiva: incrementar la relación de convivencia padres e hijos.

Cognoscitiva: aprender a detectar las conductas que deben cambiarse a partir del registro de comidas.

REGISTRO DE COMIDAS

FECHA	DESAYUNO	OTRA	COMIDA	OTRA	CENA	OTRA	OTRA
HORA A LA QUE COME							
CANTIDAD							
ALIMENTO QUE TOMA							
PRODUCTOS LÁCTEOS							
CEREALES Y FECULAS							
FRUTAS							
VERDURAS							
CARNES							
PESCADOS							
HUEVOS							
LEGUMINOSAS							
DULCES Y GOLOSINAS							
REFRESCOS							

Figura 1. Registro de comidas que tiene la finalidad que los padres y niños conozcan cuáles son los malos hábitos alimenticios que tienen y que es necesario corregir.

Objetivo: Resaltar la importancia de la alimentación durante la edad escolar y equilibrada de acuerdo a la clasificación de los alimentos.

**EDAD
ESCOLAR**

En los primeros años de la infancia los padres tienen un especial cuidado sobre como alimentar al bebé, dichos cuidados prevalecen en los primeros años de vida, sin embargo una vez que el niño ingresa a la escuela básica (primaria) pareciera ser que este aspecto deja de cobrar interés por los padres, ya que creen que la alimentación recibida en los primeros años de vida es la más importante y lo que reciban los niños posteriores no tendrán repercusiones a considerar a diferencia de sus primeros años.

En la edad escolar los nutrientes tienen no solo la finalidad de conseguir un crecimiento adecuado, sino además de prevenir problemas de salud en la edad adulta.

De ahí que una dieta debe ser equilibrada en cuanto a los nutrientes que la integran así como de cubrir ciertos aspectos tanto de presentación del alimento como del ambiente que exista y permita una ingestión optima.

Los padres tienen que plantearse qué tipo de alimento y bajo que condiciones dan de comer a los niños, pues como se verá más adelante el comer tiene implicaciones que van más allá, del simple hecho de llevar a la boca comida para mitigar el hambre.

La edad escolar también es importante como lo fue en su momento la alimentación en los primeros años de vida del niño hasta la etapa de preescolar.

La etapa escolar para el presente trabajo hace especial énfasis en el período que abarca a niños (as) de entre los 6 a 8 años, esto es, niños que en sus primeros tres años que cursan la educación básica del país.

Es el momento en que el niño inicia un aprendizaje a nivel cognoscitivo donde pone a trabajar tanto su capacidad intelectual como psicológica que requiere un organismo que cuente con los nutrientes adecuados que permitan un desarrollo de todas las capacidades del niño.

**CLASIFICAR Y COMBINAR
EL BUEN COMER**

Los alimentos se agrupan teniendo en cuenta los nutrientes que predominan y en base a esto, se puede hablar de al menos siete grupos a los que en su conjunto se les ha denominado “Rueda de los alimentos”.

Recordemos que el alimento es: *“toda sustancia que incorporada al organismo, cumple una función de nutrición”*

Los alimentos se agrupan de la siguiente manera:

- ⊖ grupo I: se encuentra la leche y sus derivados donde predomina la proteína.
- ⊖ Grupo II: es de carnes, pescado y huevo, predomina la proteína.
- ⊖ Grupo III: corresponde a las legumbres, frutos secos y papas, poseen cantidades de proteínas, vitaminas y minerales.
- ⊖ Grupo IV: son las hortalizas que tienen vitaminas y minerales.
- ⊖ Grupo V: frutas que proveen de vitaminas y minerales.
- ⊖ Grupo VI: los cereales que proporcionan energía y estos son: cereales, pan, pasta, arroz.
- ⊖ Grupo VII: son las mantecas y aceites, predominan los lípidos (grasas).

Los nutrientes que contienen cada uno de los grupos de alimento, rara vez se encuentran en forma aislada, pues forman combinaciones más o menos variadas según el alimento del que se trate.

Una vez que se ingieren los alimentos y se completa el proceso digestivo, los nutrientes quedan libres, lo que permite ser absorbidos y llegar a la unidad final donde van a ser utilizados: las células de los diferentes tejidos. Es decir, el organismo comienza a separar los nutrientes que necesite y los va integrando en la estructura celular o son utilizados como fuente de energía, o bien son intermediarios en los procesos metabólicos.

Cuando estas funciones han sido aseguradas, los nutrientes ‘sobrantes’ pueden ser transformados en grasas de almacenamiento, ser almacenados en depósitos específicos para cada uno de ellos, o bien son enviados hasta los diversos órganos excretores para su eliminación. De esta manera los nutrientes que proporcionan los alimentos contribuyen al mantenimiento del organismo y en caso de que exista un exceso o déficit de estos.

El organismo buscara la manera de obtenerlo y/o conservarlo.

De ahí la existencia de enfermedades como la obesidad y desnutrición en la infancia.

Actividad: Realizar un memorama que incluya los diferentes grupos alimenticios para reafirmar a qué grupo pertenece cada uno de los diferentes alimentos.

A partir de recetas cotidianas que se realicen en casa, separar los ingredientes de acuerdo a los grupos de alimentos que pertenecen y poder obtener una encuesta de grupo de alimentos son los más consumidos por cada familia.

Sugerencias: Cuando se vaya de compras tener un listado de los alimentos a comprar y la clase a la que pertenece cada uno. De esta manera se pondrá controlar todos los alimentos de acuerdo a su grupo, para no exceder la compra de algún grupo en particular.

Tarea para casa: Elaborar un mural de la rueda de los alimentos, y con recortes de revistas o dibujados repasar los diferentes grupos de alimentos.

Pedir al niño que escriba o indique todo lo que le gustaría comer durante todo un día (desayuno, comida y cena) ello ayudara a darse cuenta que alimentos les agradan a los niños asi como cuales necesitan ser cambiados para reforzar los buenos hábitos alimenticios. Además podrán separar los alimentos de acuerdo a la rueda que hicieron con anterioridad. Así tanto niños como padres se podrán dar cuenta que grupo de alimentos no incluyen en su comida.

Área a desarrollar:

Cognoscitivo: aprender a clasificar los alimentos a partir al grupo al que pertenecen,

Afectiva: reforzar la comunicación entre padres e hijos.

Somático: dar una adecuada alimentación en la etapa escolar reforzando tanto los aspectos físicos como psicológicos de los niños.

Conductual: separar adecuadamente los de alimentos al momento de comer.

**... Y A COMER SOLO
UNA VEZ SE LLAMA**

Objetivo: Conocer los momentos adecuados para que un niño coma y cómo hacerlo.

Cada niño tiene un horario para comer y la cantidad que cada uno coma depende de las actividades que realice durante el día, sí esta en un momento de crecimiento e incluso de su estado de ánimo.

Por lo que es conveniente que los padres consideren que los niños en etapa escolar deben comer en cinco momentos que implican los siguientes horarios:

Desayuno a las 7:00 hrs.

Refrigerio a las 10:30 hrs.

Comida a las 13: 30 a 14:30 hrs.

Refrigerio a las 17:00 hrs.

Cena 18:30 a 19:30 hrs.

Sin embargo los horarios pueden variar de acuerdo a las actividades de los padres y de los propios niños, ajustándose siempre a los cinco momentos.

**...CONQUE COMA AUNQUE
NO DESAYUNE**

El desayuno es muy necesario para los niños en etapa escolar, ya que un niño con hambre tiene dificultad para concentrarse, su trabajo es lento y su actividad física es más baja.

El desayuno debe tomarse sin prisa o ansiedad para que realice una buena masticación.

Debe darse tanto en los días de escuela como en período de vacaciones, también es importante dar un pequeño refrigerio o colación.

La colación o refrigerios sirven para darle al niño en etapa escolar energía para el desarrollo de sus actividades físicas y mentales.

Para planear los alimentos de la colación es importante buscar bocadillos sabrosos, sencillos y fáciles, económicos y nutritivos.

Actividades: Del registro de comidas obtener la cantidad de veces que el niño ingiere alimentos, y si esto sucede un número de veces mayor o menor deberá ajustarse en lo sucesivo en los cinco momentos antes descritos.

Hacer un listado de aquellos alimentos que los padres consideran dar a sus hijos como alimentos de refrigerio y ubicarlos dentro de alguno de los grupos de alimentos para conocer y valorar su nivel nutritivo. Ello puede contribuir a cambiar cierto tipo de alimentos por los que cumplan con un valor nutricional.

Elaborar una calendarización de la semana de aquellos alimentos que pueden darse durante el refrigerio al niño tanto en la escuela (el lunch) como lo que comerá entre la comida y cena.

Sugerencias: para que el niño tenga un buen apetito a la hora de comer es conveniente que el niño llegue con hambre a la hora de comer, los alimentos deben de servirse de manera atractiva, sencilla y en pequeñas porciones, procurar que los niños ayuden en la elaboración de los alimentos, opinen sobre lo que quieren comer, evitar sustituir alimentos como carne o verduras por alguna golosina, la variedad en la presentación de los alimentos los hace más atractivos, no dar golosinas como premio al termino de la comida.

Algunos refrigerios pueden ser:

Hormigas sobre un palo- Mantequilla de cacahuete sobre una rama de apio con pasas.

Comida de conejo- Combine zanahorias ralladas con pasas y un poquito de miel y sírvalas sobre galletas.

Emparedados caprichosos - Corte el pan en figuras, con los cortadores de galletas y sírvalos con carne, queso, mantequilla de cacahuete, etcétera.

Naranja deliciosa-Mezcle en la licuadora: 1/3 taza de jugo de naranja concentrado, 1/4 taza de leche en polvo, 1/2 plátano ú otra fruta, 3/4 taza de agua, miel al gusto y hielo (en cuanto más hielo añada, más espesa será la bebida).

Tarea para casa: seguir a lo largo del día los cinco momentos de comida y observar como reaccionó el niño ante el cambio de horario y preguntarle al propio niño como se sintió, si fue mucha o poca comida.

Junto con el niño formar un listado de que alimentos le gustaría llevar a la escuela para que coma a la hora del recreo y de ser posible que el propio niño ayude a prepararlos.

Área a desarrollar:

Conductual: habituarse a los horarios establecidos para comer y no comer en horarios o momentos que excedan los cinco tiempos.

Cognoscitivo: aprender a comer en ciertos horarios.

A LA HORA DE COMER ... UN PLATO DE EMOCIONES

Objetivo: Resaltar el papel que juegan las emociones y la personalidad de los padres para que los niños coman mucho o poco.

LAS EMOCIONES

La comida se ha relacionado con los estados de ánimo, donde los niños se ven inmersos en un dilema del comer, ¿por qué lo necesita mi organismo o porque es parte de mi estado de ánimo (alegría, tristeza, ansiedad).

Los niños y padres tienen que tener claro que el comer es parte de una necesidad física del cuerpo y que no tiene nada que ver con las recompensas que se asocian cuando un niño recibe un golpe o sufre algún accidente.

Los niños necesitan ser reconfortados con abrazos, comunicación, pasando tiempo con ellos hasta que se sientan mejor.

Necesitan llorar cuando se sienten heridos o tristes, necesitan gritar cuando se enfadan.

“no necesitan solamente comer”.

¿LOS PADRES SON CULPABLES?

Cuando los padres intentan que la alimentación sea correcta en un ambiente duro, ocasiona que la hora de comer sea un momento de tensión y de estrés. El cansancio de los padres hace que estén irritables y tengan poca paciencia, incrementando los sentimientos de tensión y ansiedad.

Las frases que los padres emplean hace que se eviten ciertas comidas ó se relacionan inadecuadamente como por ejemplo:

- “Si eres bueno, te daré un caramelo”.
- “Te daré más comida para que sepas cuanto te quiero”.
- “Por favor, cómetelo o me harás enfadar”.

También la personalidad de los padres influye en la conducta de comer de sus hijos, así como la manera de comportarse de los padres y su personalidad se correlaciona con la manera de alimentar a los hijos.

Se ha encontrado en las investigaciones de corte psicológico que las madres sobreprotectoras ofrecen un exceso en la comida de sus hijos cumpliendo de esta manera con su papel de ser madre, traduciéndose así en una expresión de afecto no verbal.

Así mismo, se ha puesto en evidencia que el sistema familiar de los niños obesos es conflictivo, desorganizado, crítico y que existe poca comunicación entre sus miembros y por ende una falta de sus emociones. Caso contrario en niños con desnutrición sus padres los obligan a comer, imponiendo y sometiendo a su autoridad.

Una madre permisiva, depresiva que considere a su hijo no tiene problemas de alimentación (desnutrición) ofrecerá dietas monótonas a su hijo, esto es, no cambiará las recetas de comida de manera constante. En cambio una madre autoritaria que considere a su hijo anémico, flaco, triste o muy gordo procurará variar sus dietas.

En aquellos niños que presentan desnutrición tienen relaciones con los padres de una carencia de afecto ya sea de modo parcial o bien total, aunado aun rechazo o abandono que recibe los hijos por parte de los padres.

También una falta entre relaciones sociales y emocionales de las madres para con los hijos puede ocasionar una privación materna cuyo origen parece estas relacionada con desnutrición severa.

Puede decirse que la personalidad, en particular de la madre y la percepción que tiene en cuanto al estado nutricional de su hijo, la lleva a ofrecer una diversidad o monotonía en la dieta del escolar.

Y que además puede traer consigo enfermedades de obesidad o desnutrición infantil tras el engaño de que el niño come mucho o poco.

Por tanto la hora de la comida resulta ser para los niños un momento de frustración, o bien agradable donde el cariño o la falta del mismo pone en evidencia la manera en que los padres alimentan a los hijos y son precisamente los padres los que deben revisar como actúan a la hora de comer y de qué manera muestran los afectos a sus hijos.

Actividad: contestar las siguientes preguntas.

¿Cómo considero el ambiente familiar a la hora de la comida?.

¿Cómo reacciono ante la negativa de comer de mi hijo?.

¿Pido opinión a la familia de lo que desean comer?.

¿Cómo considero que es la alimentación de mi hijo (a)?.

¿Quién lleva la conversación generalmente a la hora de la comida?.

¿De qué manera expreso mi afecto a mi hijo (a)?.

¿Qué opino de que la personalidad de los padres influyen en la manera de alimentar a los hijos?.

A partir de las preguntas se puede generar un debate entre los padres con relación a cómo se alimentan a los hijos.

Los padres pueden hacer una dramatización de cómo pudiera ser un ambiente ideal a la hora de la comida y como lo viven ellos a diario, lo anterior podría ayudar para arrojar información de cuales pudieran ser los posibles contratiempos a los que se enfrentan los padres a la hora de la comida y la manera en que son resueltos, de modo que se compare entre lo señalado por las investigaciones y lo que se vive a diario.

Sugerencias: Tomar unos minutos para sí mismo para calmarse después de un día de trabajo.

Procurar sentarse a la mesa y tratar temas que involucren a los niños en temas como donde ir de paseo el fin de semana, como se sienten, que les parece la comida...

Evitar prometer dar alguna golosina después de que coman la carne o golosinas.

Abrazar y decirle a los hijos que se quieren cuando reciben algún golpe o cuando terminan sus alimentos.

Escribir a los niños pequeños mensajes de vez en cuando en el lunch que envían a la escuela como: “te quiero”, “¿que tengas un bonito día”, “que lo disfrutes”.

Actividad para casa: leer al niño los siguientes casos y que el niño emita una opinión.

La mamá de Juanito, era una señora que siempre regañaba a Juanito porque no se sentaba correctamente a la mesa, además de que quería comer primero el postre y no le gustaban las verduras; su mamá tenía que abrir su boca y meter la cuchara con las verduras.

Además su mamá nunca lo felicitaba o le decía cosas bonitas como te quiero cuando terminaba de comer. A Juanito no le gustaba que su mamá siempre le daba lo mismo de comer que la semana anterior pocas veces cambiaba los guisados a la hora de comer.

¿Cómo crees que se sentía Juanito con todo esto?.

¿Qué crees que debería hacer la mamá para que Juanito no se sintiera así?.

¿Qué cosas cambiarías tú a la hora de la comida?.

Los papás de Andrés pelan en todo momento por cosas de adultos, y Andrés a la hora de la comida quiere decirles que se siente triste por verlos pelear y no le gusta que estén enojados, pero sus papás le dicen que no puede hablar cuando come.

Su mamá le sirve mucha comida para que Andrés sepa que lo quiere mucho, pero nunca se lo dice, solo la mamá piensa que si le da mucha comida y le da todo lo que el niño quiera comer; Andrés se sentirá feliz porque puede comer lo que él quiera.

¿Cómo crees que se sienta Andrés con todo esto?.

¿Tú que harías si fueras Andrés?.

¿De qué otra manera podría demostrar la mamá de Andrés que lo quiere?.

¿Crees que es bueno que los padres discutan durante la comida y que no puedas opinar?.

Áreas a desarrollar:

Conductual: controlar el carácter de enojo y su expresión a la hora de comer.

Afectiva: expresar las emociones que se tienen y diferenciarlas ante diferentes situaciones.
Ampliar la comunicación entre padres e hijos.

Cognoscitivo: saber que tanto el estado de ánimo como la manera de ser afecta la alimentación que se da a los hijos en relación a como son percibidos por los padres y a su vez como los niños viven la situación al dar la opinión en los casos que se les plantea.
Enriqueciendo la relación padres- hijos.

NIÑOS QUE COMEN MUCHO O POCO

Objetivo: Conocer porque los niños comen mucho o poco y las repercusiones que ello tiene en su salud física y psicológica.

NIÑOS QUE COMEN DEMASIADO

Cuando los niños ganan peso durante la infancia, los padres muchas de las veces no se dan cuenta de la situación que presentan sus hijos. Los niños se vuelven regordetes y al paso de los años se convierten en adultos obesos.

Los niños con un exceso de peso mayor a 20% de su peso normal y con un incremento de grasa son considerados como los niños obesos.

Los padres son los primeros en ver esta situación estando pendiente del tipo de alimentación que ingieren los niños. Es conveniente que únicamente los niños consuman calorías que sean necesarias.

Generalmente los niños están gordos porque se les da más comida de la que ellos necesitan para crecer y desarrollarse con normalidad. Así demasiado gordo equivale a: demasiadas calorías = demasiado gordo.

Los padres se justifican con comentarios como: “esto ocurre en la familia”, “es más estando gordo”, “sólo es una fase temporal”.

Si el niño (a) come una amplia variedad de alimentos con verdura y fruta es mejor que la comida tratada (chatarra) porque destruye los nutrientes y el comer demasiado de un solo tipo de comida tampoco es saludable.

La comida es un símbolo de amor de los padres y dejar de darle de comer al niño es como decirle “no te quiero”, sin embargo, un modo importante de que el niño coma solo lo necesario es decirle no a ciertos alimentos que incrementan

su gordura, es por ello buscar otras formas de demostrar afecto a los hijos pues la comida no es la vía más correcta.

NIÑOS QUE COMEN POCO

Cuando los niños no comen puede ser producto de alguna enfermedad física, o bien si el niño sufre de estrés emocional reduce el apetito y lo llevan a una pérdida de peso. El estrés es ocasionado generalmente por una tensión familiar, por problemas en la escuela.

Es conveniente estar alerta sobre el estado emocional y físico del niño, pues la pérdida de éste puede ser un síntoma de un problema en ambas cosas.

Los niños que comen poco y que llegan a estar desnutridos presentan poco apetito, cicatrices lentas en cortes y heridas, manos y pies fríos, si tienen mucha actividad se cansan muy rápido, además su peso está por debajo del 20% del peso que corresponde a su edad y talla.

Aquellos niños que pueden presentar una desnutrición son los niños que ingieren alimentos que no están balanceados de acuerdo a los grupos de alimentación en que son divididos y de los cuales debe tomarse una porción de cada uno, para el correcto funcionamiento físico y psicológico del niño.

Un niño no está alimentado con el simple hecho de ingerir alimentos sin importar la cantidad de éstos. En general, los niños desnutridos tienen una alimentación más monótona compuesta de maíz, pan, pastas, frijol y pequeñas cantidades de carne, leche, frutas y verduras.

Además de un consumo mayor de refrescos y golosinas.

MI HIJO CON TRASTORNOS EMOCIONALES

Los trastornos emocionales son muy difíciles de detectar y generalmente se acompañan de síntomas físicos.

Los signos que pueden ayudar a observar algún problema emocional son: pérdida de peso, perturbaciones en el sueño, irritabilidad, intranquilidad, falta de concentración, introversión, preocupaciones que son exageradas, llorar más de lo normal, pérdida de interés, acompañados de síntomas como dolores de cabeza, estómago y piernas.

EL PAGO DE UN NIÑO OBESO

Los niños obesos pueden sufrir consecuencias en su salud física, o bien en el área psicológica.

En lo físico hay aumento en la presión arterial, altos niveles de colesterol, problemas respiratorios, problemas ortopédicos especialmente de articulaciones.

En la parte psicológica puede presentar baja autoestima, además de un bajo rendimiento escolar. Así como, en las competencias deportivas y sociales, a menudo ser introvertidos y se ven acompañados de un rechazo social.

SECUELAS DE LA DESNUTRICION

En la desnutrición se encuentran daños tanto físicos como psicológicos que los niños presentan.

Desde lo físico tiene problemas en su sistema inmunológico, presenta piel escamosa, seca o pigmentada, dientes con manchas, anemia y encías ensangrentadas principalmente.

En el aspecto psicológico no son visibles inmediatamente, por lo general estas se presentan años después. Así en lo psicológico presentan un retraso motriz, alteración en su comportamiento como irritabilidad, indiferencia u hostilidad, además de bajo rendimiento escolar, alteraciones en el desarrollo del lenguaje (de articulación iniciada en los fonemas) y errores en la construcción de oraciones, en el desarrollo de

de estrategias para procesar información visual o auditiva y pierde y pierde deseo de exploración y curiosidad.

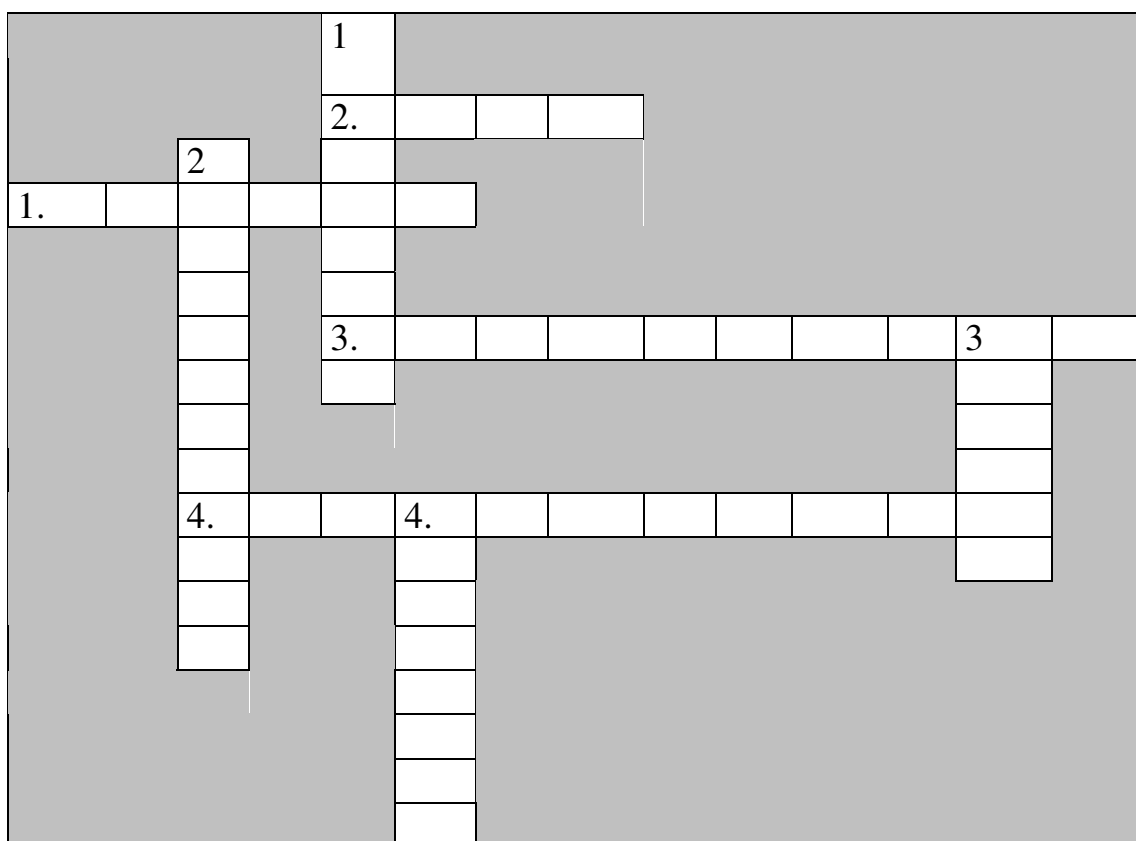
Actividad: Completar el siguiente crucigrama de acuerdo a la información recibida.

Horizontal

1. A los niños que exceden un 20% de su peso se les considera
2. La comida puede ser un símbolo de
3. Un niño obeso presenta una baja en su
4. Los niños obesos presentan alto nivel de

Vertical

1. Los niños obesos consumen grandes cantidades de
2. Los niños con poco apetito con manos y pies fríos, y una baja del 20% de peso pueden estar
3. Los niños con desnutrición presentan problemas en el desarrollo
4. Los niños desnutridos pueden tener la piel



Respuesta horizontal: 1. obesos, 2. amor, 3, autoestima, 4. colesterol

Respuestas vertical: 1. calorías, 2. desnutrido, 3. motriz, 4. escamosa

Sugerencias:

Lo primero que todos los padres piensan en cuanto se dan cuenta que sus hijos tienen un peso mayor al deseado es ponerlos a *dieta*, sin embargo esto sólo puede hacerse bajo una supervisión médica, porque no es la vía más recomendable debido a que los niños en edad escolar de 6 a 8 años se encuentran en una etapa de crecimiento, donde requieren de todos los nutrientes proporcionados por los alimentos. De ahí que la dieta no sea lo más adecuado.

Tampoco lo es el empleo de *medicamentos* que no estén previamente supervisados por un médico, ya que solo efectivos mientras se ingieren.

Una de las acciones que cuestan poco y que deja un gran beneficio es el *ejercicio* sobre todo de corte aeróbico pues ayuda a quemar grasa, es conveniente hacerlo en un lapso de 30 minutos por sesión, siendo una actividad divertida para los niños.

Lo más importante es que los padres sean los modelos de una buena alimentación que permitan al niño consumir los diferentes tipos de alimentos con medida sin que se excedan en grasas o azúcares.

Es importante también dejar al alcance de los niños fruta que les sea de su agrado y sea un buen sustituto en los alimentos llamados chatarra.

En aquellos casos, donde el niño sufre de desnutrición lo primero que se tiene que hacer es acudir con el médico y suministrar calorías y nutrientes que sean necesarios para cubrir las deficiencias, restablecer así las funciones normales. De esta manera, la valoración médica es lo más oportuno y el médico quién debe dar las recomendaciones necesarias del tipo de alimento a ser ingerido.

<p>Es conveniente que un niño desnutrido ingiera de 2 a 3 gramos de proteínas por Kg. y de 100 a 150 calorías por Kg. de peso.</p> <p>Cuando se presentan secuelas por la desnutrición conviene llevar un tratamiento psicológico donde se estimulen las partes afectadas como el desarrollo de habilidades motoras a través de juguetes y ejercitar los músculos.</p>	<p>Área a desarrollar:</p> <p>Conductual: proveer de una alimentación balanceada a toda la familia.</p> <p>Afectivo: ser consciente que los alimentos no son muestras de afecto, que lo mas conveniente es demostrarlo con abrazos, caricias y con las palabras sin que se asocien a un momento de la hora de comer.</p> <p>Somático: el organismo reciente tanto una alimentación excesiva como deficiente repercutiendo en la salud de los niños a largo plazo sobre todo cuando son adultos.</p> <p>Cognoscitivo: conocer las consecuencias que deja tanto la obesidad como la desnutrición en lo físico y psicológico, sobre todo en el aprendizaje de los niños hacia nuevos conocimientos.</p>
--	---

COMO ANTICIPAR LAS COSAS

La medida más efectiva para que los niños no padezcan obesidad o desnutrición es la *prevención* que los padres pueden seguir de ahí que dentro de las medidas preventivas se pueden contemplar el ejercicio físico, tener apoyo psicológico si se observan cambios en la conducta de los niños que puedan tener relación directa con el comer mucho o poco, además de contar si se sospecha una de las dos enfermedades (obesidad, desnutrición) de una guía nutricional, también es conveniente darse cuenta que el niño muestre una autoestima que le permita desarrollarse en todas sus actividades, esto implica que muestre seguridad en lo que él es y en todo lo que puede hacer.

Por otro lado, la alimentación debe aumentarse en la dieta las frutas y verduras y procurar comer menos carne, ingerir menos refrescos. Sobre todo los padres deben de ser los mejores ejemplos de una dieta balanceada, debe tenerse fruta

al alcance de los niños y ante todo no se trata de prohibir los alimentos ricos en calorías sino enseñarle que los excesos causan daño.

Lo más importante es cambiar los hábitos alimenticios si estos no corresponden con una dieta balanceada; recordando que el mejor tiempo para hacerlo es cuando los niños son pequeños y ello dependerá que en un futuro próximo los niños tengan enfermedades en su etapa de adultos y a corto plazo se puede ayudar en su rendimiento escolar con una buena alimentación, que traerá entre otras cosas una aceptación de su propio cuerpo levantando su autoestima y en general su desarrollo biopsicosocial.

La salud física y psicológica son... lo más importante

Instrucciones: *Tacha* la respuesta que se adecue a lo que sabes

1. (HA) Los hábitos alimenticios se aprenden desde pequeños. Si No No sé	11. (AC) Un ambiente de estrés y tensión debe prevalecer durante la comida. Si No No sé
2. (HA) Siempre que el niño termine de comer debe darse como premio una golosina. Si No No sé	12. (O) Una dieta es lo mejor para que mi hijo baje de peso. Si No No sé
3. (HA) La hora de la comida no es tan importante para el niño. Si No No sé	13. (D) Las calorías y nutrientes son lo mejor cuando un niño esta desnutrido. Si No No sé
4. (P) Las madres que se preocupan por la salud de sus hijos ofrecen una variedad en los alimentos de éstos. Si No No sé	14. (O) los ejercicios aeróbicos son recomendables para niños obesos. Si No No sé
5. (O) Los niños obesos tienen un nivel de peso y grasa mayor al 20% del peso deseado. Si No No sé	15. (P) El carácter de los padres influye para que un niño coma mucho o poco. Si No No sé
6. (D) La desnutrición afecta la actividad motora del niño. Si No No sé	16. (D) Las consecuencias de un niño desnutrido afectan el rendimiento escolar. Si No No sé
7. (HA) Una rica comida es la mejor muestra de cariño que se puede dar. Si No No sé	17. (AC) La comida es un momento para que todos los miembros de la familia expresen sus deseos e inquietudes. Si No No sé
8. (O) Un niño obeso puede presentar baja autoestima. Si No No sé	18. (P) Si una mamá sufre de depresión afecta la manera en como alimenta a su familia. Si No No sé
9. (AC) Durante la comida es recomendable un ambiente de tranquilidad y cordialidad. Si No No sé	19. (D) Un que tiene su peso correcto puede estar desnutrido. Si No No sé
10. (P) Los padres deben mostrar su autoridad para que el niño termine su comida. Si No No sé	20. (AC) Las diferencias en la pareja se deben tratar a la hora de la comida. Si No No sé



Una cucharada de sopa no es sustituta de una caricia, ni tampoco la comida es sinónimo de Amor.

Bibliohemerografía

Ninguna habilidad, capacidad o inteligencia brillarán sin la sencillez y la humildad.

Álvarez, R. (1998). Variables psicológicas asociadas a la obesidad: algunos avances de investigación. *Revista Psicología Iberoamericana* 6 (2) 22-27.

Astigárraga, S. (2000). Obesidad Infantil. Disponible en: <http://www.nutriologaaerobicos.com.mx>. Recuperado el 25 de Enero del 2004.

Ayala, (1997). Desnutrición en pediatría: avances recientes. *Revista Práctica Pediátrica*. 6 (2) 31-33, Febrero.

Ávila, A. (1998). La desnutrición infantil en el medio rural mexicano. *Salud Pública de México*. 40 (2).

Blanco, M. (1998). Infancia y obesidad de los padres. *Revista Práctica Pediátrica* 7 (4) 4-5 Abril.

Blanco, L. (2002). Evaluación y tratamiento de la obesidad en pediatría. *Revista Práctica Pediátrica*. 11 (6) 29-36, Junio.

-
- Briones, O. (2003). Estudio Nutricional del adolescente: riesgo de sobrepeso y sobrepeso en una escuela secundaria pública de Guadalupe, N.L. México. *Revista Salud Pública y Nutrición RESPYN* 4 (1). Enero-Marzo.
- Castillo, S y Jiménez, M. (1995). Desnutrición y Desarrollo Psicológico Descripción de una tradición científica mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología. México UNAM Facultad de Psicología.
- Cravioto, J y cols. (1999). Efecto de la desnutrición sobre el desarrollo neurointegrativo del niño. *Revista Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 56 (1) 62-75 Enero.
- Crotte, M. (1986). Obesidad infantil. Tesis Licenciatura en Psicología. México, UNAM, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.
- Díaz, G. (1990). Los problemas específicos del aprendizaje y su relación con la desnutrición infantil. Tesis Licenciatura en Pedagogía. México UNAM. Campus Acatlán.
- Díaz, M. (1994). Trastornos de la conducta alimentaria p.p 239-258 en: *Atención Integral de enfermería en el niño y adolescente*. España: Síntesis.
- Foz, M. y Formiguera. (1998). Obesidad. España: Harcourt Brace.
- Galván, R. (1985). Alimentación normal en niños y adolescentes, teoría y práctica. México: Manual Moderno.
- Gamboa, A. (1986). Estudio de los principales factores socioeconómicos que influyen en la desnutrición infantil. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar México, UNAM, Facultad de Medicina.
- García, M. (1996). Estilo de vida y obesidad: un estudio exploratorio sobre algunos indicadores de asociación. Tesis Licenciatura en Psicología. México, UNAM, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

-
- Gavino, L. (1995). Problemas de alimentación en el niño. Manual práctico para su prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Goldberg, K. (2003). Obesidad Infantil, Prevención. Disponible en: <http://www.Foros.T-Salud.gob.mx>. Recuperado el 26 de Enero del 2004.
- Goldberg, K. (2003). Causas de la obesidad. Disponible en: <http://www.obesidad.net>. Recuperado el 26 de Enero del 2004.
- Gómez y Ávila (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. *Revista de Psicología Iberoamericana* En: 6 (2) 37-44.
- Ibáñez, S. (2004). Desnutrición Infantil. Disponible en: <http://www.Manual.de.Pediadria/Desnutricion/Infantil>. Recuperado el 2 de Enero del 2004.
- INEGI (2003). Principales indicadores de nutrición en la población de 0 a 5 años según el sexo. Disponible en: <http://www.INEGI.gob.mx>. Recuperado el 7 de enero del 2004.
- Kirschenbaum, D. (1989). Elementos de éxito en el tratamiento de la obesidad infantil y adolescente; Uso de auto instrucciones e imaginación. En: *Tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes*. España: Martínez Roca.
- Lastra, M. (1998). Prevalencia de desnutrición en menores de cinco años de Tabasco. *Salud Pública de México*. 40 (5).
- Ling, A. (1999). Pobreza y desnutrición para la familia. Guanajuato: *Novedades* (28/10/99).
- López, A. (1998). Factores Sociales y Psicológicos de la Obesidad. *Revista Universidad Iberoamericana*. 6 (2): 3-7.
- López, T. (1989). Reflexiones sobre desnutrición, medio ambiente y desarrollo infantil. Tesis Licenciatura en Psicología. UNAM. Facultad de Psicología.

-
- López, M. y Mejía, M. (1989). Relaciones parentales y su vinculación con los niños en riesgo de desnutrición. Tesis Licenciatura. Psicología. UNAM. Facultad de Psicología.
- López, M. (2003). Cultura y alimentación. *Revista Cuadernos de nutrición*. 26 (2) 60-67. Marzo-Abril.
- Marín, M. y González, M. (1993). Circunferencia de brazo como indicador de riesgo de desnutrición en preescolares. *Salud Pública Mexicana*. 35 (6), 667-672.
- Massa, H. (1999). La imagen propia en la obesidad infantil. Salamanca: Secretariado de publicaciones e intercambio. Universidad de Valladolid.
- Martín, F. y Roche, E. (2001). Obesidad: algo más que un problema de peso. España: C.E.E. Limencop.
- Martínez, C. (1992). Aspectos básicos de Nutrición. México: Limusa.
- Martínez, S. (1993). Experiencias en participación comunitaria para promover la educación en nutrición. *Revista Salud Pública de México* 35 (6) 673-680. Noviembre-Diciembre.
- Martínez, G. (1998). Nutrición y endocrinología en el niño. *Revista Práctica Pediátrica*. 7 (2) 13-15.
- Mc Laren. (1993). La nutrición y sus trastornos. México: El Manual Moderno.
- Médicos Ecuador. (2004). Desnutrición infantil. Disponible en: <http://www.pediatriamedicoecuador.com>. Recuperado el 2 de Enero del 2004.
- Montenegro, R. (1999). Nutrición Clínica y Gastroenterología Pediátrica. Colombia: Panamericana.
- Moran, L. (2000). Factores de riesgo en pacientes en obesidad del servicio de medicina del adolescente del Hospital Infantil de México. Federico Gómez. Tesis Especialidad, México, UNAM, Facultad de Medicina.
- Lartigue, T. (1998). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Plaza y Valdez.

-
- López, L. (1984). Guía sobre Nutrición: métodos de enseñanza y aprendizaje. México: Libra.
- Palantoni, F. (2002). Mensajes de Frank Palantoni y Thomas E. Jones de Nutrición. Disponible en <http://www.Gerber.ComiendoSaludable.mx>. Recuperado 26 de Enero del 2004.
- Parra, C. (1994). Factores de riesgo para la obesidad en la infancia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 51 (2) 141-147.
- Pearce, J. (1995). Comer: manías y caprichos, Soluciones para niños que no comen o que comen demasiado. España: Paidós.
- Pérez, M. (1985). Obesidad y aspectos psicosociales en la familia. Tesis Especialidad en Medicina General Familiar. México, UNAM, Facultad de Medicina.
- Rangel, L. (1999). La desnutrición como signo de enfermedad social mundial. *Revista Práctica Pediátrica* 8 (7) 4 Julio.
- Represas, J. (1993). Ejercicio Físico para la prevención y tratamiento de obesidad. *Revista Práctica Pediátrica* 2 (3) 37- 48, Marzo.
- Ríos, R. (2002). La obesidad en niños de 10-15 años: relación entre baja autoestima, ansiedad, depresión. Tesis Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Rodríguez, E. (1999). Obesidad infantil: ¿cuál será su perspectiva para el nuevo milenio?. *Revista Práctica Pediátrica* en: 8 (10) 3 Octubre
- Román, H. (1983). La desnutrición como factor importante en el proceso del aprendizaje. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. México, UNAM. Facultad de Medicina.
- Romero, V. (2003). Obesidad Infantil. Disponible en: <http://www.cpnlac.org/padres.htm>. Recuperado el 26 de Enero del 2004.

-
- Salcedo, R. (1991). Factores asociados a la desnutrición aguda en preescolares migrantes de la zona cañera de Jalisco. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 48 (3) 131- 138, Marzo.
- Saloma, G. (2000). Actitud de la obesidad en niños y niñas de escuelas públicas y privadas y su relación con el índice nutricional (IN) y preocupación por el peso corporal. Tesis Licenciatura en Psicología, UNAM, Facultad de Psicología.
- Serrano, S. y Prieto, G. (2003). Obesidad en los niños. Disponible en : [http://.www mi pediatra.hospital infantil. mx](http://.www.mi.pediatra.hospital.infantil.mx). recuperado el 26 de Enero del 2004.
- Slaikeu, K. (1988). Intervención en Crisis. México. Manual Moderno.
- Vásquez, G. (1999). Características socioeconómicas y demográficas de la desnutrición proteico calórica primaria y secundaria grave. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 56 (12) 641-646. Diciembre.
- Vázquez, R. y Raich, R. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. *Psicología y Ciencia Social*. 2 (1): 59-69.
- Vega, F. (1991). Características clínicas de la desnutrición proteíno-energética p.p 153-175. En : *Temas cotidianos sobre Alimentación y Nutrición en la infancia*. México: Francisco Méndez Cervantes.
- Vega, F. (1999). Hitos conceptuales en la historia de la desnutrición proteico – energética. *Revista de Salud Pública Mexicana*. 41 (4), Julio-Agosto.
- Vera, N. (1999). Características de la madre, diversidad de la dieta y problemas de nutrición en niños de comunidades rurales de Sonora, México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 56 (3) 149-155, Marzo.

Villegas, G. (2003). Tratamientos para la obesidad: ventajas y desventajas. Tesis Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Facultad de Psicología.

Yamamoto, K (2002) La Obesidad un problema grave de Salud. México en: *Gaceta UNAM*. 5/9/02.