



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“MODIFICACIÓN EN LA ACTITUD PARENTAL
EN RELACIÓN CON LA OBESIDAD
INFANTIL”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

CYNTHIA YDANIA GARCÍA ARELLANO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

REVISORA

LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA

ASESOR ESTADÍSTICO

LIC. MARCOS VERDEJO

SINODALES

**MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
MTRA. ANGELINA GUERRERO LUNA
DRA. ALEJANDRA RUIZ CONTRERAS**



MÉXICO, D.F.

U.N.A.M.

2008



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.

AGRADECIMIENTOS

¡Gracias!, a Dios por darme la fuerza para cumplir un ciclo más en mi vida

¡Gracias!, a la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de continuar mis estudios y concluirlos en la carrera más fascinante y compleja.

¡Gracias!, a las escuelas y padres de familia que me dieron la oportunidad de aplicar el taller y emplearlos como conejillos de indias, realmente ustedes son la base metodológica de este trabajo.

¡Gracias!, a esa personas tan especiales que no pudieron ver concluido este proyecto, pero que donde quiera que estén sé que me apoyan y acompañan en todo momento: Mamá, tías Eloisa y Lucía, abuelita Conchita (q.e.p.d).

¡Gracias!, a ti por cuidarme, guiarme, regañarme, apoyarme, quererme, desvelarte, por hacer tu trabajo lo mejor que puedes, por siempre recordarme que hay que sacar la casta: Papá.

¡Gracias!, por ser de mi familia, por estar ahí cada vez que las necesito, por estar en las alegrías pero sobre todo en las tristezas: Brenda, Karina y tía Margarita.

¡Gracias!, por tenerme tanta paciencia, por soportar los muchos momentos de frustración, mi aprensividad, mi tardanza para terminar, por apresurarme y echarme porras: Mariana Gutiérrez.

¡Gracias!, por ser mi sinodal y acompañarme en este camino, por corregirme, por enseñarme que la investigación puede ser un estilo de vida, por ser la parte analítica cuando me invade mi parte visceral-emotiva, por tener tiempo y por encima de lo profesional, ¡mil gracias por ser mi amiga!: Alejandra Ruiz.

¡Gracias!, a ustedes por enriquecer, corregir y poner su experiencia en este proyecto: Damariz García, Angelina Guerrero y Cristina Heredia.

¡Gracias!, por estar en mi camino desde hace 15 años, por siempre estar ahí en todo momento, por ser mi hermana, prima, comadre y ante todo mi mejor amiga: Karla.

¡Gracias!, a ti mi brother, por siempre compartir todos esos momentos que nos han formado en la vida, por apoyarme incondicionalmente: Omar.

¡Gracias!, por escucharme, por compartir ciclos de vida, por ayudarme a salir adelante, por compartir una carrera, por compartir una amistad, por ser tu, por que a pesar de que nuestros caminos van por distintos rumbos seguimos juntas y sobretodo por ser parte de las PERVERSAS: Angélica, Daniela, Elisa, Linnette y Mónica.

¡Gracias!, a ustedes por seguir siendo amigos a pesar de los años, por seguir compartiendo momentos importantes de nuestras vida, por cada palabra de aliento, por apoyar de forma directa e indirectamente a este proyecto: Gloria, Juan Alfredo, Laura, Leny, Nashielly, Katya, Ricardo y Sarai.

¡Gracias!, por ser parte del ultimo trayecto de la tesis, por aguantar mis neurosis, por enseñarme que siempre hay un camino de luz que seguir, por compartir este momento: Ana Laura, Cristina, Josefina, Mónica Rubio y Rosalía.

¡Gracias!, por cada aliento, por cada mirada, por cada desvelo, por ser mi compañía: Troy.

¡Gracias!, a ti que fuiste parte de este trabajo como apoyo didáctico, apoyo moral, apoyo motivacional o simplemente por estar ahí... Mil Gracias a cada uno de ustedes por hacer posible este sueño...

ÍNDICE

Resumen	<i>i</i>
Abstract	<i>ii</i>
1. Obesidad	1
1.1. <i>Breve historia de la obesidad</i>	2
1.2. <i>Causas de la obesidad</i>	6
1.3. <i>Tipos de obesidad</i>	12
1.4. <i>Prevalencia de la obesidad</i>	14
1.4.1. <i>Prevalencia de la obesidad infantil</i>	17
1.5. <i>Obesidad en la niñez</i>	20
1.5.1. <i>Medidas antropométricas como Índices de obesidad infantil</i>	20
1.6. <i>Causas de la obesidad infantil</i>	25
2. Consecuencias, prevención y tratamiento de la obesidad infantil	30
2.1. <i>Consecuencias de la obesidad infantil.</i>	30
2.1.1. <i>Obesidad infantil consecuencia de la obesidad adulta</i>	34
2.2. <i>Prevención de la obesidad infantil</i>	34
2.3. <i>Tratamiento de la obesidad infantil</i>	37
3. Actitud	44
3.1. <i>Teorías de la actitud</i>	48
3.2. <i>Predicción de la conducta.</i>	50
3.2.1. <i>Actitudes paternas</i>	50
3.3. <i>Obesidad parental y su relación con los hijos</i>	52
3.4. <i>Influencia familiar en la obesidad.</i>	54
3.5. <i>Actitudes hacia la obesidad.</i>	55
3.5.1. <i>Instrumentos para medir actitud hacia la obesidad</i>	55

4. Talleres para padres	57
4.1. <i>Escuela para padres</i>	58
4.1.1. <i>Grupos temáticos para un programa de escuela para padres</i>	60
4.2. <i>Escuela para padres y la obesidad</i>	63
5. Método.	65
5.1. <i>Justificación</i>	65
5.2. <i>Pregunta de investigación</i>	65
5.3. <i>Hipótesis</i>	66
5.4. <i>Variables</i>	66
5.5. <i>Definición conceptual de variables</i>	67
5.6. <i>Definición operacional de variables</i>	67
5.7. <i>Sujetos</i>	68
5.8. <i>Muestreo</i>	68
5.9. <i>Tipo de estudio</i>	68
5.10. <i>Diseño</i>	69
5.11. <i>Instrumento (s) y/o material (es)</i>	69
5.12. <i>Procedimiento</i>	71
5.13. <i>Análisis de datos</i>	73
6. Resultados	74
6.1. <i>Resultados cuantitativos</i>	74
6.2. <i>Resultados cualitativos</i>	82
7. Discusión	85
8. Conclusiones	89
9. Limitaciones y sugerencias	90
10. Referencias	92

Anexos	96
A. <i>AFAT</i>	97
B. <i>Plantilla de calificación</i>	99
C. <i>Taller para padres: ¿No hay un gordito infeliz?</i>	101
D. <i>Consentimiento informado</i>	125

RESUMEN

Hay evidencias de que la obesidad existe hace miles de años, la interpretación de esta condición ha variado en cada época, debido a la influencia de factores científicos, alimentarios, culturales, políticos, psicológicos, económicos y religiosos; actualmente la Organización Mundial de la Salud reconoce a la obesidad como una enfermedad por sí misma y detonante de otros padecimientos no transmisibles. La identificación de los niños con riesgo de ser adultos obesos brinda la oportunidad de prevenir o retardar. El comienzo de la enfermedad a través de intervenciones adecuadas. La presente investigación trató de determinar el efecto de un taller para padres acerca de la obesidad infantil en la actitud hacia la obesidad y analizar si la actitud de los padres hacia la obesidad es un factor para el desarrollo de la obesidad infantil, para ello se aplicó el Test de Actitud en Contra de la Obesidad (AFAT) a 16 padres de diferentes colegios del Noroeste de la Ciudad de México, también se midió el Índice de Masa Corporal (IMC) de los hijos (n= 17). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la pre-evaluación y post-evaluación, de igual forma no se encontraron diferencias significativas entre la actitud de los padres y el IMC de los niños. Sin embargo en la sub-muestra de niños con sobrepeso (n= 6) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la pre-evaluación y post-evaluación, de igual manera se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las Escalas Disparidad Social y de Carácter y Reactivos Adicionales. Los resultados cualitativos, muestran evidencia verbal donde los padres detectaron conductas acerca de la alimentación que fomentan la obesidad en la familia, por lo que se concluye que la prevención por medio de talleres y/o programas psico-educativos es una forma de acercamiento al padecimiento de la obesidad que trata de fomentar conductas saludables que, en alguna medida, reflejaran cambios en actitudes y creencias hacia la obesidad.

Palabras clave: Obesidad, obesidad infantil, actitud, taller para padres.

ABSTRACT

Obesity existed since thousand of years. The interpretation of this quality has changed during the decades due to the influence of scientific, alimentary, cultural, political, psychological, economical and religious factors; nowadays World Health Organization recognizes obesity as a disease in itself trigger of other non-communicable diseases. The identification of children at risk of becoming obese during adult age provides an opportunity to prevent this condition. The present research sought to determine the effect of a workshop for parents directed to the obesity in children, in order to evaluate the attitude toward obesity and analyze whether the attitude of parents towards obesity is a risk factor for the development of childhood obesity. The Anti-Fat Attitude Test (AFAT) was applied to 16 parents of different North-west of Mexico City schools. Also Body Mass Index (BMI) was measured in children of those parents (n= 17). There were no statistically significant differences between pre and post workshop assessments. No significant correlations were observed between the attitudes of parents and BMI of children. However, workshop showed to modify attitudes in a subsample of kids with overweight (n=6), contrasting pre and post AFAT test. Specifically, significant differences were found in the Social/Character Disparagement Scales and Additional Items. In the other hand, our qualitative results showed that parents detected habits that promote obesity in the family. For this reason, prevention through workshops and / or psycho-educational programmers oriented to food intake is a way of diminish of the suffering of obesity. In this way, it should be promoted healthy behaviors that reflect changes in attitudes and beliefs towards obesity.

Key words: Obesity, Childhood obesity, attitudes, workshops.

1. OBESIDAD

La información contenida en este apartado se enfoca principalmente a la obesidad en adultos.

La etimología de la palabra obesidad "*ob-esus*" significa el que está frente a lo que se come; la raíz es comer (Ramos Carricarte, 1995). En la actualidad, la obesidad se define de varias maneras, en su acepción más clásica, la obesidad se considera como un *exceso de tejido adiposo que ocasiona un aumento del peso corporal* (Frías, 2002). Otra es cuando el Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC) es 30 o más. Las personas cuyo rango de peso cae dentro de 25 a 29.9 tiene un sobrepeso y, por esta razón, el rango de 30 o más ha sido escogido para definir la obesidad. (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994), siendo éste el criterio universalmente aceptado para establecer el grado de obesidad (Frías, 2002).

No obstante, en la actualidad se considera importante valorar, además del peso total, la distribución de grasa corporal, en tanto parece que, independientemente del peso, es un buen predictor de las complicaciones de la obesidad (Frías, 2002).

En Junio de 1997 la Organización Mundial de la Salud en un comunicado de prensa reconoce a la obesidad como una enfermedad por sí misma y detonante de otros padecimientos no transmisibles como: síndrome plurimetabólico, diabetes mellitus no insulino-dependiente, enfermedad coronaria cardiaca, apoplejía cerebral, incrementa el riesgo de cáncer (colon, endometrio, próstata y glándula mamaria), colecolitiasis, pancreatitis, esteato-hepatitis, apnea del sueño o alteraciones musculoesqueléticas (Torres, 2004).

1.1. Breve historia de la obesidad

Aunque hay evidencias de que la obesidad existe hace miles de años la interpretación de esta condición ha variado en cada época, debido a la influencia de factores científicos, alimentarios, culturales, políticos, psicológicos, económicos y religiosos de aquellas personas que, de alguna manera, han estado en contacto con la obesidad (Ramos Carricarte, 1995).

Las primeras representaciones de la obesidad se remontan a estatuas de piedra donde se observa redondez excesiva de la silueta femenina. La principal interpretación de estas figuras es la representación de símbolos de fertilidad o maternidad (Ramos Carricarte, 1995.).

Hardy Branch (1980, citado en Ramos Carricarte, 1995) refiere que el César comentaba: “Consíganme hombres gordos como yo”; “tú Cassio tienes una mirada hambrienta y despiadada”, “hombres como tú son muy peligrosos”. Estas eran las actitudes romanas en esa época ante la obesidad. Existe la creencia de que los romanos frecuentemente tenían banquetes que degeneraban en orgías (Ramos Carricarte, 1995; pag. 4).

Galeno escribió más de 125 libros médicos, concernientes a anatomía, fisiología, terapéutica e higiene. Identificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. La primera se clasificaba como natural y la segunda como mórbida. Galeno pensaba que la obesidad se generaba por una desobediencia a la naturaleza (Ramos Carricarte, 1995).

Se considera la Edad Media al tiempo transcurrido entre el Siglo V y XV de nuestra era, la religión Cristiana influyó poderosamente en las actitudes a la comida y al peso corporal. Por un lado, la obesidad era un regalo de Dios (y probablemente poco común, ya que la comida era escasa y las plagas

frecuentes), por otro lado, la gula se consideraba un pecado capital (Ramos Carricarte, 1995.).

Los documentos de la palabra “gordo”, en castellano, datan del primer tercio del siglo XII, inicialmente como apodo con intención insultante en el sentido de “torpe”, “tonto”, más tarde *gordus*, en latín, daba la idea de “obtuso”, “insensato”, “necio”, “bobo”, entre otros. Hasta el Siglo XIV se documentan las nuevas acepciones de “gordo”, “el que tiene mucha carne” y “el muy abultado y corpulento” (Coen Arrigo, 1992).

Resulta curioso pero Patrick, el etimologista más autorizado según el Prof. Arrigo Coen (1993, citado en Ramos Carricarte, 1995), señala que la primera acepción que tuvo la palabra obeso, fue la de flaco, el que no come, el que se abstiene de comer; luego, por querer llamar con ironía a un gordo se le decía flaco, entonces, obeso pasó a significar exactamente lo contrario (Ramos Carricarte, 1995).

En numerosos pueblos del México prehispánico, adelgazar significa peligro e inclusive enfermedad temible. No escaparon de esta manera de pensar los nahuas, que denominaron a la flaqueza *epalhuiliztli*, lo que significaba “dependencia de otro” (Ramos Carricarte, 1995).

Se consideraba que toda pérdida de peso corporal resultaba de un daño ocasionado por otra persona, que se había introducido en el paciente para prosperar a expensas de su propia sustancia. Desafortunadamente no llegaron a nosotros las medidas que los antiguos pobladores de México utilizaron para tratar la obesidad (Ramos Carricarte, 1995).

En el Renacimiento, este movimiento de renovación de las formas ya exhaustas de la Edad Media en todos los órdenes, surgió en Europa entre los años 1400 y 1600, con la finalidad de rescatar los valores estéticos y espirituales de la

antigüedad clásica. Durante este período los artistas y escritores reflejaron las actitudes culturales hacia el comer y la imagen corporal (Ramos Carricarte, 1995).

Las primeras monografías en las que la obesidad era el tema principal, aparecieron a fines del Siglo XVI y otras más en el XVII. Todas fueron escritas en latín e incluyeron referencias a Hipócrates y Galeno (Ramos Carricarte, 1995).

A principios del Siglo XVII aparecieron las primeras monografías en inglés sobre la obesidad. Tomás Short (1727, citado en Ramos Carricarte, 1995), afirmaba que la grasa estaba separada de la sangre y acumulada en pequeñas “bolsitas”. El concepto de células adiposas no existía en ese tiempo. El estado mental era importante en el desarrollo de corpulencia, de acuerdo a las ideas de Short; un carácter alegre contribuía de manera importante a incrementar la grasa corporal y de ahí la expresión “ríe y conviértete en gordo” (Ramos Carricarte, 1995).

En la segunda mitad del Siglo XVIII, se publicó una monografía de corpulencia en Edinburgo por Malcolm Fleming. Él pensaba, como Short, que la corpulencia se trataba de una enfermedad debida a varias causas: un exceso en la cantidad de comida, especialmente la rica en aceites, una disminución en la textura de la membrana celular, alteraciones sanguíneas y trastornos en la evacuación. Consideraba que al producirse un desequilibrio entre los humores y los sólidos se causaba la enfermedad y el tratamiento se dirigía a restablecer el equilibrio (Ramos Carricarte, 1995). La posibilidad que factores familiares puedan estar involucrados en la obesidad son claramente identificados en el Siglo XVII y XIX (Bray, 1990).

Schwann(1830, citado en Ramos Carricarte, 1995) dio a la medicina un enfoque más fisiológico, proponiendo a la célula como la unidad funcional de los seres vivos. Tiempo después apareció la primera descripción del crecimiento y desarrollo de la célula adiposa. Hassal sugirió que ciertos tipos de obesidad podían resultar de aumento en el número de células (Ramos Carricarte, 1995).

Quetelet en 1836 (citado en Ramos Carricarte, 1995), publicó el Índice peso/talla, el cual se usa hoy día. Un año después Roberts publicó un Manual Antropométrico. El libro más importante sobre obesidad, publicado durante el XIX fue escrito por el inglés Chambers; proponía que el origen de la grasa se debía a componentes oleaginosos y no oleaginosos en la dieta, que se transformaba en grasa dentro del cuerpo (Ramos Carricarte, 1995).

En el Siglo XX continuó el desarrollo de conocimientos acerca de la obesidad. Los términos corpulencia y obesidad, utilizados en el Siglo XIX, fueron reemplazados por el de obesidad. La admiración por la silueta con redondeces continuó hasta finales de 1930, fecha en la que era frecuente la realización de concursos para determinar quien podía comer en mayor cantidad (Ramos Carricarte, 1995).

En algunas zonas geográficas, el peso corporal está en función de la realización de ciertas actividades. En los países orientales, la obesidad es símbolo de estética sobre todo en el varón, ya que es prueba de estar “bien alimentado” y esto a su vez reflejo de que se tiene recursos (Ramos Carricarte, 1995).

Los estereotipos de belleza cambiaron en los países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial. El cine, radio, periódicos, televisión y en general los medios masivos de comunicación, influyen en los patrones alimentarios de las poblaciones. El comer penetra más como simbolismo en el lenguaje, el folklore y los cuentos infantiles, debido a la publicidad masiva (Ramos Carricarte, 1995).

La estigmatización de la obesidad aparece de nuevo en este siglo en el mundo occidental, teniendo sus raíces muchos años atrás en la historia médica, remontándose a la era de Galeno (Ramos Carricarte, 1995).

Actualmente, aparece la “comida chatarra”, comida con alto valor energético y pobre valor nutritivo, y el alto consumo de azúcar refinada se incrementa notablemente. El tipo de alimentación es influido por patrones socioeconómicos;

por ejemplo, las personas procedentes de diversos puntos de la República que llegan a la Ciudad de México, piensan que el beber refrescos embotellados les da un mayor estatus que los de su pueblo. Todo esto lleva implícito una serie de contraste, bloqueos y enfrentamientos socioculturales. La tecnología favorece el sedentarismo y comienza a proliferar, procedentes de E.U.A., los restaurantes de comida rápida, por lo general son concentrado en energía por ser ricos en grasas y azúcares con un valor nutritivo muy escaso (Ramos Carricarte, 1995).

En el Siglo XX y, particularmente en las últimas décadas, se logran avances sustanciales como los estudios de la ingesta de alimentos, su regulación y el uso de métodos conductuales en el tratamiento de la obesidad, la neuroendocrinología, farmacología y muchos otros temas han tenido un desarrollo muy importante en este siglo, generándose información valiosísima para comprensión y tratamiento de este antiguo problema (Ramos Carricarte, 1995).

En conclusión, la mayoría de los conceptos que actualmente forman la base de la investigación en el campo de la obesidad tiene sus orígenes en el siglo XIX y posiblemente antes (Bray, 1990).

1.2. Causas de la obesidad

La obesidad ocurre cuando, el consumo neto de energía excede al gasto neto (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

La obesidad, como muchas otras consecuencias humanas, se debe, en mayor o menor grado, en diferentes personas, a una mezcla de factores genéticos y comportamentales. La herencia proporciona una tendencia a la obesidad; el comportamiento alimentario favorece o controla esta tendencia. Esto significa que es fundamental controlar el comportamiento alimentario si se va a evitar la obesidad (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

Los factores que en la actualidad se consideran que influyen en la obesidad sin que existan por el momento conclusiones definitivas, son la edad, los factores genéticos, factores nutricionales y gasto energético.

A continuación se detallará la relación con la obesidad de cada uno de estos factores:

Edad

En la actualidad se presenta una atención especial a la obesidad en la infancia por el importante riesgo que comporta la obesidad en la etapa adulta. Probablemente esta relación se deba al número final de adipositos, que se determina en la infancia y adolescencia, y al aprendizaje de hábitos y conductas frente a la alimentación (Frías, 2002).

El excesivo aumento de peso entre los dos y 10 años incrementa el riesgo de ser un adulto obeso e intolerante a la glucosa; especialmente cuando los padres son obesos y/o tiene diabetes (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel y Dietz, 1997; citado en Speiser, Rudolf, Anhalt, Camacho-Hubner, Chiarelli, Eliakim, Freemark, Gruters, HersHKovitz, Iughetti, Krude, Latzer, Lustig, Percovitz, Pinhas-Hamiel, Rogol, Shalitin, Sultan, Stein, Vardi, Werther, Zadik, Zuckerman-Levin y Hochberg, 2005).

Factores genéticos

En la obesidad es recurrente observar una agregación familiar en la que resulta difícil aislar la contribución genética de la del entorno ambiental. No obstante, las evidencias actuales apuntan a la existencia de un componente genético en la etiopatogenia de la obesidad que requiere mayor investigación (Frías, 2002).

La mayor parte de los estudios, tanto si se trata de estudios familiares, estudios en gemelos o estudios en niños adoptados, están a favor de la idea de que el

desarrollo de la obesidad está relacionado de un modo significativo de los factores genéticos (Ukkola y Bouchard, 2001). Sin ningún tipo de duda, la aparición de la obesidad, deriva de los efectos combinados de los genes predisponentes de factores conductuales y de su interacción (Bouchard, 1991; citado en Ukkola y Bouchard, 2001)

Un estudio llevado a cabo en hombres jóvenes, que eran gemelos idénticos, reveló un nivel de variación tres veces superior en cuanto a incremento del peso en respuesta a una sobrealimentación, lo que confirma que los factores genéticos desempeñan una función importante en la predisposición al aumento de peso (Bouchard, Tremblay y Després, 1990; citado en Ukkola y Bouchard, 2001).

Stunkard y cols. (1990, citado en Brownell y Wadden, 1992), encontraron en 93 gemelos idénticos, componentes genéticos que explican el 66 – 70% de la varianza en el ÍMC (Brownell y Wadden, 1992). La influencia de los genes y del ambiente familiar en el IMC en la edad adulta ha sido analizada en un estudio exhaustivo de los datos obtenidos en 660 niños adoptados. Los resultados se mostraron claramente a favor de un efecto genético moderado (heredabilidad: 0.34), mientras que no se ha podido demostrar ningún efecto del compartir un ambiente familiar (Vogle, Sorensen y Stunkard, 1995; citado en Ukkola y Bouchard, 2001).

Montague y cols. (1997, citado en Ukkola y Bouchard, 2001) han descrito dos casos de obesidad grave en niños que eran miembros de una familia con un nivel alto de consanguinidad. Los valores séricos de leptina eran muy bajos a pesar del notable aumento de la masa grasa. En ambos casos se halló una mutación que inactiva el gen de la leptina (Montague, Farooqui, Jebb y Langmack, 1997; citado en Ukkola y Bouchard, 2001).

También se observaron mutaciones del gen receptor de la leptina, responsables de una obesidad mórbida de comienzo precoz, ausencia del desarrollo puberal y

disminución de la secreción de la hormona del crecimiento y de la tiotropina (Clément, Vaisse, Lahlou, 1998; citado en Ukkola y Bouchard, 2001).

Las mutaciones en el *locus* del receptor de la melanocortina 4 (MC4R, por melanocortin-4 receptor) tiene un interés particular. En el ratón, el bloqueo de la acción sobre este receptor en el hipotálamo provoca el llamado Síndrome de Agouti, que se parece a las formas comunes de obesidad humana (Schwartz, Baskin, Kaiyala, Woods, 1999; citado en Ukkola y Bouchard, 2001). En el ser humano, las mutaciones que inactivan el gen de MC4R provocan igualmente una obesidad por hiperfagia (Vaisse, Clement, Guy-Grand, Froguel, 1998; citado en Ukkola y Bouchard, 2001)

Se analizaron las secuencias del MC4R en 243 sujetos no emparentados con obesidad grave de inicio precoz (antes de los 10 años de edad) y en 54 sujetos control no obesos. Se descubrieron siete mutaciones que alteran la secuencia de los aminoácidos (frecuencia del 3.3%); entre estas mutaciones del MC4R tan sólo la N62S se asocia a un patrón de herencia recesiva (Ukkola y Bouchard, 2001).

En otro estudio efectuando en 209 sujetos tomados al azar en un gran cohorte de pacientes franceses con obesidad mórbida, se detectaron ocho nuevas mutaciones del gen MC4R con una frecuencia del 4%. Se apareció también una tendencia a una frecuencia más elevada de obesidad en la infancia en aquellos portadores de mutaciones del gen del MC4R (Ukkola y Bouchard, 2001).

Se hallaron frecuencias similares de las mutaciones de este gen en otras poblaciones en pacientes con obesidad mórbida, lo que significa que no son raras en estos casos. Publicaciones recientes sobre las mutaciones del gen MC4R indican que, hasta el momento, se trata de la causa conocida más frecuente de obesidad en el ser humano (Ukkola y Bouchard, 2001).

Algunos individuos son genéticamente vulnerables a desarrollar obesidad pero la prevención comienza con la selección de un ambiente favorable (Price y Stunkard,

1989; citado en Brownell, 1992). El bajo metabolismo y el incremento de células grasas pueden ser factores clave que están influenciados por la genética (Brownell y Wadden, 1992).

Factores nutrimentales

Los cambios en la dieta también son importantes; desde 1910, el porcentaje de calorías consumidas a partir de alimentos con alta proporción en grasa aumento de 32% a más de 43%, y el consumo de carbohidratos disminuyó de 57% a 46%, las proteínas se han mantenido en 11% de las calorías consumidas (National Academy of Sciences, 1989; citado en Brownell y Wadden, 1992).

En 1988, los consumidores gastaron \$149 billones de dólares en restaurantes, en la mayoría de los cuales sirven “fast foods”, conocidas por su alto contenido de grasas y azúcares (Van Itallie y Kissileff, 1990; citado en Brownell y Wadden, 1992).

Actualmente en México, específicamente en el Distrito federal se consume, en promedio anual, 400 refrescos, 730 cervezas, 3 mil 650 tortillas, 50 kilos de azúcar y 49 de carne. Una de las consecuencias más alarmantes de los nuevos hábitos alimenticios es la creciente obesidad infantil en México (Gómez-Pickering, 2006).

El contenido calórico total de la dieta se asocia con algunos casos de obesidad pero no la explica en su totalidad, pues algunos estudios muestran que los obesos no siempre consumen más calorías que las personas con normopeso. En otro sentido, se ha observado que algunas personas obesas tienen un comportamiento alimentario con rasgos bulímicos y un consumo compulsivo de hidratos de carbono que podría ser secundario a un déficit de serotonina (Frías, 2002).

Gasto energético

El peso corporal exige un balance energético positivo. Por consiguiente, los hábitos alimentarios desempeñan un papel clave en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Así mismo, se admite en términos generales que un nivel reducido de gasto energético, en particular de actividad física, contribuyen al sobrepeso y obesidad (Bouchard, 2000; citado en Ukkola y Bouchard, 2001).

- a. *Sedentarismo*: El ejercicio físico contribuye al gasto energético en un porcentaje pequeño (10-15%). En las personas obesas la frecuencia de hábitos sedentarios es mayor que en las de normopeso, y se considera que esto actúa como un factor favorecedor en personas con una predisposición genética o ambiental (Frías, 2002).
- b. *Metabolismo basal*: Es responsable del 70% del gasto energético y se caracteriza porque disminuye con la edad, es mayor en varones y se relaciona con la grasa total; no obstante, no existe evidencias de un metabolismo reducido en las personas obesas (Frías, 2002).
- c. *Termogénesis*: Es la energía invertida en mantener la temperatura corporal, la digestión y otros procesos del metabolismo interno, representa aproximadamente la cuarta parte del gasto energético total y se ha observado que un tercio de los obesos presenta una termogénesis reducida (Frías, 2002).

Factores psicológicos

La relación causal entre la obesidad y los factores psicológicos aún no queda claro (Speiser y cols., 2005). Sin embargo parece existir en las personas obesas una mayor frecuencia de sentimientos de ansiedad social, baja autoestima e inmadurez conductual, siendo difícil determinar la secuencia temporal (Frías, 2002).

Del 20% al 40% de adultos y adolescentes obesos sufren de trastorno por atracón. Los obesos con trastorno por atracón muestran interés por su peso, además de síntomas de depresión y ansiedad con baja autoestima, en comparación con aquellos obesos que no tienen el trastorno (Zametkin y cols. 2004; citado en Speiser y cols., 2005)

Nivel socioeconómico

Se considera que en muchas de las sociedades opulentas las personas más desfavorecidas tienen un mayor riesgo de llegar a ser obesas, pero un análisis sistemático de los datos no permite demostrar una relación concluyente, incluso en los países desarrollados (Parson, Power, Logan, Summerbell, 1999; citado en Philip y James, 2001).

Diversos estudios muestran que en los países más desarrollados, la obesidad es más frecuente en los niveles sociales más desprotegidos y ocurre lo contrario en los países en vías de desarrollo, asociación que probablemente sea explicada por los diferentes hábitos dietéticos (Frías, 2002).

La influencia de las condiciones socioeconómicas en la obesidad de los niños son menos evidentes. Sin embargo, existe una relación indiscutible entre un nivel socioeconómico bajo en la infancia y un aumento de la obesidad en la edad adulta, se desconoce todavía si este hecho guarda o no relación con los factores biológicos (Philip y James, 2001).

1.3. Tipos de obesidad

La clasificación de los tipos de obesidad según sus características celulares está basada en estudios del tejido adiposo, en los que se discriminan dos variantes en los adipocitos y son (Braguinsbky y cols, 1996; citado en Dávalos, 2006).

- a. Hiperplástica: Se refiere a la presencia de un número mayor del esperado de células grasas, a las cuales se debe el padecimiento. Cuando el número excede 7×10^{10} de adipocitos ya se considera hiperplasia (Dávalos, 2006).
- b. Hipertrófica: Se refiere a la característica de los adipositos que presentan un tamaño excesivo por contener depósitos grasos intracelulares mayores que entre las personas sin sobrepeso. Se considera hipertrofia cuando el volumen del adipocito supera 0.45 nl^{35} (Dávalos, 2006).

Según diversos estudios, tanto la magnitud de la obesidad como la distribución de grasa que se presenta en el cuerpo, conducen a diferentes grados de riesgo para las enfermedades que acompañan, como las cardiovasculares (Braguinsbky y cols., 1996; citado en Dávalos, 2006). Según sus características de distribución puede observarse cuatro tipos de obesidad (Frías, 2002):

- a. Obesidad de distribución homogénea: No existe un predominio de grasa corporal en áreas concretas, el riesgo que presenta es positivo.
- b. Obesidad de distribución androide: Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa en el área troncoabdominal y parece que este tipo de obesidad es el que presenta mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica (hipertensión arterial, diabetes tipo II y dislipemia).
- c. Obesidad de distribución abdominovisceral: Se ubica el tejido adiposo principalmente en el compartimento visceral, en la región abdominal, con mayor riesgo para las enfermedades (Dávalos, 2006). Ha sido definida como el tener una medición de cintura por arriba de los 102 cm para los hombres, y superior a los 88 cm para las mujeres, de acuerdo con el ATP III (Olaiz y cols, 2000).
- d. Obesidad de distribución ginoide: El exceso de grasa se localiza, fundamentalmente, en la región gluteofemoral y no está especificado el riesgo que conlleva padecerla.

Tabla 1: Tabla propuesta por la Organización mundial de la Salud (OMS) para clasificar a la obesidad (Braguinsbky y cols., 1996, citado en Dávalos, 2006):

IMC Kg/m ²	Clasificación	Descripción habitual	Exceso de peso en Kg. promedio
<18.5	Bajo peso	Delgadez	-10.0
18.5 a 24.9	Peso normal	Peso saludable	0.0
25.0 a 29.9	Sobrepeso grado I	Sobrepeso	10.0
30.0 a 39.9	Sobrepeso grado II	Obesidad o sobrepeso severo	20.0
>40.0	Sobrepeso grado III	Obesidad mórbida o masiva	30 o más

Esta clasificación presenta el problema de que no hace distinción entre el porcentaje de masa magra y masa grasa. Esta clasificación (Tabla 1) también puede ocupar el porcentaje de peso excedido sobre el peso ideal en proporción a la talla (Dávalos, 2006).

1.4. Prevalencia de la obesidad

Recientemente la OMS considera a la obesidad como el nuevo síndrome mundial, ya que no sólo tiene alta prevalencia en los países desarrollados, sino que también es emergente en los países en transición al desarrollo, los denominados nuevos países occidentalizados (Tojo, 2001; citado en Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

La obesidad debe entenderse como una enfermedad y como tal debe abordarse desde el *modelo biopsicosocial*. La obesidad ha sido reconocida como una *enfermedad crónica* de carácter epidémico por la OMS en el año de 1997.

Su prevalencia e incidencia en países desarrollados va en aumento; en Estados Unidos es considerada un problema de salud pública, una epidemia nacional. Por otra parte, en los países en vías de desarrollo, influidos culturalmente por los

países desarrollados, existe un incremento considerable en la incidencia y la prevalencia de la obesidad, tanto en adultos como en niños, convirtiéndose en un problema de primera magnitud (Ortigosa y cols., 2003).

La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en los países industrializados. Diversos estudios internacionales muestran que hasta un 45% de los varones y un 38% de las mujeres presentan algún grado de obesidad (Piedrola, y cols., 1991; citado en Frías, 2002).

En la población española de 20 años o más, la prevalencia de obesidad según autodeclaración de peso y talla se estima de 7.8%, con un predominio del sexo femenino y una tendencia a aumentar con la edad, alcanzando un pico máximo entre los 45 y los 74 años. (Martín y Cano, 1994; citado en Frías, 2002). Estudios realizados en diferentes áreas geográficas del territorio español muestran datos preocupantes: presentan sobrepeso el 38.1% de los varones y el 26% de las mujeres y un IMC mayor de 30, el 8% de los varones y el 13% de las mujeres (SEEDO, 1996; citado en Frías, 2002).

En México, la obesidad en los adultos creció de 21.5%, en 1993, a 23.7%, en 2000, y el aumento del sobrepeso en este periodo casi duplicó los hallazgos de 1993. Casi dos terceras partes de la población presentaron un ÍMC por arriba de lo normal. La obesidad (más de 30 kg/m²) fue diagnosticada en 23.7% de los casos; el sobrepeso (entre 25 y 29.9 kg/m²) lo fue en 38.4%. El 36.2% tuvo un IMC ideal (entre 18.5 y 24.9 kg/m²) y 1.8% tuvieron lo considerado como bajo peso (menos de 18.5 kg/m²). Esto indica que existen alrededor de 30 millones de adultos en México con sobrepeso u obesidad, de ellos, 18.5 millones de adultos con sobrepeso, y 11.4 millones con obesidad (Olaiz y cols, 2000).

La prevalencia de obesidad fue casi 50% mayor en las mujeres (28.1%), comparada con la de los hombres (18.6%). En contraste, la prevalencia de sobrepeso fue discretamente mayor en el sexo masculino (40.9 vs 36.1%). El porcentaje de la población con obesidad o sobrepeso fue mayor, en relación

directa con la edad. Pese a ello, un porcentaje significativo de los casos de menores de 29 años de edad tenían sobrepeso (33.3%) u obesidad (14.4%). Las mayores prevalencias se observaron entre los 40 y 59 años de edad. Sin embargo, las dos categorías de mayor edad (de 70 años o más) mostraron un descenso importante en la prevalencia de ambas anomalías (Olaiz y cols, 2000).

Al estratificar por sexo, se observa que la prevalencia de la obesidad es mayor a partir de los 30 años de edad en ambos sexos; sin embargo, el incremento en las mujeres es mayor. De los 40 a los 59 años de edad se encontró que 40% de las mujeres tienen obesidad, mientras que sólo la hubo en poco más de 20% en hombres. A partir de los 60 años de edad inició un decremento en la presencia de obesidad hasta llegar a 17% en mujeres, y a 10% en hombres de 80 años y más de edad, situación que es determinada por la sobrevivencia de la población (Olaiz y cols, 2000).

Las poblaciones de los estados Coahuila, Tamaulipas, Campeche, Colima y Baja California presentaron las prevalencias más altas de obesidad, en poco más de 30% de su población; mientras que las poblaciones del Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Sonora y Tlaxcala, presentaron las mayores prevalencias de sobrepeso, que fueron mayores de 40% (Olaiz y cols, 2000).

La prevalencia de obesidad abdominal es de 21% en los hombres y de 58.8% en las mujeres mexicanas. En ambos sexos la obesidad abdominal fue mayor conforme incrementa la edad, hasta los 70 años, en los que la prevalencia empieza a decrecer (Olaiz y cols, 2000).

Según datos de la secretaría de salud, siete de cada 10 mexicanos mayores de 20 años presentan sobrepeso u obesidad, un aumento de 10% en tan sólo seis años, el ritmo más acelerado en el continente (Gómez-Pickering, 2006).

1.4.1. Prevalencia de la obesidad Infantil

Los datos epidemiológicos actuales señalan que en los últimos 20 años se ha presentado un fenómeno de “transición epidemiológica” donde las causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las crónico-degenerativas, y éstas últimas se están presentando prematuramente en niños obesos (Torres, 2004).

El peligro de la obesidad está considerado muy superior al de la anorexia, puesto que el porcentaje de niños obesos es alarmante y está llegando a ser considerada una epidemia. Siendo la obesidad en niños y adolescentes un problema emergente de salud pública; está considerado el trastorno nutricional y metabólico de mayor prevalencia en los países desarrollados (Ortigosa y cols., 2003).

La prevalencia de la obesidad en la infancia ha aumentado durante las últimas décadas en los países industrializados (Troyano, Flegal, Kuczmarski y cols., 1995; citado en Ukkola y Bouchard, 2001). Los estudios de De Onis (2000, citado en Philip y James, 2001) en niños en edad preescolar y los de Martorell y cols. (2000, citado en Philip y James, 2001) han revelado un incremento casi universal de la prevalencia del exceso de peso en todo el mundo (Philip y James, 2001). Esta constatación no es sorprendente ya que, en efecto, el peso de los niños y los adolescentes ha aumentado durante los últimos tiempos en alrededor de 0.2 kg/año. Esta tendencia es preocupante, dado que los niños obesos frecuentemente se convierten en adultos obesos (Bouchard, 1997; citado en Ukkola y Bouchard, 2001).

Estudios de varios países occidentales muestran que alrededor de 12% de los niños entre 8 y 11 años tienen sobrepeso, y entre el 2% y 5% son obesos. Al crecer los niños, la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad aumenta. Entre el 11% y 17% de los adolescentes entre los 14 y 19 años tienen sobrepeso y entre el 2% y el 5% están obesos. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades

de estar obesas comparadas con los adolescentes (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

Sin embargo, la obesidad adolescente sólo explica el 10% de todos los casos de obesidad adulta. La mayor parte de la obesidad adulta se debe a una ganancia constante de peso desde alrededor de los veinte años (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

En España, la tasa de obesidad en la infancia y adolescencia afecta al 10% de la población, y el sobrepeso, antesala de la obesidad, afecta al 30% de la población infantil. La prevalencia de la obesidad infantil aumenta inexorablemente (Carrascosa y Ballabriga, 1998; citado en Ortigosa, y cols., 2003).

El aumento de la frecuencia del sobrepeso y la obesidad en Inglaterra y Escocia en el curso de las dos últimas décadas lo ilustra perfectamente (Philip y James, 2001). Esta tendencia se ha apreciado también en niños en edad escolar en un área urbana de Japón en los que se efectuaron valoraciones precisas cada año (Kotani, Nishida, Yamashita, cols., 1997; citado en Philip y James, 2001).

La obesidad se ha convertido en el problema nutricional más importante en los niños y adolescentes en Estados Unidos siendo así que el Estudio Nacional de Salud y Nutrición de 1990 determinó que el 22% de los niños y adolescentes presentaban sobrepeso y el 11% eran obesos; igualmente que en las últimas décadas hubo un notorio aumento en la incidencia de obesidad entre los niños de 6 a 11 años y en adolescentes entre 12 y 17 años (Ríos, 2002).

Un estudio publicado por Enrique Jacoby (2004, citado en Gómez-Pickering 2006), señala que el 24% de los jóvenes menores de 20 años tienen sobrepeso en Estados Unidos, mientras que en otros países de la región, como Perú y Chile, la obesidad se encuentran entre el 12% y 14%, respectivamente (Gómez-Pickering, 2006).

En México, diversos estudios han documentado una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. La Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ENURBAL) de 1995, encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 13.6% en niños menores de 5 años. La Ciudad de México y la región norte del país tuvieron la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (26.6% y 25.6% respectivamente) (Hernández, Cuevas-Nasu, Shamah-Levy, Monterrubio, Ramírez-Silva, García-Feregrino, Rivera y Sepúlveda, 2003).

Actualmente, en México existe una prevalencia del 35% de la población general y en niños el 5% y 10% tiene cierto grado de obesidad (Zarco, 2005). Se estima 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 (Ríos, 2002).

La estadísticas del Instituto Nacional de Pediatría en años recientes muestra un alto índice de pacientes con problemas de obesidad, que además va en aumento; sin embargo, no se le ha dado la importancia necesaria a la obesidad como un problema médico, si no más bien como un problema social; se observa que de los pacientes que acuden a consulta por problemas de obesidad, el 62.94% son niñas y el 37.5% son niños, en su mayoría de 9 a 11 años (32%), seguidos por la población comprendida entre 12 a 14% (23%). Es importante mencionar que de estos pacientes el 88% provienen del Distrito Federal y el Estado de México y el 12% de otros Estados de la República (Ríos, 2002).

Teniendo en cuenta esta constatación prácticamente universal, es evidente que debemos considerar que la obesidad infantil se está convirtiendo en todo el mundo en uno de los problemas de salud pública más preocupantes (Philip y James, 2001).

Debido al aumento de la prevalencia de la obesidad en la edad adulta, su prevalencia en el adulto no puede predecirse a partir de datos de la infancia. Sin

embargo, está claro que el aumento de la frecuencia de la obesidad en el niño anuncia una mayor carga para la salud en la edad adulta.

1.5. *Obesidad en la niñez*

No se comprende por qué algunos niños se vuelven obesos; es probable que operen varios factores. Estos incluyen una predisposición genética a la obesidad, actitudes culturales hacia la alimentación de los niños, el comportamiento alimentario de la familia y factores emocionales. Los niños obesos son niños con desventaja (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

La mayoría de los programas para niños obesos buscan reducir la ganancia de peso en lugar de obtener una pérdida. Esto es realista ya que el último enfoque normalmente fracasa. Se logra la reducción de la ganancia de peso induciendo a la familia y al niño a cambiar sus hábitos alimentarios y a cumplir una dieta en la que se ha reducido convenientemente el contenido de grasa y azúcar. Además, se hace hincapié en la actividad física. Cuando se trata a los niños obesos hay que evitar “culpar a la víctima” (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

1.5.1. *Medidas antropométricas como Índices de obesidad*

Las medidas antropométricas que más frecuentemente se han utilizado, como el apoyo en la cuantificación del grado de obesidad, en la población pediátrica son: el peso corporal en relación a la edad, el Índice de peso/talla, la circunferencia del brazo y del muslo, el Índice cintura/cadera, el IMC y la medición de pliegues cutáneos. Cada una de estas medidas deben ser comparadas con tablas de referencia para edad y sexo (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999). A continuación se describirá en qué consisten estas medidas antropométricas:

Peso corporal

Es la medida más frecuentemente utilizada como índice de obesidad. Además con el peso se puede tener un valor indirecto a través de la determinación del tejido adiposo. En la evaluación de pacientes pediátricos, su utilidad es limitada, si no se relaciona con otros parámetros (edad, talla, circunferencias), ya que carece de interpretación integral (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

No existen parámetros confiables de normalidad para su uso en forma aislada. Por lo tanto, cuando se utiliza el peso como único parámetro, se catalogan como pacientes con sobrepeso arriba del percentil 97 (+2DS) de las gráficas correspondientes para su edad y sexo. El peso para la edad no es específico para determinar el grado de obesidad, ya que no toman en cuenta la estatura ni el tejido magro. Por lo anterior, los niños que presentan peso y talla por arriba de la centila 97 son considerados erróneamente como obesos, sin descartarse la posibilidad de un adelanto constitucional del crecimiento (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Índice de peso/talla

Es el peso correspondiente para la edad, proporcionado a la centila de estatura según el sexo. Las distribuciones de peso para la edad y peso para la talla, reflejan substancialmente el nivel de obesidad en los niños. Este índice ofrece aceptables juicios de sobrepeso, al catalogar como obeso a un individuo con más de 20% del peso ideal según lo apropiado a los percentiles para su talla, como se observa en la tabla 2 (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Tabla 2 : Clasificación de sobrepeso y grados de obesidad, en relación al peso ideal.

	% Kg. (peso ideal)
Sobrepeso	> 110 – 120
Obesidad moderada	> 120 – 150
Obesidad severa	> 150 – 200
Obesidad mórbida	> 200

Circunferencia del brazo

Se mide el perímetro del brazo a nivel de la unión del tercio medio y el tercio superior, utilizando una cinta métrica flexible que se colocará perpendicular al eje longitudinal de la extremidad. Esta medida no distingue la cantidad de tejido óseo del tejido graso, por lo que se ha utilizado como un valor representativo de la masa muscular y, por ende, del contenido proteínico del cuerpo. Para interpretación de esta medida, se requieren de datos de referencia específicos según la edad (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Pliegues cutáneos

El pliegue cutáneo, se correlaciona con la reserva energética del organismo representada por el panículo, infiriendo aspectos cualitativos y cuantitativos de la alimentación. Se puede recurrir a estimaciones de tejido adiposo a partir de las medidas de los pliegues cutáneos al compararlas con los patrones de referencia aceptados para la edad y el sexo (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Índice de Masa Corporal

Es definido como el peso (Kg.) dividido entre el cuadrado de la talla (m) = kg / m^2 . Muestra la masa en función de la estatura, y permite analizar las relaciones entre estas dos variables, independientemente de los incrementos de talla y peso que se van produciendo durante el crecimiento (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999). El IMC en la infancia cambia sustancialmente con la edad. Al nacimiento, la mediana es tan baja como 13 kg/m^2 , se incrementa a 17 kg/m^2 al año de edad, luego disminuye a 15.5 kg/m^2 a la edad de 6 años y finalmente la mediana se incrementa a 21 kg/m^2 a los 20 años (Torres, 2004).

El cálculo de este índice nos muestra un valor que se compara con tablas obtenidas de estudios normativos, la más extendida es la propuesta por la OMS (Braguinsbky y cols, 1996; citado en Dávalos, 2006).

El grupo pediátrico de la *International Obesity Task Force* (IOTF), puesto en marcha por el Dr. Bill Dietz, se reunió en Dublín para considerar nuevos enfoques (Dietz y Bellizzi, 1999; citado en Philip y James, 2001). El IMC ya había sido utilizado en la infancia y se demostró que el método de Cole para elaborar curvas de los percentiles del IMC en función del sexo a lo largo de toda la infancia podría ser interesante (Philip y James, 2001).

En el modo de enfocar la cuestión, la *International Obesity Task Force* consideró que era esencial poder disponer de datos que provinieran del mayor espectro posible de países, intentando al mismo tiempo elegir aquellos que no eran solamente representativos a nivel nacional sino que provenían de sociedades multiétnicas y en las que los problemas de malnutrición o de obesidad no se consideran significativos. Sobre esta base, se utilizaron datos procedentes de 6 países: datos de la Encuesta Americana Sobre Salud y Nutrición (NHANES I), datos del Reino Unido y de las encuestas realizadas en Holanda, Hong Kong, Singapur y Brasil (Philip y James, 2001).

Estos valores límite o de corte se están empezando emplear rápidamente en muchas partes del mundo. En la tabla 3 se muestra los puntos de corte considerados por la *International Obesity Task Force* para calificar el sobrepeso y la obesidad en función de la edad y del sexo en chico y chicas de 5 a 18 años (Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz, 2000; citado en Philip y James, 2001).

Tabla 3: Valores límite o de corte del IMC establecidos por la International Obesity Task Force para el sobrepeso y la obesidad en chicos y chicas de 2 a 18 años.

Edad (años)	IMC para el sobrepeso		IMC para la obesidad	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	28.84
18	25	25	30	30

El IMC es uno de los criterios específicos de sobrepeso integrados dentro de la rutina del programa de prevención del adolescente. Explica las variaciones del peso en relación con la talla y elimina la necesidad de la gráficas de crecimiento. Además, es el único método basado en peso y talla que muestra fases de ascenso y descenso que reflejan la forma del desarrollo corporal, y de incremento de peso con la edad (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

1.6. Causas de la obesidad infantil

Las causas de la obesidad pueden ser orgánicas, debidas a enfermedades genéticas o a enfermedades endocrinológicas, lo cual representa sólo el 1% de los casos; y la obesidad de tipo alimentaria, que es el grado más frecuente con el 99% de los casos. Este tipo de obesidad resulta de la conversión y almacén del exceso de energía en forma de grasa. El consumo excesivo de energía referido puede resultar de un elevado consumo de alimentos o de una reducción del gasto calórico favorecido la mayoría de las veces por un estilo de vida sedentario (Zarco, 2005).

La obesidad en ciertas familias puede deberse tanto al comportamiento alimentario como a factores genéticos. Los padres gordos pueden tener hijos gordos porque la familia disfruta la comida y tiene un gran apetito; la comida y el comer se perciben como socialmente placenteros o deseables (Zarco, 2005).

El hábito y el comportamiento alimentario aprendido puede ser importante al regular el consumo de alimentos. Si los padres que disfrutan la comida comen opíparamente con frecuencia, sus niños probablemente desarrollarán el hábito de ingerir grandes comidas y la obesidad puede ser el resultado, posiblemente, de la producción de un número mayor de células adiposas (Zarco, 2005).

En la infancia la forma más frecuente de distribución de grasa es la generalizada, en la que la grasa está más o menos uniformemente repartida (Ortigosa y cols., 2003).

Edad de comienzo

En función de la edad de aparición se denomina infantil si se instaura durante la infancia, o adulta si ésta aparece después de la adolescencia. Otros autores plantean el término obesidad primaria para hacer referencia a la obesidad

constituida alrededor del primer año de vida, y obesidad secundaria a la constituida durante el período prepuberal (entre los 10 y 13 años) (Ortigosa y cols., 2003).

Etiología

La obesidad se considera un trastorno secundario de enfermedades endocrinas o de lesiones hipotalámicas; otro tipo de obesidad esta asociada a síndromes genéticos; obesidad con posible origen genético (Síndrome de Down y obesidad familiar) y obesidad metabólica (secundaria a una ingesta excesiva o a un desequilibrio energético) (Ortigosa y cols., 2003).

En estudios a largo plazo, Parsons y cols.(1999; citado en Philip y James, 2001) han hallado pruebas concluyentes de una relación entre un peso elevado al nacer y la probabilidad de sobrepeso en el niño mayor. Sin embargo, en estos análisis no se han tenido en cuenta otros factores de riesgo como la obesidad de los padres y el nivel socioeconómico (Philip y James, 2001).

Factores ambientales

Existen varios factores que han influido en las familias actuales y que conllevan un cambio importante en su funcionamiento, trascendiendo inevitablemente a las interacciones con los hijos y por consiguiente a las conductas alimentarias. La incorporación al mundo laboral de la mujer ha modificado la estructura familiar (Ortigosa y cols., 2003).

En esta nueva dinámica familiar surgen modificaciones importantes en los hábitos alimenticios; el escaso tiempo para cocinar, la utilización de alimentos precocinados y la progresiva sustitución de la cena por un picoteo rápido; todo ello lleva consigo el progresivo abandono de un modelo dietético.

Los hábitos alimentarios se han modificado en los últimos años; la mejora de las condiciones de vida ha incrementado el consumo de carne en una porción mayor de la deseable. La falta de tiempo para cocinar y la frecuencia cada vez mayor con la que se come fuera de casa ocasiona que se recurra a la comida rápida. Por una parte, ha habido progresivamente un cambio de la dieta mediterránea a la llamada “dieta supermercado”, rica en hidratos de carbono y grasas saturadas (Ortigosa y cols., 2003).

El exceso en la ingesta de alimentos de mala calidad y con alto contenido en grasas, los malos hábitos y el consumo de alimentos chatarra son los factores alimenticios fundamentales que influyen en el desarrollo de la obesidad infantil. A todo ello se agrega la falta de información nutritiva adecuada para los padres sobre el consumo de alimentos chatarra.

En nuestra sociedad estar alegre, feliz, se celebra con mucha frecuencia con comida. Comérselo todo garantiza la aprobación del entorno del niño. No hay mayor satisfacción para unos padres que mostrar a un bebé “llenito y glotón”. En este ambiente el niño aprenderá asociar que para satisfacer a sus padres o a otras personas ha de comer todo lo que le ponga sin protestar, aunque no tenga hambre (Ortigosa y cols., 2003).

Reforzar la cantidad de comida consumida suele ser un práctica bastante extendida entre las familias y monitores de comedores. Las siguientes frases demuestran al gran valor que dan las personas a que el niño se lo como todo: (Ortigosa y cols., 2003).

- “Muy bien, te lo has comido todo”
- “Cómételo todo, que te tienes que hacer muy mayor”
- “Hasta que no te lo comas todo; no te podrás levantar de la mesa”
- “Si no terminas todo el plato, mamá se enojará”

La evolución del peso y del apetito en la primera infancia es un factor importante a tener en cuenta. El desconocimiento por parte de los padres de esta evolución puede ser la causa de muchos problemas en torno a la alimentación (Ortigosa y cols., 2003).

Los niños doblan su peso en los cinco primeros meses de vida y éste se ve triplicado al final del primer año. Pasado el primer año de vida, el apetito del niño y su interés por la comida disminuye considerablemente y el incremento del peso se enlentece. En el intervalo de tiempo que transcurre desde el año hasta los 3 o 4 años aparecen numerosos problemas en la alimentación. Los padres se encuentran ahora con un niño que comienza a rechazar determinados alimentos, que no siempre tiene apetito y que no gana peso como antes. La preocupación y ansiedad excesivas en torno a este hecho se traduce en una instigación constante al niño para que coma, con lo que se provoca conflictos a la hora de la comida y se desarrollan hábitos inadecuados (para evitar el conflicto se le preparan los platos que más le gustan).

A los 5 o 6 años el apetito vuelve a incrementarse, pero quizá ya estén instaurados hábitos alimenticios inadecuados o los conflictos asociados al hecho de comer pueden aumentar la probabilidad de convertirse en un adulto obeso (Ortigosa y cols., 2003).

También un aspecto crucial en el desarrollo de la obesidad en la infancia ha sido por sustituir el juego al aire libre y el deporte por un enorme número de actividades extraescolares sedentarias. El sedentarismo y la ingesta inadecuada y no controlada de alimentos pasa a ser un factor de riesgo y determinante en el desarrollo de la obesidad infantil (Ortigosa y cols., 2003).

En conclusión, la epidemiología de la obesidad sugiere claramente que los determinantes ambientales, especialmente los que están presentes en el seno de las familias, tienen una importancia significativa tanto en la etiología como en el

tratamiento de la obesidad en el niño. De hecho, los factores familiares y otras influencias sociales interactúan con las predisposiciones genéticas a la obesidad. Varios estudios han demostrado que los factores de riesgo de aumento de peso en la edad escolar están estrechamente relacionados con la actividad física y los factores ambientales (Golan, 2001).

2. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL

2.1. Consecuencias de la obesidad infantil

El niño obeso, sea cual sea la causa de su obesidad, sufre sus consecuencias. Los especialistas coinciden en considerar que las repercusiones de la obesidad las encontramos a nivel psicológico y físico (Ortigosa y cols., 2003).

Consecuencias físicas

Los problemas físicos derivados del sobrepeso en la infancia sólo suelen ser objeto de consulta en los casos más extremos, cuando ese exceso de peso les impide participar en actividades deportivas y se quejan de problemas posturales relacionados con el desarrollo del esqueleto (Guillaume y cols., 1996; citado en Philip y James, 2001).

- a. Alteraciones del crecimiento: El niño obeso suele tener una maduración precoz, edad ósea avanzada, mayor altura que los no obesos de igual sexo y edad y menarca a más temprana edad (Ortigosa, y cols., 2003).
- b. Alteraciones del metabolismo lipídico: Los pacientes obesos tienen un perfil lipídico caracterizado por concentraciones elevadas de colesterol total, c-LDL, triglicéridos y apoproteínas B y concentraciones disminuidas de c-HDL, más evidentes cuanto mayor es la edad y que mejoran si se pierde peso (Ortigosa y cols., 2003).
- c. Alteración del metabolismo de los hidratos de carbono: Aunque existen pocos datos, los existentes en la investigación apoyan una mayor frecuencia de intolerancia a la glucosa e hiperinsulinismo en niños obesos (Ortigosa y cols., 2003).
- d. Alteraciones dermatológicas: Las estrías y las infecciones cutáneas tanto bacterianas como micóticas son muy frecuentes (Ortigosa y cols., 2003).

- e. Alteraciones respiratorias: La apnea del sueño aparece en 30% de adolescentes obesos (Ortigosa y cols., 2003).
- f. Alteraciones ortopédicas: Cuando la obesidad se inicia en la primera infancia producen encorvamientos de la tibia y fémur y tienen una mayor incidencia de esguinces en los tobillos. Lo más frecuente es que haya alteraciones en la movilidad física e inactividad (Ortigosa y cols., 2003).
- g. Alteraciones cardíacas: Aunque en el niño difícilmente se presenta una falla de bomba cardíaca, es frecuente demostrar que los pacientes con más del 35% de sobrepeso en relación con el peso ideal presentan hipertrofia de cavidades cardíacas, aumento en el gasto cardíaco, aumento en el volumen sistólico, hipertensión arterial (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Más recientemente se han destacado factores metabólicos de riesgo. En la actualidad, existen pruebas sólidas que los niños con peso más elevado tiene durante la adolescencia una presión arterial más alta y valores más elevados en sangre de triglicéridos, colesterol, glucosa e insulina. Por parte de esta alteración metabólica, la obesidad guarda relación con el depósito selectivo de grasa en el abdomen que se observa en el niño (Guillaume, Lapidus, Beckers, cols., 1996; citado en Philip y James 2001). Teniendo consecuencias metabólicas perjudiciales que pueden manifestarse y llegar a sufrir una morbilidad grave.

En la obesidad se presentan como un factor de riesgo y como una variable relacionada con una elevada morbilidad: diabetes mellitus, intolerancia a la glucosa, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, síndrome del ovario poliquístico, infertilidad, cáncer de mama y próstata, pancreatitis, colecistitis (Ortigosa, y cols., 2003). Además de hiperinsulinismo, hipertrofia ventricular izquierda, hiperlipidemia, aterosclerosis prematura, aceleración de la edad ósea, epifisiolisis femoral y acetabular, pseudotumor cerebral, deficiencia de zinc y hierro, microalbuminuria asintomática por daño glomerular reversible y asociada a aumento de fibrinógeno con IL-6 normal, problemas de depresión reactiva crónica y aislamiento social (Torres, 2004).

Estudios americanos recientes subrayan también los peligros de un aumento excesivo de peso en la infancia de cara al riesgo de aparición precoz de diabetes. Si los niños alcanzan la edad adulta con un IMC de 29 o más, el riesgo de desarrollar diabetes es 30 veces más elevado que aquellos que tienen un peso normal; este riesgo es 80 veces mayor si estos adultos jóvenes obesos aumentan su peso otros 20 kilos o más en los 14 años siguientes (Colditz, Willwt, Stampfer y cols., 1990; citado en Philip y James, 2001). Existe también un claro riesgo posterior de morbilidad aumentada en los adolescentes con sobrepeso, especialmente de gota en los varones y de trastornos menstruales y reumáticos en las mujeres. Así pues, además del aumento de la mortalidad se constatan precozmente trastornos funcionales sustanciales como consecuencias de la obesidad que se desarrolla en fases tardías de la infancia (Philip y James, 2001).

Consecuencias psicológicas

Es un hecho sobradamente conocido que en las sociedades opulentas los niños muy obesos son víctimas de las burlas de sus compañeros. Este hecho es particularmente acusado en las niñas al iniciarse la pubertad, momento en el que son sensibles a su imagen. Los prejuicios ante el sobrepeso, tan evidentes en los adultos, tienen su reflejo en la preadolescencia (Hill, Silver, 1995; citado en Philip y James, 2001).

Además, la obesidad tiene varias consecuencias de orden psíquico en el niño, como alteración de conducta familiar, censura de los hermanos, trato diferente y sobrenombres por parte de los compañeros de la escuela, pobre desempeño en actividades deportivas y de competencia, así como una limitada estimulación de sí mismo y de su propia imagen (Zarco, 2005).

El niño obeso sufre cotidianamente un importante desgaste psicológico. El problema psicológico siempre está presente, ya sea primario o secundario (Ortigosa y cols., 2003).

Algunos de los problemas emocionales y conductuales más frecuentes que podemos encontrar en el niño obeso (Ortigosa y cols., 2003):

- Dificultades psicosociales por problemas de aislamiento y problemas de relación y rechazo por parte de sus iguales.
- Sufrimiento psicológico por la discriminación de los amigos, la familia y la sociedad.
- Sentimientos de soledad.
- Menor destreza y agilidad que el resto de los niños de su edad (dificultad para realizar actividades físicas, juegos y deportes propios de su edad)
- Malestar por su apariencia física.
- Baja autoestima
- Alteraciones en la dinámica relacional familiar.
- Censura de hermanos y amigos. Con frecuencia cuando son niños obesos interactúan en su entorno son el centro de ataques y burlas.
- Bajo rendimiento académico
- Sentimientos de inferioridad.

Se requiere así de una intervención psicológica porque pueden agravar el curso de la obesidad e interferir en su tratamiento (Ortigosa y cols., 2003):

- Inmadurez emocional
- Dependencia emocional
- Escaso nivel de autonomía
- Nivel de integración en el grupo de iguales escaso
- Predisposición a presentar síntomas depresivos
- Elevados niveles de ansiedad
- Mayor incidencia de psicopatología en los chicos
- Mayor insatisfacción en la imagen corporal en la chicas
- El nivel de insatisfacción aumenta a medida que aumenta el IMC.
- Autovaloración negativa

- Bajo nivel de autoestima más acusado en las chicas.

2.1.1. Obesidad infantil consecuencia de la obesidad adulta

Una revisión de ocho estudios longitudinales ha demostrado que el riesgo de obesidad a lo largo de la vida era por lo menos dos veces mayor en los niños obesos que en los que no lo eran. Se sugirió que aproximadamente un tercio de los niños en edad preescolar que son obesos continuarán siendo obesos en la edad adulta, y que alrededor de la mitad de los niños obesos en edad escolar llegarán a ser adultos obesos (Ukkola y Bouchard, 2001).

Para algunos padres la obesidad de sus hijos no es un problema quizá porque desconocen los graves riesgos que implican en la etapa adulta. Las correlaciones entre el peso en la primera infancia y en etapas posteriores son significativas. El 80% de los niños y adolescentes con peso excesivo mantienen la obesidad en la etapa adulta. La presencia de obesidad en niños es condicionante importante para la persistencia de obesidad en adultos, según lo demuestran estudios de seguimiento longitudinal y de correlación en los que el 27% de los niños de 1 a 5 años, el 43% de aquellos entre 3 y 9 años y el 86% de los púberes, continúan con un grado similar de sobrepeso al alcanzar la vida adulta (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

En resumen, los datos de que disponemos indican que un gran porcentaje de los niños que tiene un IMC elevado en la infancia se convertirán en adultos con un IMC elevado (Ukkola y Bouchard, 2001).

2.2. Prevención de la obesidad infantil

Desde el punto de vista de Medicina Preventiva, y aunado al hecho de que el paciente pediátrico puede presentar factores de morbilidad no metabólica, pero

capaces de modificar su calidad de vida, parece innegable que la obesidad es una condición que debe manejarse desde los primeros años de vida (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

La identificación de los niños con riesgo de llegar a ser adultos obesos brindó la oportunidad de prevenir o retardar el comienzo de la enfermedad a través de intervenciones apropiadas. Ello subraya la importancia de identificar los factores que contribuyen al desarrollo de la obesidad en la infancia (Ukkola y Bouchard, 2001).

Existen poco estudios controlados de prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. La intervención en escuelas puede reducir la incidencia de sobrepeso (Muller, Danielzik y Pust, 2005).

La asignación sistemática de individuos o grupos de niños a diferentes estrategias de prevención se ha revelado ya útil para demostrar el impacto de estas intervenciones tras periodos de 6 meses (Robinson, 1999; citado en Philip y James, 2001).

Una estadificación terapéutica, desde el punto de vista preventivo, debe considerar las siguientes fases (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999):

a. Prevención primaria: Es la identificación de los sujetos de alto riesgo para presentar obesidad, con la finalidad de implementar medidas que eviten su desarrollo. Se deben considerar como períodos de alto riesgo para el desarrollo de la obesidad a (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999):

- Tercer trimestre del embarazo.
- Los dos primeros años de vida.
- Los dos años que proceden al inicio de la pubertad.
- La pubertad (particularmente en mujeres).

- Los dos años siguientes al término de la pubertad.

Si bien no existen características absolutamente determinantes para evaluar con un grado alto de sensibilidad y especificidad a aquellos niños con riesgo elevado para presentar obesidad, se han asociado con el desarrollo de ésta y, por lo tanto, deben de evaluarse cuidadosamente a todos aquellos que presentan las siguientes condiciones (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999):

- Presencia de sobrepeso en ambos padres.
- Antecedentes familiares de obesidad, sobretodo aquellas asociadas con hipertensión arterial sistémica, dislipidemias, coronariopatías y diabetes mellitus no insulino dependientes.
- Hijos únicos o familias con tres o menos hijos.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Ambos padres son trabajadores y, por lo tanto, se encuentran ausentes de la casa durante períodos largos de tiempo, particularmente durante los episodios de alimentación de los hijos.
- Niños que evitan el desayuno pero consumen una colación en la escuela.

b. Prevención secundaria: Es el reconocimiento temprano del sobrepeso, particularmente en aquellos niños sedentarios, con hiperfagia, con un programa adecuado de alimentación sobretodo en aquellos con antecedentes familiares de obesidad y de alteraciones metabólicas asociadas a ésta, de tal manera que a través de un programa de educación, se pueda modificar su estilo de vida, perder el sobrepeso y mantener una relación de peso para la talla, un IMC y un grosor de tejido adiposo subcutáneo adecuados para la edad, tanto en el futuro inmediato y mediano (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

c. Prevención terciaria: Es la recuperación de la función física y psicosocial, a través de la evaluación e identificación de los riesgos de morbilidad presentes en el niño obeso, y la implementación de un programa adecuado de manejo. Existen alteraciones secundarias del sobrepeso, dentro de las cuales destacan las ortopédicas, cardiopulmonares y psicosociales, así como aquellas asociadas a una sobrenutrición crónica y que presentan disfunciones metabólicas que aumentan el riesgo de morbomortalidad (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

2.3. Tratamiento de la obesidad

El problema de la obesidad debe abordarse a partir de dos hechos esenciales: por una parte, los aportes alimenticios excesivos, especialmente desde el punto de vista cualitativo; y, por otra parte, hay que considerar que cada individuo reacciona de forma especial desde el punto de vista ponderal a los excesos a las restricciones (Ortigosa y cols., 2003).

Las características esenciales del tratamiento de la obesidad son:

1. Ayudar a la persona a resistir el deseo de comer
2. Proporcionar un régimen fácilmente comprensible y adecuadamente diseñado que reduzca la cantidad de energía consumida a un nivel sustancialmente menor que la gastada (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

El tratamiento busca intensificar la motivación de la persona para resistir el deseo de comer y permitirle mantener el régimen . Si esto fracasa, aunque la persona pueda perder peso durante los primeros meses del tratamiento, la pérdida de peso no continuará y una ganancia de peso es inevitable (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

La pérdida de peso es un proceso lento, y la paciente puede desanimarse pensando que no lo logrará. El apoyo, la información y los ánimos brindados por un psicólogo o médico, aumentará la motivación de la paciente, fomentará sus destrezas y ofrecerá ayuda para resolver las situaciones que pueden precipitar el deseo de comer en exceso (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

Tratándose de un problema crónico, la obesidad requiere de una atención a largo plazo y persistencia en el cuidado para lograr un éxito duradero. El tratamiento ha de ser individualizado, según las características y enfermedades asociadas de cada paciente. Para el tratamiento disponemos básicamente de una adecuación alimentaria, incremento de la actividad física y modificación de los hábitos de vida; el tratamiento farmacológico o quirúrgico pueden servir de apoyo a estas medidas (Villegas, 2003).

El manejo del niño obeso difiere del que se utiliza en el adulto, principalmente debido a que en la etapa pediátrica se expresa un crecimiento con signo positivo (es decir, en donde la formación de tejido y sustancias nuevas es mayor que la de destrucción, con incremento paulatino y progresivo de la masa corporal), responsable de la adquisición de funciones metabólicas, térmicas, reproductivas, psicológicas, motrices, intelectuales y afectivas (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

En el niño el propósito del tratamiento es mantener un balance energético negativo, de forma sostenida hasta que la pérdida de grasa permita alcanzar el peso ideal, evitando un aumento en el consumo metabólico y energético de proteínas y asegurando una progresión del crecimiento somático dentro de parámetros fisiológicos, a través de un programa que tiene como base una educación nutricional y psicosocial, para que una vez lograda ésta, se eviten desproporciones subsecuentes de peso durante toda la etapa prepuberal y puberal (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999)

Se considera que se ha tenido éxito cuando tanto el peso para la talla como el IMC se encuentran $\pm 10\%$ alrededor de los ideales para la edad, y cuando el grosor el tejido subcutáneo se sitúa por debajo de la centila 75 poblacional (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Manejo médico

La participación del médico comprende el tratamiento medicamentoso, ya que es el único con la facultad de prescribir medicamento en los casos que así se requiera. Sólo se podrá indicar anorexígenos u otro tipo de medicamentos autorizados para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso, cuando no existe respuesta adecuada al tratamiento dietoterapéutico y al ejercicio físico, en paciente con IMC de 30 o más, sin enfermedades concomitantes graves o en pacientes con IMC de 27 o más que tengan enfermedades concomitantes graves (Villegas, 2003).

A partir de los 4 años de edad, se puede establecer un “pacto” entre el médico y el niño para lograr una disminución planeada y eficaz de peso. A este respecto es fundamental el planteamiento de metas en lapsos de tiempo coherentes con la percepción infantil del futuro. Señalar los beneficios que tiene el mantenerse delgado al llegar a la vida adulta no sólo es inconveniente, sino incomprensible para un niño que percibe como futuro cercano el resto del día y como futuro lejano un lapso de tiempo invariablemente menor a 15 o 30 días (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

En términos generales, no se recomienda el uso de ningún tipo de terapia farmacológica para el manejo del niño obeso, pero de manera categórica debe de evitarse la administración de anfetaminas y su derivados, hormonas tiroideas para aumentar el gasto calórico en individuos eutiroideos así como antagonistas de opioides (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999)

Los edulcorantes no calóricos del tipo de la sacarina, aspartame, acelsufame y sucralosa, no están contraindicados en los niños, pero su uso debe ser moderado y racional, limitando sus indicaciones a la ingesta ocasional de bebidas carbonatadas, jugo de frutas y postres “light”. (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Tratamiento quirúrgico

Está indicado exclusivamente en los individuos adultos con obesidad severa e IMC mayor a 40 o mayor de 35 asociado a comorbilidad importante y cuyo origen en ambos casos no sea puramente de tipo endocrino. Deberá existir antecedentes de tratamiento integral reciente, por más de 18 meses sin éxito, salvo ocasiones cuyo riesgo de muerte, justifiquen el no haber tenido tratamiento previo (Villegas, 2003).

La decisión del tratamiento quirúrgico está a cargo de un equipo de salud multidisciplinario; cirujano, anestesiólogo, endocrinólogo, cardiólogo y psicólogo.

Las técnicas para el tratamiento de la obesidad son de tipo restrictivo: derivación gástrica, gastroplastía vertical y banda gástrica ajustable (Villegas, 2003).

Inclusive en niños la cirugía o el tratamiento farmacológico puede ser un efectivo tratamiento, pero estos tienen un uso reservado para casos severos donde el riesgo y los beneficios son claros (Fowler-Brown y Kahwati, 2004).

Manejo nutricional

La participación nutricional comprende la valoración nutricional a través de la evaluación del estado nutricional, por medio de indicadores clínicos, dietéticos antropométricos, pruebas de laboratorio y estilo de vida (Villegas, 2003).

Se debe contar con un plan de cuidado nutricio que cuente con la elaboración del plan alimentario, orientación alimentaría, asesoría nutriológica y recomendación para el acondicionamiento físico y para los hábitos alimenticios. La dieta debe ser individualiza, atendiendo a la circunstancias especiales de cada paciente (Villegas, 2003).

Es importante que la alimentación se lleve a cabo bajo un diseño que permita al niño y a su familia comprender que ésta puede y debe ser variada, agradable y elegible, por lo que se recomienda utilizar un sistema de intercambios basado en raciones equivalentes de los distintos grupos de nutrimentos (lácteos, grasa, cereales o panes, carnes, verduras y frutas) (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Los horarios de ingesta de alimentos deben establecerse de manera regular, y dado que no existe diferencia entre dividir el total de la ingesta en 3 a 6 periodos diarios, y que es necesario hasta lo posible el mantenimiento de estilos de vida aceptados por la población, se recomienda por lo menos un diseño que incluya desayuno, colación escolar, comida y cena, respetando los períodos de ayuno entre éstos (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Es importante evitar que el niño tome alimentos mientras ve la televisión, así como que se le permita intervenir activamente en la determinación del tamaño de las porciones a ingerir. No es recomendable la ingesta de cantidades excesivas de agua, ni antes ni durante las comidas, con la finalidad de ocasionar una sensación de plenitud gástrica (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Manejo psicológico

La participación del psicólogo clínico comprende el manejo para la modificación de hábitos alimentarios, apoyo psicológico y, en caso de ser necesario, referencia a Psiquiatría (Villegas, 2003).

En el niño obeso es muy frecuente encontrar alteraciones familiares relacionadas con la disminución de la expresividad emocional, inestabilidad afectiva, disminución de la autosatisfacción y aumento del conflicto (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

En muchos casos al niño desde pequeño se le proporciona afecto positivo o recompensa si ingiere cantidades grandes de alimentos y en períodos cortos de tiempo que funcionan como recompensas alimentarias que sustituyen a las afectivas (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Se debe concientizar a los padres sobre el hecho de que un cambio en las costumbres de alimentación debe ser precedido por el reconocimiento de que el programa previo de nutrición familiar era inadecuado, lo cual debe comentarse con el niño, y que los cambios que se están dispuestos a realizar tienen que ser válidos para el resto de los integrantes del núcleo familiar (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Esto mismo debe aplicarse para el tipo de afecto que recibe el paciente. No es posible que un niño entre al consultorio siendo “regañado por no comer bien” y salga “reprendido por comer en exceso”, ni que los padres dejen de aceptar su responsabilidad en la mala planeación de la educación familiar, sin que con ello lesione la dinámica afectiva familiar. Es asimismo importante neutralizar las posibles interferencias de abuelos y cuidadores del niño, basados en mitos socioculturales sobre la obesidad (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Desde el punto de vista psicológico, es muy importante el mantener un contacto periódico entre el niño y el equipo de salud, ya que esto permite reforzar el compromiso adquirido e identificar problemas personales y familiares que interfieran con el programa diseñado (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Ejercicio adecuado

El ejercicio, aunado a una alimentación balanceada, permite disminuir la adiposidad hasta lo normal, sin modificar la velocidad de crecimiento, y a largo plazo evita la recuperación del sobrepeso; además que a corto plazo logra una mejoría sustancial de la autoimagen, autoestima y sensación de efectividad física y social. Por otro lado, en niños de 6 a 11 años de edad, disminuye de manera significativa las horas dedicadas a ver televisión (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Dado que la mayoría de los niños obesos tienden a ser sedentarios, se debe iniciar con actividades aeróbicas de corta duración que permitan aumentar el gasto calórico, aún cuando no se modifique la función cardioventilatoria. Antes de diseñar el programa de ejercicio, se debe realizar una valoración física (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, capacidad de esfuerzo muscular, alteraciones ortopédicas y cardiopulmonares y presencia de hiperinsulinismo), psicológica y social para definir las condiciones de cada niño, y al momento de establecer las actividades deportivas se deben considerar las preferencias individuales del paciente (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Debe evaluarse la conveniencia de iniciar con actividades individuales que impliquen un esfuerzo moderado, para posteriormente recomendar las colectivas y finalmente las de competencia. Lo anterior es importante tanto para evitar lesiones ortopédicas, como para garantizar un mayor rendimiento del paciente que le permita adecuarse al que realizan otros niños de su edad y sexo. El niño debe percibir el programa de ejercicio como un premio y no como un castigo y, por lo tanto, debe ser apoyado y motivado de manera constante por el resto de los integrantes de su familia, lo que idealmente deben de participar en estas actividades (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

3. ACTITUD

Las creencias son el cimiento fundamental en nuestra estructura conceptual. Sobre la base de la observación directa recibida del medio o de forma de proceso de inferencia, una persona aprende o forma un número de creencias acerca de un objeto. Esto es, el asociar un objeto con varios atributos. De esta manera, el formar creencias acerca de nosotros mismos, de otras personas, instituciones, conductas, eventos, parte de la esencia racional de los organismos, quienes usan la información que está a su disposición para hacer juicios, formar evaluaciones y llegar a una decisión. La totalidad de las creencias de las personas sirve como la base informativa que determina finalmente nuestras actitudes, intenciones y conductas (Fishbein y Ajzen, 1975).

Las creencias hacia un objeto proveen de la base para la formación de actitudes hacia un objeto, muestra que las actitudes son usualmente medidas por la evaluación de las creencias de las personas (Fishbein y Ajzen, 1975).

Generalmente hablando, las creencias refieren a la subjetividad de las personas probablemente a juzgar algún aspecto discriminable de este mundo, de acuerdo a su entendimiento y su ambiente. Específicamente, se ha definido creencia como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo (Fishbein y Ajzen, 1975; pag. 131).

El término "actitud" se refiere solamente a la localización de una persona dentro de una evaluación bipolar o una dimensión afectiva con respecto a un objeto, acción o evento. Una actitud representa generalmente sentimiento favorable o desfavorables hacia algún estímulo. En la estructura conceptual, sería cómo las personas forman creencias a cerca de un objeto, automáticamente y simultáneamente adquieren una actitud hacia ese objeto. Cada vínculo con las creencias del objeto es un atributo; la actitud de las personas hacia el objeto está en función de la evaluación de esos atributos (Fishbein y Ajzen, 1975).

El término *actitud* tiene dos significados, uno amplio y otro estrecho. Fue usado primero en un sentido bastante limitado para indicar una predisposición motriz y mental a la acción. Después se lo empleó con un alcance mayor, para señalar tendencias reactivas específicas o generalizadas, que influyen sobre la interpretación de nuevas situaciones y respuestas frente a éstas (Young y Flügel, 1977).

Sobre la base de una significación tan amplia e imprecisa, tanto profanos como psicólogos continúan considerando que los términos *opinión* y *actitud* son sinónimos. Una actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente es completa. Es preciso señalar tres rasgos importantes propios de una actitud (Young y Flügel, 1977):

1. Las actitudes están generalmente asociadas a imágenes, ideas u objetos externos de la atención.
2. Las actitudes expresan una dirección. Vale decir, no sólo señalan el comienzo de la respuesta imprimen dirección a esa actividad; se caracterizan por implicar acercamiento o alejamiento, gusto o disgusto, reacciones favorables o desfavorables, amores u odios, y como éstos están dirigidas a situaciones específicas o generalizadas.
3. Las actitudes, al menos las más significativas, están vinculadas con sentimientos y emociones. Asociaciones de agrado o desagrado respecto a un objeto o situación (miedo, cólera, amor y todas las complejas emociones aprendidas), intervienen en las actitudes.

Estos rasgos se muestran de una forma esquemática en la Figura 1.

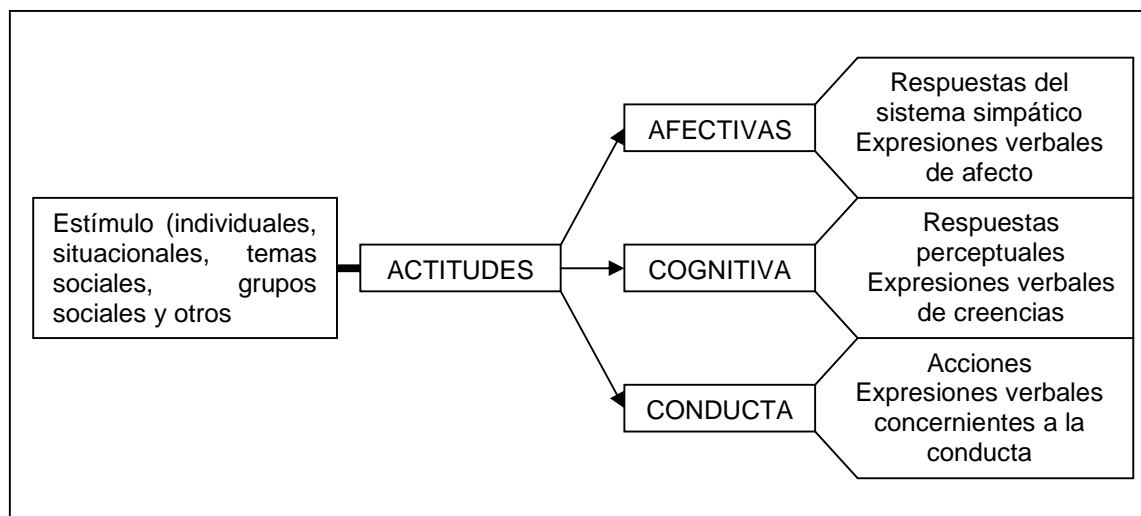


Fig. 1. Concepción esquemática de las actitudes (Rosenberg y Hovland, 1960; citado en Fishbein y Ajzen, 1975; pag. 340)

Las actitudes son hábitos internos en su mayor parte inconscientes, e indican las tendencias reales de la conducta manifiesta mejor que las expresiones verbalizadas que llamamos *opiniones*. Entonces, si se trata de predecir el comportamiento de un individuo, es más importante conocer sus actitudes que conocer sus imágenes mentales, sus ideas o sus opiniones. Las actitudes ofrecen, un indicio para desenredar la maraña de las motivaciones humanas (Young y Flügel, 1977).

En suma, se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas (Young y Flügel, 1977).

Las expresiones de las actitudes de la conducta tiene varios aspectos básicos comunes:

1. Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones, y así es como las ve el observador.

2. El significado que tiene una situación para el individuo depende menos de sus factores reales, "objetivos", que de la forma en que aparece ante él y de la impresión que le produce, es decir, de la actitud que el individuo asume ante la situación.
3. Las actitudes se desarrollan. Unas veces el origen se ve claramente, pero otras veces está incrustado tan profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo y mucha habilidad para comprender el "tema" total.
4. Las actitudes son construidas por las actitudes de los demás, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente; éstas son determinantes esenciales del desarrollo de la personalidad y de la conducta.

La actitud es vista con una naturaleza afectiva o evaluativa, y que está determinada por las creencias de las personas a cerca de la actitud del objeto. La mayoría de la gente posee creencias positivas y negativas a cerca de un objeto, y la actitud es vista como la forma de responde al afecto total asociado a sus creencias (Fishbein y Ajzen, 1975).

La actitud es vista como una predisposición *general* que no predispone a las personas a mostrar una conducta específica, por ejemplo, el hecho de tener una preferencia por cierto candidato político (actitud), garantiza que votarás por él (conducta). Una actitud puede ser influenciada por la formación de nuevas creencias. Similarmente, una conducta puede seguir a nuevas creencias a cerca del objeto, el cual puede cambiar la influencia de la actitud, como se representa en la Figura 2 (Fishbein y Ajzen, 1975).

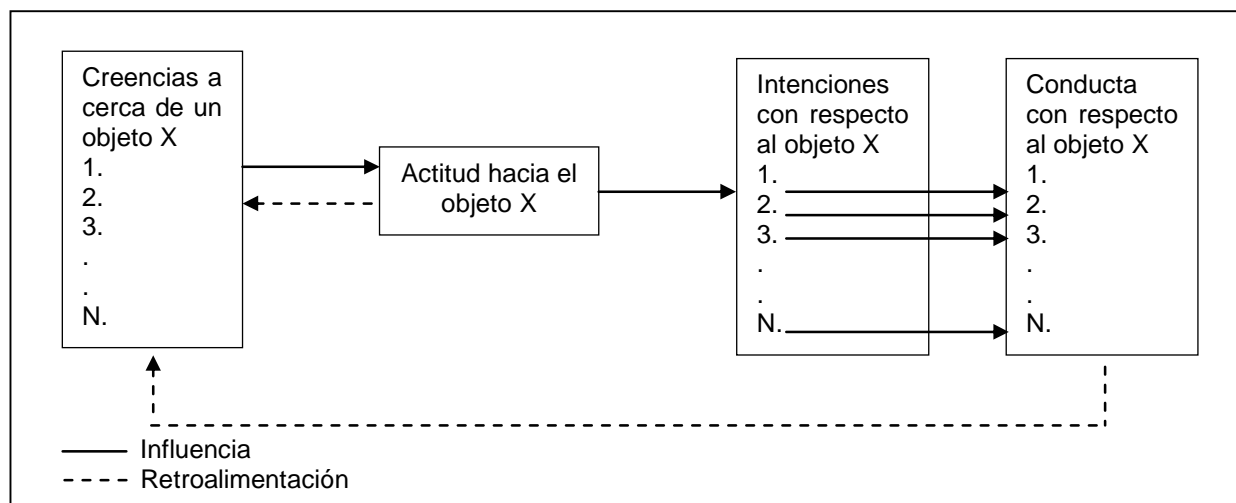


Fig. 2. Presentación esquemática de la estructura conceptual de las creencias, actitudes, intenciones y conductas con respecto a un objeto (Fishbein y Ajzen, 1975; pag. 15).

El conjunto de actitudes de un adulto se construye sobre dos fundamentos integrados (Young y Flügel, 1977):

1. La base de su experiencia,
2. El ambiente de su actitud, la "cultura"; representa fundamentalmente la cristalización de las ideologías y los valores que no pertenecen a la creación individual

3.1. Teorías de la actitud

La mayoría de las teorías contemporáneas sobre la actitud tiene sus orígenes en dos grandes escuelas del pensamiento, que forma parte de la teoría e investigación de la psicología social. Pero varias teorías del aprendizaje de actitudes están basadas en estímulo-respuesta, acercándose al conductismo (Fishbein y Ajzen, 1975).

Teoría del aprendizaje de actitudes

Una de las primeras aplicaciones de la teoría del aprendizaje en el área de las actitudes, es la de Leonard Doob (1947; citado en Fishbein y Ajzen, 1975) quien definió actitud como un aprendizaje, respuesta anticipatoria implícita. Esto es, él percibió la actitud como una respuesta inobservable sobre un objeto, que ocurre antes de, o en ausencia de, o sin respuesta obvia. Osgood, Suci y Tannenbaum (1957; citado en Fishbein y Ajzen, 1975) argumentaron que la respuesta implícita representa el “significado” del objeto, y ellos sugieren que la actitud refiere solo la *evaluación* de parte del significado total de la respuesta (Fishbein y Ajzen, 1975).

La mayoría de las teorías del aprendizaje de las actitudes están envueltas con la forma en que las actitudes se adquieren, i.e., como respuesta implícita (evaluativa) que llega a ser asociada con un estímulo dado. Por ejemplo, considerar a un niño quien come frecuentemente dulces M&M. La estimulación que envuelve produce respuestas, tales como, masticar, salivar, digerir. Además, una respuesta implícita con un componente positivo que ocurrió antes de, o en conjunción con, que finalmente da una respuesta. De acuerdo con los principios del condicionamiento, éstas pueden ser tendencias para que las respuesta implícita se llegue asociar con los dulces; i.e., el niño desarrolla una actitud favorable hacia los dulces M&M (Fishbein y Ajzen, 1975).

Doob (1947; citado en Fishbein y Ajzen, 1975) enfatiza que una persona que aprende primero mediante respuestas implícitas (i.e., actitudes) que le da un estímulo, asociado este proceso al condicionamiento clásico, pero también puede llegar a ser una respuesta específica aprendida de una actitud asociado al aprendizaje instrumental. Por otro lado, un estímulo similar obtiene una respuesta similar, por lo que invoca el principio de generalización. Esto, de acuerdo con Doob, mediante una respuesta continua esta la actitud. Él distinguió entre esta respuesta actitudinal y otra respuesta mediata (e.g., hábitos), reservando el

término “actitud” para esas respuesta implícitas que son obtenidas por estímulos socialmente relevantes (Fishbein y Ajzen, 1975).

3.2. Predicción de la conducta

Se ha asumido que la conducta de una persona con respecto a un objeto es en gran parte determinada por su actitud hacia el objeto. Desde el punto de vista de la estructura conceptual, se argumenta que la conducta de las personas está determinada por sus intenciones de mostrar su conducta. Incluso la actitud de una persona hacia un objeto puede relacionarse totalmente con sus conductas con respecto al objeto y no necesariamente relacionado con ninguna conducta dada (Fishbein y Ajzen, 1975).

3.2.1. Actitudes paternas

En los últimos años se han producido grandes modificaciones en las actitudes de los padres hacia los hijos. Dichos cambios se han realizado en el sentido de la libertad y la tolerancia, con un intento de entender al hijo y a sus necesidad (Harris, 1948; citado en Young y Flügel, 1977). Sin embargo, los padres no siempre actúan con eficacia en sus actitudes; tienden a mostrar favoritismo hacia alguno de los hijos, a ser a veces demasiado indulgentes y en otras veces demasiado estrictos (Scott, 1939; Symonds, 1939; Stagner y Krout, 1940; citado en Young y Flügel, 1977).

La actitud de los padres hacia los hijos puede ser incluso reflejo de su propia adaptación o inadaptación en la vida (Cole, 1954; citado en Young y Flügel, 1977).

Actúan sobre el niño desde que nace, e incluso pueden comenzar a trazar un molde de fuerzas mucho antes de que la criatura haya sido concebida. El valor de

las actitudes de los demás como fuerza motivadora ha sido demostrado muchas veces (Young y Flügel, 1977).

Las actitudes que influyen en los niños y que les hacen formar, en respuesta, sus propias actitudes, pueden reunirse, bajo los siguientes títulos (Young y Flügel, 1977).

- La actitud de los padres
- La actitud de los maestros
- La actitud de los médicos
- Actitudes grupales

Las actitudes observadas con los niños por los padres, los maestros y los médicos no son casuales. Se organizan en la extensa cadena de circunstancias y experiencias que intervienen en la formación de la personalidad. La manera con que un adulto trata a un niño es la consecuencia convergente de sentimientos, identificaciones, tropismos y normas de conducta desarrollados desde la infancia (Young y Flügel, 1977).

Aunque no hay dos padres que reaccionen exactamente igual hacia el mismo hijo de una misma familia, las actitudes paternas generalmente puede clasificarse en ocho categorías diferentes. Esta categorías son las siguientes (Young y Flügel, 1977):

- a. Padres rechazantes activos: Son constantemente hostiles, faltos de afecto, intolerantes, censuradores y distantes.
- b. Padres rechazantes indiferentes: Que poseen hacia el hijo el mismo disgusto e indiferencia fundamentales, pero que lo ignoran y son indiferentes a lo que éste hace, mientras no los moleste.
- c. Padres autocráticos despreocupados: Que ni aceptan a sus hijos con comprensión ni los rechazan con resentimiento.

- d. Padres indulgentes despreocupados: Que son levemente indulgentes y en general tolerantes, pero más bien de manera accidental.
- e. Padres aceptantes-indulgentes: Demuestran profunda vinculación emocional con el hijo, se sienten excesivamente ansiosos por él de manera tan completa que tratan de vivir de nuevo sus vidas en el hijo.
- f. Padres aceptantes-despreocupados-indulgentes: A veces son tan indulgentes como los de los grupos d y e, aunque menos extremistas que éstos, pero cuya indulgencia se halla basada en el impulso y no se identifica con su hijo.
- g. Padres aceptantes-indulgentes-democráticos: Fundamentalmente son indulgentes y creen que deben tratar a sus hijos como sus iguales dentro de la democracia familiar.
- h. Padres aceptantes-democráticos: Son personas emocionalmente maduras y creen en la participación de los hijos en las discusiones familiares, y en la independencia del hijo como individuo (Baldwin y cols., 1945; citado en Young y Flügel, 1977).

3.3. *Obesidad parental y su relación con los hijos*

Está bien establecido que la obesidad parental está relacionada con la obesidad de los niños y resultados recientes muestran que esta relación existe tanto en los países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Por la agregación familiar del sobrepeso y la probabilidad de los niños de ser obesos, particularmente si las madres tienen sobrepeso o son obesas, son importantes para los profesionales de la salud implicados en la prevención y tratamientos de la obesidad (Philip y James, 2001).

El hecho observado de que los niños de padres obesos tienen una mayor probabilidad de llegar a ser obesos en etapas tempranas de la vida señala que existen factores innatos que ejercen un papel en la predisposición a la obesidad

en el niño (Ukkola y Bouchard, 2001). Esta idea está reforzada por la presencia de una relación débil, pero significativa, entre la obesidad de los padres y la de sus hijos, incluso cuando los niños crecen separados de sus padres biológicos (Sorensen, Holst y Stunkard, 1992; citado en Ukkola y Bouchard, 2001)

El alineamiento de la obesidad desde la infancia hasta la edad adulta varía según el grado de obesidad de los padres. De hecho, los sujetos en los que el padre y la madre son obesos son más gordos en la infancia y tienden también a mostrar un alineamiento más marcado desde la infancia hasta la edad adulta. Sin embargo, esta relación parece depender de la edad del niño (Ukkola y Bouchard, 2001).

Whitaker y cols. (1997; citado en Ukkola y Bouchard, 2001) han demostrado a través de un estudio prospectivo, que de la obesidad de los padres se mostraba un aumento demás del doble en el riesgo de obesidad en la edad adulta en niños obesos de menos de diez años de edad. Antes de los tres años, el primer factor predictivo de obesidad en la edad adulta era la existencia o no de obesidad de los padres; en estos niños, su propio estado de obesidad no era un factor predictivo del riesgo de la obesidad en la edad adulta. Por el contrario, la obesidad de los padres tenía un efecto más limitado en el riesgo de obesidad posterior en los niños de más de diez años (Whitaker y cols. 1997 ; citado en Ukkola y Bouchard, 2001).

La presencia o no de obesidad en los padres, en particular cuando los lactantes y los niños pequeños muestran sobrepeso, parece constituir un determinante importante del riesgo que tiene el niño de llegar a ser un adulto obeso (Ukkola y Bouchard, 2001).

En la inmensa mayoría de los estudios realizados, el padre y la madre parecen contribuir en un mismo grado al riesgo de obesidad. Un informe indica que la obesidad de los abuelos se correlaciona con el IMC de los padres y con los índices de probabilidad de obesidad de los nietos, demostrando que la agregación

familiar de los casos de obesidad podría ser seguida a través de tres generaciones (Guillaume y Pérusse, 1995; citado en Ukkola y Bouchard, 2001)

3.4. *Influencia familiar en la obesidad infantil*

Los conductistas argumentan que la obesidad es un trastorno aprendido en el cual el principal condicionamiento es la sobrealimentación (Brownell y Wadden, 1992).

La exploración del impacto del ambiente familiar en el desarrollo y tratamiento de la obesidad es esencial para elaborar programas eficaces de educación nutricional y de salud susceptibles de ayudar al niño a forjar hábitos alimentarios saludables y un estilo de vida sano que contribuyan a la prevención de la obesidad o, por lo menos, a retardar la aparición de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida (Golan, 2001).

El impacto del peso de los padres en el éxito o no del programa de reducción ponderal del niño podría depender de la resistencia de los padres a cualquier modificación de su vida y del ambiente doméstico que contribuya al desequilibrio energético del niño (Dietz, 1983; citado en Golan, 2001).

Otro aspecto a considerar es que los padres que ingieren gran cantidad de alimentos esperan que sus hijos ingieran una cantidad de alimentos superior a la de los padres “menos comientes”; por tanto, la cantidad de alimentos que presentan a sus hijos es mayor y establecen unas pautas de sobre ingesta de riesgo para el niño (Ortigosa, y cols., 2003).

La prevención seleccionada en niños obesos es más exitosa cuando los niños son tratados junto con sus padres. Los padres también juegan un rol directo en la forma de alimentación de los niños a través de su conducta, actitudes y estilos de alimentación (Muller, Danielzik y Pust, 2005).

Actitudes y prácticas de cuidado personal primario han sido buscadas a través de la obesidad del adulto, pero raramente a través del sobrepeso infantil (Edmunds, 2005).

3.5. *Actitud hacia la obesidad*

El Dr. González Barranco señala: la gordura tiene una imagen deplorable, según la forma de pensar de gran parte de los individuos. Hasta los adolescentes usan la frase “esto está grueso”. Probablemente hay un gordo que es el único que no se le da un sentido peyorativo, pero a ese le pegamos, y es el “gordo de la lotería” (Ramos Carricarte, 1995).

Por definición, cuando alguien habla de “la grasa, lo graso” se piensa en algo negativo, hasta hay definiciones en el diccionario que dicen “porquería que se pega”. Sin ir más lejos, ¿Cuál es el animal que nos da el concepto de suciedad?, el puerco. Estos y muchos otros son los estereotipos que constituyen el paradigma de la obesidad hoy día (Ramos Carricarte, 1995).

Los niños de 6 años describen las siluetas de niños obesos con términos muy peyorativos que incluyen: flojo, sucio, estúpido, deshonesto, feo y mentirosos (Staffieri, 1967; citado en Brownell y Wadden, 1992).

3.5.1. *Instrumentos para medir actitud hacia la obesidad*

Existen diferentes instrumentos que miden actitud, pero muy pocos son los que miden actitud hacia la obesidad de una forma directa, en la búsqueda de instrumentos que midieran actitudes se encontraron:

- *Parental Attitude Research Instrument*: Creado en 1958 por Schaefer y Bell, no se cuenta con mayor información a cerca del instrumento.
- *Implicit Association Test* : Creado por Greenwald, McGhee y Schwartz en 1998; mide la diferente asociación entre dos conceptos con un atributo, específicamente en obesidad evalúa la asociación entre el concepto de personas obesas y personas delgadas con bueno y malo y tres estereotipos flojos-motivados, inteligentes-tontos y valioso-inútil (Schwartz, O'Neal, Brownell, Blair, Billington, 2003).
- *Child Feeding Questionnaire*: Creado en el 2001 por Birch, Fisher, Castro, Grimm-Thomas, Sawyer y Jonson; es un cuestionario de auto-reporte sobre las actitudes y practicas de alimentación del niño, la cual consta de 5 sub-escalas: monitoreo, responsabilidad restricción, presión e interés; y la percepción del padre sobre el sobrepeso del niño (Spruijt-Metz, Lindquist, Birch, Fisher y Goran, 2002).
- *Extrinsic Affective Simon Task*: Creado por De Houwer en el 2003; es un nuevo instrumento que mide actitud de una forma indirecta, donde el estímulo es caracterizado por dos dimensiones, que se dividen en ocho categorías cada una. Una dimensión (e.g. color) es relevante para la tarea, es decir, donde hay una regla explícita que produce una respuesta de diferente, que es el valor para esa dimensión. La segunda dimensión (e.g. posición) esta ligada implícitamente con las diferentes respuestas (Voss y Klauer, 2007).
- *Test de Actitud en Contra de la Obesidad (AFAT)*: Creado por Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis en 1997, es un instrumento que mide actitud hacia la obesidad de forma directa, además de ser una prueba que se ha empleado para medir las actitudes hacia la obesidad en profesionales de la salud especializados en obesidad (Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis, 1997).

4. TALLER PARA PADRES

El aprendizaje es, junto a la interiorización del otro (de la alteridad) uno de los dos grandes mecanismos de socialización. Afirma Rocher que el aprendizaje consiste en la adquisición de reflejos, de hábitos, de actitudes, ... que se inscriben en el organismo y en la psique de la persona y orientan su conducta (Rocher, 1975; citado en Martinos, 1985).

Destacados procedimientos por los que se opera son: imitación, repetición, ensayo y errores, y aplicación de recompensas y castigos (Martinis, 1985).

Hay que tomar en cuenta que los padres de familia son los primeros educadores de sus hijos. La educación de los padres de familia toma importancia a partir de las necesidades que éstos vislumbran para mejorar sus capacidades educativas y la calidad de sus relaciones familiares, con el fin de enfrentar los retos que se le presentan en la sociedad (Hernández Lara, 2003).

Así mismo, Schmelkes, Linares y Delgado en 1993 (citados en Hernández Lara, 2003), describen que la importancia del trabajo educativo con los padres de familia tiende a fortalecer su capacidad de potenciar el desarrollo integral de sus hijos.

La significación de la educación de los padres cobra importancia al considerar el decisivo efecto de la influencias educativas del medio familiar sobre el desarrollo psíquico normal del niño y sobre el éxito y fracaso en su labor escolar (Carreras, citado en Hernández Lara, 2003).

4.1. Escuela para padres

La modalidad de la escuela para padres no pretende dar recetas ni soluciones concretas. Sin embargo, puede ayudar a lograr una serie de objetivos: avivar la inquietud educadora de los padres, mejorar la capacidad para observar a los hijos, ayudar a promover al cambio de actitudes y “normas educativas rígidas, lograr que la madre y el padre actúen de común acuerdo” (De la Puente, 1999; citado en Hernández Lara, 2003).

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) sugiere que para organizar una escuela para padres deben tomarse en consideración los siguientes aspectos:

- Desarrollar un proceso de sensibilización en la comunidad acerca de la importancia de la educación preventiva en la familia.
- Promocionar el programa y organizar el o los grupos que participen en el curso.
- Obtener un perfil de la población asistente con el fin de establecer un diagnóstico de necesidades y recursos de las familias, sujeto a ser utilizado en el desarrollo del curso para que los contenidos sean congruentes a la información recogida.
- Propiciar y mantener un ambiente de flexibilidad durante el desarrollo del curso que facilite el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Desarrollar el programa a partir del aprendizaje significativo.
- Involucrar a los asistentes en actividades realizables en casa con los demás miembros de la familia.
- Desarrollar talleres complementarios al curso que ofrezcan a los asistentes la posibilidad de una atención integral de las familias.
- Promover la coordinación intra e interinstitucional con el propósito de ofrecer, en la medida de los posibles, la orientación o atención específica a los casos que se detectan que así lo requieran.

- Hacer seguimiento y evaluar todas las acciones que se deriven del programa con el fin de mantener un proceso de retroalimentación que permita lograr una eficiencia durante el desarrollo del programa.

A lo largo del tiempo, han surgido diversos matices en función de los diversos modelos de Escuelas para Padres, como son (Hernández Lara, 2003):

- Académico: Los objetivos adquieren un matiz de mayor adquisición de conocimientos por parte de los padres y una atención menor al desarrollo de actitudes y comunicación grupal.
- Grupal: Los objetivos van más en la línea de comunicación de *sentimientos* y de las experiencias propias. Por ello, también se insiste en el crecimiento del grupo como medio de inmersión y aprendizaje, no buscan tanto el aprendizaje sistemático de temas, cualquiera de ellos es válido, con tal de que facilite la comunicación e interacción de los padres.
- Participativa: Se mantienen los objetivos fundamentales, pero estos, se explicitan más claramente en los siguientes cinco campos:
 - o Campos del conocimiento: Los padres necesitan saber más y mejor, tanto en su relación con sus hijos como una interacción de pareja.
 - o Campo de actitudes: Los padres de familia necesitan analizar sus propias actitudes, mejorarlas e incluso cambiarlas radicalmente si quieren proporcionar una ayuda más eficaz a sus hijos.
 - o Campo del aprendizaje de grupo: Los padres necesitan intercambiar sus ideas y sentimientos con otros padres, aprender de los demás y analizar con ellos en grupo hasta que punto le han sido útiles los conocimientos y actitudes que van aprendiendo y tratando de aplicar en casa de cada día.
 - o Campo de la vivencia personal: la vivencia en grupo y todas las demás actividades y contactos vividos les puede ayudar a que ellos mismos como personas, prescindiendo de su tarea de padres, experimenten un cambio personal y luego puedan trasladar esa

experiencia de cambio personal a la forma de relación que viven cada día con sus hijos.

- Campo de las acciones paralelas: Un grupo participativo, al lograr un desarrollo suficiente, puede dirigir libremente su acción con el apoyo de otros objetivos educacionales o de otro tipo que consideren de utilidad y en la línea de sus ideas.

Las Escuelas de Padres participativas pueden adquirir una nueva fortaleza de cohesión interna, al salir de sí misma, tratando de ayudar a los demás, y mejorar notablemente su aprendizaje, al poner en acción y experimentar en directo lo que cada día van aprendiendo en grupo (Instituto Padres y Maestros, citado en Hernández, 2003).

4.1.1. Grupos temáticos para un programa de escuela para padres

Los expertos en trabajos con padres de familia saben que los temas de una Escuela de Padres parten de los objetivos de la misma. Si el objetivo fundamental es la formación continua de los padres, la temática debe contribuir a ese fin (Hernández Lara, 2003).

La siguiente clasificación se propone solamente como una división acumulativa que tenga suficiente operatividad, siguiendo la táctica de abordar los temas tal como se presentan:

- Temas evolutivos: Son los temas que se refieren al desarrollo evolutivo de los niños tanto en su aspecto fisiológico como mental. Ampliando un poco el campo también se puede incluir aquí los que aluden a la evolución de los padres como pareja al mismo proceso dinámico del grupo. Entre los temas que se sugieren para abordar estos aspectos.

- + La pequeña infancia
- + El desarrollo psicomotor
- + La pubertad
- + La adolescencia
- + El desarrollo fisiológico
- + El desarrollo afectivo
- + El desarrollo de la inteligencia
- + La Psicología evolutiva
- + La evolución de la pareja
- + El crecimiento de un grupo
- + Edad cronológica y mental
- + El desarrollo de los sentidos

- Temas personales: La temática que hace referencia al modo de ser y actuar de cada persona, prescindiendo de su aspecto evolutivo: la imagen de sí mismo, las capacidades personales, lo que ayuda a definir lo característico de la personalidad de cada cual y, en consecuencia, las dificultades y problemas que suele seguir ante esa forma de actuar. Por ello se proponen los siguientes temas:

- + El niño hiperactivo
- + El niño superdotado
- + La imagen de sí mismo
- + Qué es la personalidad
- + Genética y ambiente
- + Valores personales
- + Deficiencia físicas
- + Deficiencias psíquicas
- + La sexualidad
- + El niño creativo
- + El niño normal

- Temas sociales: Se hace referencia a la sociabilidad de los niños y a la problemática que puede surgir en sus relación con sus compañeros, puede incluirse también la sociabilidad de los padres, tanto en su vida personal como en su relación con los demás dentro de la Escuela para Padres. Entre los temas a considerar están:

- + Los niños populares
- + El niño marginado
- + Los amigos
- + Los roles en grupo
- + El trabajo en grupo
- + El niño tímido
- + El niño rebelde
- + Los estereotipos
- + Saber comunicarse
- + Que es la sociabilidad
- + Simpatía y antipatía
- + Aprender a convivir

- Temas pedagógicos: Son los de mayor demanda por parte de los padres de familia. Estos hacen referencia a los sistemas pedagógicos, mismos que se

conciben con las formas que cada uno usa para educar, a las metodologías que intentan responder a preguntas: ¿Qué hacer cuando un niño...?, la respuesta, sin duda, nunca será una receta y exigirá de parte de los educadores, una serie de actitudes básicas. Se recomienda abordar temas como:

- + La libertad en la educación
- + El tutor de alumnos
- + La toma de decisiones
- + Los métodos activos
- + Evaluación de actividades
- + Qué es educar
- + Relación profesor-alumno
- + Premios y castigos
- + Modificación de conductas
- + Autoridad y disciplina
- + La coeducación

- Temas didácticos: Aluden directamente a las asignaturas y a los sistemas de aprendizaje que pueden ser típicos de cada una de ellas. Atender a ésta situación implica temas como:

- + Las matemáticas
- + Enseñar a pensar
- + Las clases especiales
- + Las clases de ciencias
- + Ventajas de expresión plástica
- + Dificultades de lenguaje
- + Ética o religión
- + Problemas de educación física
- + Aprendizaje de idiomas
- + Aprender a leer
- + Técnicas de recuperación
- + Qué es aprender

- Temas familiares: Es evidente que los temas familiares tienen una demanda significativa entre los padres de familia. Por un lado, en este grupo se abordan aspectos como la relación de pareja, los hijos, la interacción entre hermanos, la estructura familiar, el tipo de convivencia, el grado de autonomía y libertad, los sistemas de comunicación y la relación familia escuela. Se hace necesario tomar en cuenta temas como:

- + Familia y escuela
- + La pareja humana
- + Los hermanos
- + La hora de la comida
- + Los abuelos en casa
- + Tipología de los padres
- + Qué es la familia
- + Autoridad y libertad
- + Padres separados
- + Los deberes en casa
- + La relación con los hijos

- Temas ambientales: En años recientes se ha destacado tres núcleos de influencia en la educación de un niño: la familia, la escuela y la calle. Esclarecer el ambiente que cada uno de ellos genera, implica abordar temas en relación a:

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| + La publicidad | + La droga |
| + La calle | + El tiempo libre |
| + Los medios de comunicación | + Educación para la paz |
| + Las pandillas | + Ecología |
| + El juego | + La música |
| + La forma de vestir | + Las lecturas |

- Temas públicos: Se resaltan aquellos temas que se relacionan con el ámbito del estatus público y que hacen referencia al mundo de los padres y sus implicaciones educativas como: leyes de educación, sistemas escolares, gratitud de la enseñanza, asociaciones educativas, organismos familiares, orientación profesional, opciones educativas, condicionamientos políticos, entre otros. Es conveniente revisar los siguientes temas:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| + Planes educativos legales | + Becas y ayudas escolares |
| + El sistema familiar | + Política y educación |
| + Derechos de los alumnos | + Las escuelas de padres |
| + Las asociaciones de padres | + Intercambios internacionales |
| + orientación profesional | + Derecho de los padres |

4.2. *Escuela para padres y la obesidad*

La base del programa de manejo de la educación, debe considerar tanto aspectos alimentarios como psicológicos y la realización de una actividad física regular, tanto para el paciente como para su familia. La meta del manejo es mantener un viabilidad física y afectiva que cubra sus necesidades biopsicosociales (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

El Dr. Leonard Epstein de la Universidad de New York en Búfalo, ha venido llevando a cabo estudios en niños de 6 – 12 años de edad, con sesiones grupales múltiples de 60 minutos cada una, durante 8 – 26 semanas, manejando los grupos con personal adiestrado, utilizando la “técnica del semáforo” (rojo: alto; amarillo: precaución; y verde: adelante) en referencia a los valores calóricos de los alimentos, con programas de cambios de estilo de vida y ejercicio aeróbico. Los resultados obtenidos se atribuyen, en primer lugar, a la participación directa de al menos, uno de los padres en el procedimiento y en segundo lugar al incremento de la actividad física, que fue importante para mantener la reducción y la reducción del peso a largo plazo (Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1999).

Educación de las actitudes

Cualquier programa escolar que promueva el desarrollo de actitudes debe basarse, no sólo sobre los preceptos, sino también sobre el ejemplo. Aunque la imitación de modelos dignos de serlo es un medio importante para desarrollar actitudes deseables, el entrenamiento específico (Young y Flügel, 1977).

Siendo un proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables haciendo énfasis en aspectos psicológicos como motor, para alcanzar sus objetivos y metas propuestas, para hacer una vida placentera ante las contrariedades que se presentan con el diario vivir de una enfermedad (Vázquez, 2007).

5. MÉTODO

5.1. *Justificación*

Dada la revisión de la literatura anterior en donde se señala que la obesidad infantil es un problema global importante de salud pública, en México el 62.94% son niñas con obesidad y el 37.5% son niños, en su mayoría de 9 a 11 años, que sufren de problemas físicos y psicológicos tales como sentimientos de ansiedad social, baja autoestima e inmadurez conductual. También existen pocos estudios controlados de prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, así como de la importancia de prevenir e intervenir en niños con estos problemas, surge el interés de desarrollar una investigación que tenga como objetivo central la intervención en escuelas a través de programas para padres, como vía para el mejoramiento de la calidad de vida de sus miembros, por lo que en la presente investigación se pretende:

- Determinar el efecto del taller para padres acerca de la obesidad infantil en la actitud hacia la obesidad.
- Analizar si la actitud de los padres hacia la obesidad es un factor para el desarrollo de la obesidad infantil.

5.2. *Pregunta de investigación*

Se plantean como preguntas de investigación:

- ¿Qué efecto tiene un taller para padres a cerca de la obesidad infantil en la actitud de los padres hacia la obesidad?
- ¿Qué relación existe entre la actitud de los padres hacia la obesidad y el peso de su (s) hijo (s)?

5.3. Hipótesis

1. La actitud de los padres hacia la obesidad se modificará después del taller de obesidad.
2. La actitud de los padres hacia la obesidad está asociada con el Índice de Masa Corporal de su (s) hijo (s).

$$H_1: x \neq y$$

$$H_2: r_{xy} \neq 0$$

5.4. Variables

Variable dependiente:

- Actitud hacia la obesidad

Variables independientes:

- Taller para padres

Variables organísmicas:

- Índice de Masa Corporal

5.5. Definición conceptual de variables

Actitud hacia la obesidad: Disposición mental que ejerce una influencia determinante en las reacciones del individuo ante el exceso de tejido adiposo que ocasiona un aumento de peso corporal (Enciclopedia Salvat Diccionario, 1976).

Taller para padres: Es la modalidad que puede ayudar a lograr una serie de objetivos: avivar la inquietud educadora de los padres, mejorar la capacidad para observar a los hijos, ayudar a promover al cambio de actitudes y “normas educativas rígidas, lograr que la madre y el padre actúen de común acuerdo (Hernández, 2003). En el presente estudio, orientar las actitudes hacia la obesidad infantil.

Índice de Masa Corporal: Se define como el cociente: peso expresado en kilogramos / talla en metros al cuadrado (Frías, 2002).

5.6. Definición operacional de variables

Actitud hacia la obesidad: Se midió de acuerdo al puntaje en el punto de corte del Test de Actitud en Contra de la Obesidad (Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis, 1997).

Taller para padres: Taller donde se manejaron temas relacionados con la obesidad y actitudes hacia ella, como fueron:

- ¿Qué es la obesidad?
- Factores ambientales de la obesidad.
- Factores psicológicos de la obesidad.
- Consecuencias físicas de la obesidad.

- Consecuencias psicológicas de la obesidad.
- Gasto energético.
- Nutrición.
- Cambio en el estilo de vida.

Índice de Masa Corporal: Se definió a través del peso y talla de los niños siguiendo la ecuación del cociente de Índice de Masa Corporal

5.7. *Sujetos*

Participaron 16 padres de familia y 17 niños de los cuales fueron 6 niñas y 11 niños entre 5-11 años de edad que estudian en Colegios particulares del Noreste de la Ciudad de México.

5.8. *Muestreo*

Se utilizó una muestra no probabilística con sujetos-tipo, dado a que se pidió la colaboración de los padres de familia de escuelas del noreste de la Ciudad de México, así como a sus hijos.

5.9. *Tipo de estudio*

Fue de tipo descriptivo porque a través de un Test de Actitud hacia la Obesidad se midió el efecto del taller para padres acerca de la actitud a la obesidad. De igual manera, fue de tipo correlacional porque tuvo el propósito de medir la relación entre la actitud de los padres hacia la obesidad y el peso su (s) hijo (s).

5.10. Diseño

Diseño pre-experimental con pre-prueba y post-prueba con un solo grupo, para la comparación de la actitud de los padres hacia la obesidad antes y después del taller para padres.

G	O ₁	X	O ₂
---	----------------	---	----------------

5.11. Instrumento (s) y/o material (es)

Instrumentos:

Se eligió el instrumento psicométrico: Test de Actitud en Contra de la Obesidad (AFAT) (Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis, 1997) por ser el único instrumento que mide actitud hacia la obesidad de forma directa, además de ser un instrumento que se ha empleado para medir las actitudes hacia la obesidad en profesionales de la salud especializados en obesidad. El AFAT consta de 47 reactivos, que evalúa actitudes contra la obesidad de una manera que no se confunda con desadaptación social y no contamine con creencias percibidas por reflejo de riesgos en la salud o por evitar victimización social. Además se obtienen las actitudes dominantes acerca de otros sin introducir la autorelevancia a cerca de nuestro peso y apariencia.

Validación: El proceso de validación se hizo en tres fases:

1. La primera fase consistió en la traducción del instrumento: inglés-español, posteriormente llevar de nueva cuenta la traducción ahora de español-inglés, para tener la certeza de que el sentido de los reactivos no cambiara.

2. La segunda fase consistió en la validación por jueces, a través de seis jueces expertos en Psicología clínica, Trastornos de la conducta alimentaria y Obesidad. Donde las principales observaciones fueron en lo referente a la redacción, por lo que no fue necesario la exclusión de ningún reactivo.
3. La tercera fase, ya con los cuestionarios contestados por los padres de familia, se llevó a cabo el análisis estadístico con el cual se evaluó su confiabilidad a través del Alpha de Cronbach, para comprobar la consistencia interna del instrumento. Se contó con una muestra de 37 cuestionarios donde se obtuvieron los siguientes resultados:
 $\alpha = .8893$; $x = 92.761$; $DS = 19.0103$

Contenido: El Test de Actitud en Contra de la Obesidad examina tres facetas que constituyen a lo que se considera la actitud en general contra la obesidad: apodos, creencias y emociones, las cuales se miden a través de tres sub-escalas:

1. Disparidad social y de carácter: Esta escala consiste en 15 reactivos que considera características de personalidad indeseables socialmente y la ignorancia social de las personas que son gordas. Reactivos: 9, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 23, 26, 28, 29, 30, 31, 41, 44.
2. Sin atractivo romántico y físico: Esta escala contiene 10 reactivos que reflejan la percepción de que las personas gordas están repudiadas y rechazadas como pareja sentimental. Reactivos: 2, 5, 6, 15, 24, 32, 36, 38, 40, 42.
3. Control de peso y culpabilidad: Esta escala contiene nueve reactivos que hablan acerca de obtener las creencias de cualquier persona que es gorda es responsable de su peso. Puntajes altos en esta escala refleja creencias de que el peso de las persona gordas está bajo el propio control comportamental VS el control bio-genético. Reactivos: 1, 4, 19, 22, 25, 35, 39, 43, 45.

-
4. Reactivos adicionales: Esta escala contiene 13 reactivos los cuales no cuentan un peso estadístico para entrar en una sola escala, sino que puede corresponder a varias de ellas. Reactivos: 3, 7, 8, 10, 11, 18, 20, 27, 33, 34, 37, 46, 47 (Ver anexo A).

La respuesta se da por medio de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), indiferente (3), de acuerdo (4), totalmente de acuerdo (5).

Forma de calificación: Se obtiene la suma de las tres sub-escalas, considerando que los reactivos están redactados en negativo (afirmando la presencia de actitudes negativas hacia la obesidad). Los puntos serán asignados del 1 al 5 conforme se acerquen a la opción “totalmente de acuerdo”, excepto en los reactivos redactados en positivo los puntos son asignados en forma inversa (Ver anexo B).

Materiales

Para la medición del peso y talla de los niños y niñas se empleo una Báscula Torino modelo Persona Plus, con un alcance máximo de 160 Kg. y un peso mínimo de 2.5 Kg., con barra medidora de talla.

5.12. Procedimiento

Se solicitó la colaboración de diferentes Colegios para llevar acabo el estudio a través de un escrito emitido por la Facultad de Psicología, U.N.A.M. De igual manera se pidió la colaboración de los padres de familia para llevar a cabo el taller.

Fue un taller de cinco sesiones de dos horas cada una, impartido una vez a la semana (ver anexo C), donde se tocaron temas como:

- ¿Qué es la obesidad?
- Factores ambientales de la obesidad.
- Factores psicológicos de la obesidad.
- Consecuencias físicas de la obesidad.
- Consecuencias psicológicas de la obesidad.
- Gasto energético.
- Nutrición.
- Cambio en el estilo de vida.

Al inicio de la primera sesión se llevó a cabo la pre-evaluación y al final de la última sesión se realizó la post-evaluación por medio del Test de Actitudes en Contra de la Obesidad. De igual forma, en la última sesión se les entregó a los padres el consentimiento informado donde se les pidió su autorización para la continuación de la investigación, a través de la medición del peso y la talla de su (s) hijo (s) (ver anexo D).

La medición del peso y la talla de los niños y niñas se llevó a cabo tres días después de finalizado el taller, en las instalaciones de los distintos colegios, las mediciones se hicieron justo antes de que los niños y niñas ingirieran su refrigerio de medio día.

Este fue un proceso complicado desde la búsqueda del instrumento hasta en la colaboración de las instituciones educativas, si bien consideran a la obesidad como un problema de salud, es muy difícil que cuenten con espacio y tiempo para la impartición de talleres dirigidos a padres que hablen de dicha problemática. Por lo que este taller se impartió en tres diferentes colegios en tres diferentes tiempos: primer taller se realizó en octubre de 2006, el segundo en abril de 2007 y finalmente el tercero, en junio de 2007, para así cumplir con la cuota mínima de sujetos para realizar el análisis estadístico.

Así mismo, cabe señalar que en las tres instituciones existió muerte experimental, ya que muchos padres dejan de asistir por diferentes circunstancias.

5.13. Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos se empleó la prueba no paramétrica de Wilcoxon, así como la correlación de Pearson.

6. RESULTADOS

6.1. Resultados cuantitativos

En los datos demográficos obtenidos se encuentran que participaron 16 padres de familia de los cuales 2 de ellos cuentan con 2 hijos, el resto tiene hijos únicos; el promedio de edad de los padres de familia es de 39 años ($DE \pm 6.06$), el nivel de escolaridad se distribuyó de la siguiente forma:

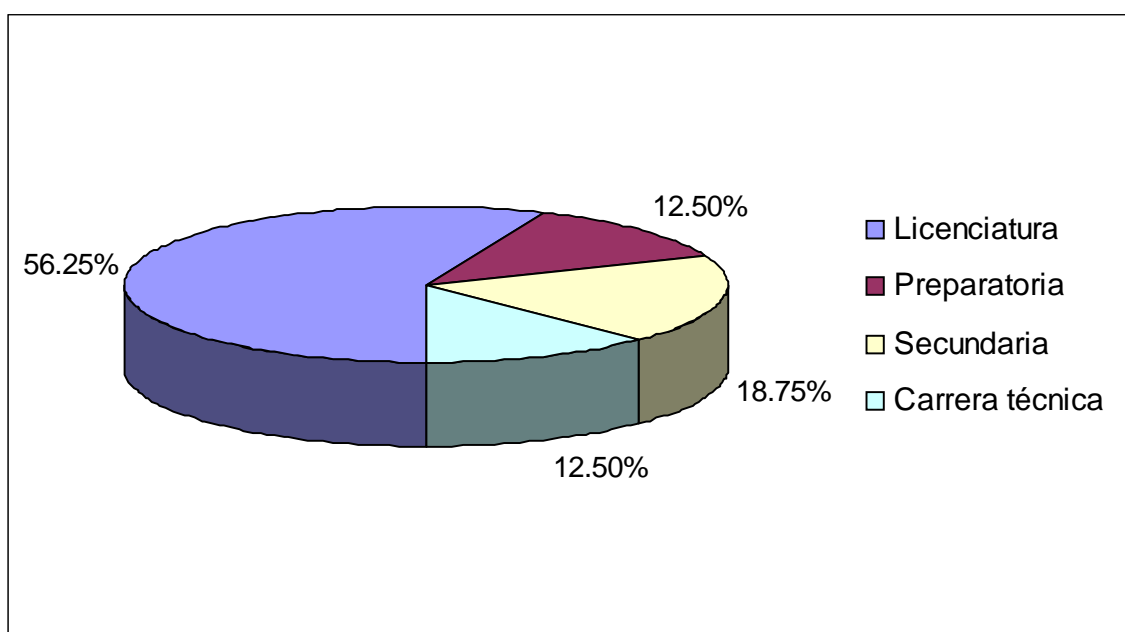


Figura 1: Porcentajes del nivel de escolaridad de los padres de familia que asistieron al taller

Los niños que participaron fueron 17 niños; 6 niñas y 11 niños entre 5-11 años de edad que estudian entre 3^o de preprimaria y 6^o de primaria. El promedio del IMC es de 19.18 (± 3.67) del total de los niños, 19.62 (± 3.66) el promedio del IMC de las niñas y 19.36 (± 3.82) para los niños. De acuerdo con la tabla de IMC propuesta por la Organización Mundial de la Salud, los niños se encuentran en la clasificación de peso normal; sin embargo, revisando cada uno de los IMC de los niños en los Valores de corte de IMC establecidos por la International Obesity

Task Force para chicos y chicas de 2 a 18 años, se encontró que cinco de los niños sufren de sobrepeso (tres niñas y dos niños) y tres obesidad (dos niños y una niña).

Los puntajes obtenidos del Test de Actitud en Contra de la Obesidad (Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis, 1997) contestado por los padres de familia antes y después del taller se muestran que la media del puntaje total de los cuestionarios antes es de 104 (± 20.61) y 99 (± 14.45) para los cuestionarios después del taller. Los resultados además fueron analizados por Estadística No Paramétrica mediante la Prueba de Wilcoxon de pares relacionados, por medio del Statistics Package for Social Sciences for Windows versión 10.0. (SPSS).

En los resultados no se observaron diferencias significativas entre la actitud hacia la obesidad antes y después de la aplicación del taller ($W = -.770$, $p = 0.441$) medida con la escala total del Test de Actitud en Contra de la Obesidad (Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis, 1997).

En el análisis entre las escalas que conforman el Test de Actitud en Contra de la Obesidad, no se encontraron diferencias significativas antes y después de la aplicación del taller, entre las Escalas Disparidad Social y de Carácter ($W = -.693$, $p = .488$), Sin atractivo romántico y físico ($W = -.039$, $p = .969$), Control de peso y culpabilidad ($W = - 1.294$, $p = .196$) y Reactivos adicionales ($W = -.740$, $p = .459$).

A pesar de que estadísticamente no existieron diferencias significativas en las puntuaciones totales del instrumento, así como en las escalas que lo conforman. Se manifiesta un decremento en las puntuaciones totales del Test contra la Obesidad entre la pre-evaluación y la post-evaluación, de igual forma entre las escalas.

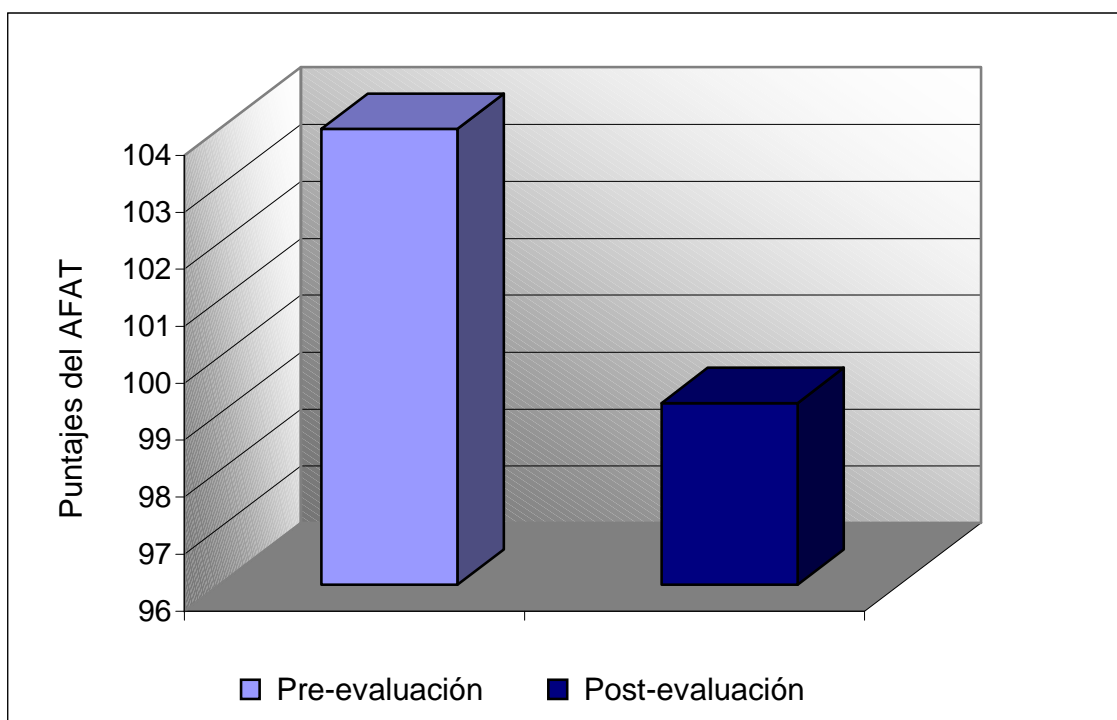


Figura 2: Comparación de medias de la pre-evaluación y post-evaluación de los puntajes totales del Test en Contra de la Obesidad

Esto es que, si bien la actitud en general hacia la obesidad no se cambió, sí en características específicas como son: En la Escala Disparidad Social y de Carácter la actitud de los padres hacia la obesidad después del taller se refleja más positiva reconociendo que la condición de obesidad no es una limitante intelectual, es decir, que son tan competentes para realizar cualquier trabajo como las personas de normo peso, de igual forma se mejora la creencia de que las personas obesas son personas limpias tanto en su aseo personal, como en los lugares donde trabaja o se sitúa. Sin embargo, en cuanto a las características de carácter consideran que las personas obesas no se les puede tomar en serio, sobretodo como se manifiesta en otras escalas, por la condición de que no pueden bajar o controlar su peso, aunque el aumento de peso no se deba a que sólo se preocupen por la comida (ver Figura 3).

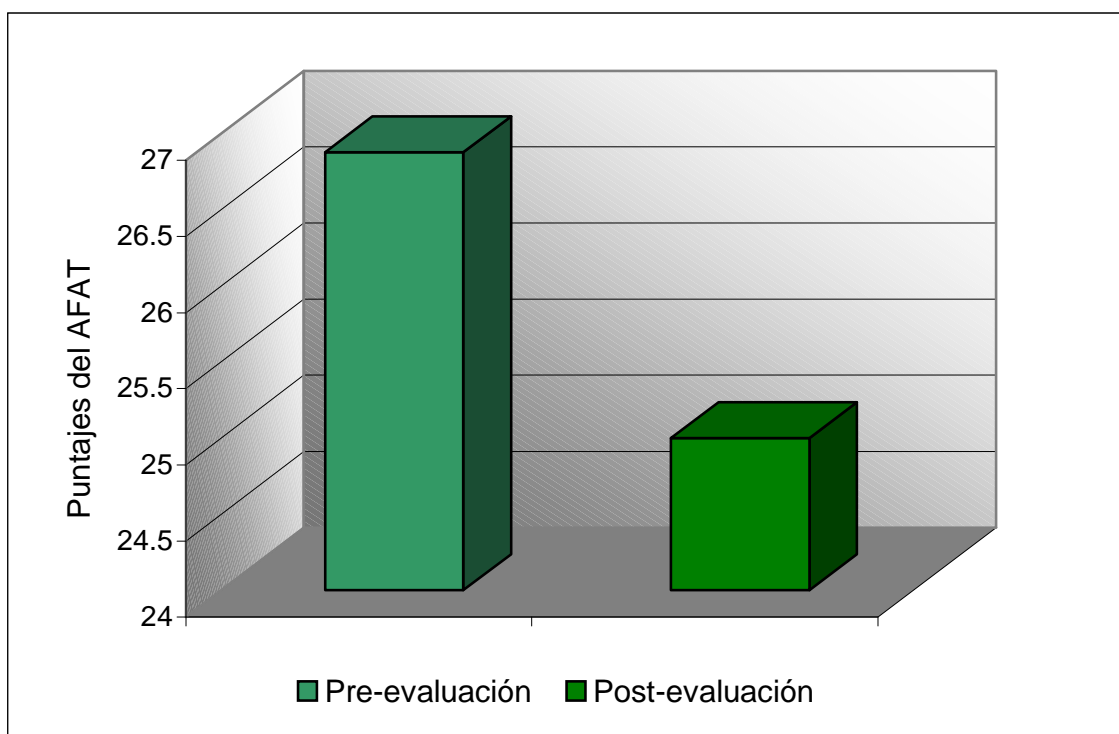


Figura 3: Comparación de las medias de la pre-evaluación y post-evaluación correspondientes a la Escala Disparidad Social y de Carácter.

Los cambios observados en la Escala Sin atractivo romántico y físico, principalmente se dan en la apariencia física y en las capacidades físicas, ya que se muestra una actitud más tolerante ante las dificultades físicas que llegan a presentar las personas obesas, esta misma tolerancia se presenta cuando los observan ingerir alimentos, así como para que otras personas entablen una relación amorosa con una persona obesa, aunque para ellos está idea no es concebible, dado que para ellos la apariencia física es lo más importante (ver Figura 4).

En esta Escala Control de peso y culpabilidad, se manifiesta que la actitud de los padres hacia la obesidad no se modificó en cuanto que exista una justificación para llegar a ser obeso; sin embargo, sí es muy arraigada la idea de que la obesidad es un problema de voluntad y de comportamiento, es decir, si ellos quieren perder peso, lo harían (Reactivos 22 y 25). La creencia de que la obesidad sea causada solamente por el consumo excesivo de alimentos no es la

única razón por la cual se aumenta de peso, si no que existen otros factores de comportamiento que ayudan a que se desencadene (ver Figura 5).

Otros cambios observados es que se modificó la idea de que los obesos son flojos (Reactivo 19: Mucha gente obesa es floja: - De acuerdo – pre-evaluación; – En desacuerdo – post-evaluación).

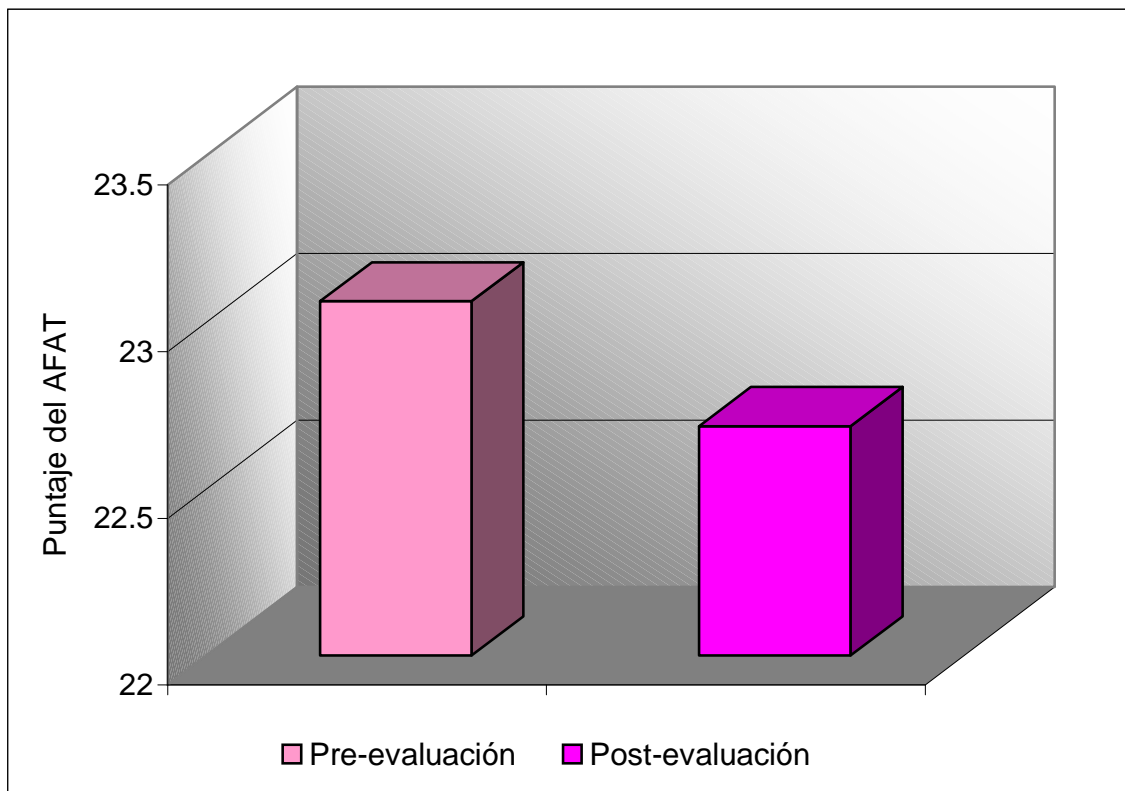


Figura 4: Comparación de las medias de la pre-evaluación y post-evaluación correspondientes a la Escala Sin atractivo romántico y físico.

La última escala que es Reactivos adicionales (Figura 6) es donde se manifiesta que por parte de los padres de familia existe tolerancia hacia la gente obesa con respecto al espacio que utilizan en lugares públicos y con respecto a su sola presencia. Sin embargo, no llega a existir tanta empatía con las personas obesas, ya que no les causa ningún malestar cuando las persona se expresan de forma desagradable de los obesos.

Finalmente, como se mencionó, la actitud en general no se modificó estadísticamente, sin embargo, sí se nota que la actitud es más positiva hacia la obesidad en factores tales como la tolerancia en la dificultades físicas que tienen para realizar algunas tareas, reconociendo que tienen las mismas capacidades intelectuales que cualquier persona con normo-peso y que el mito de que son personas flojas, sucias y poco comprometidas ha sido modificado atribuyéndoles características positivas y entendiendo que algunas particularidades son debidas a comorbilidades de la misma enfermedad como la *acantosis nigrica* (presencia de marcas oscuras en las corvas del cuerpo y cuello), que da la apariencia de suciedad.

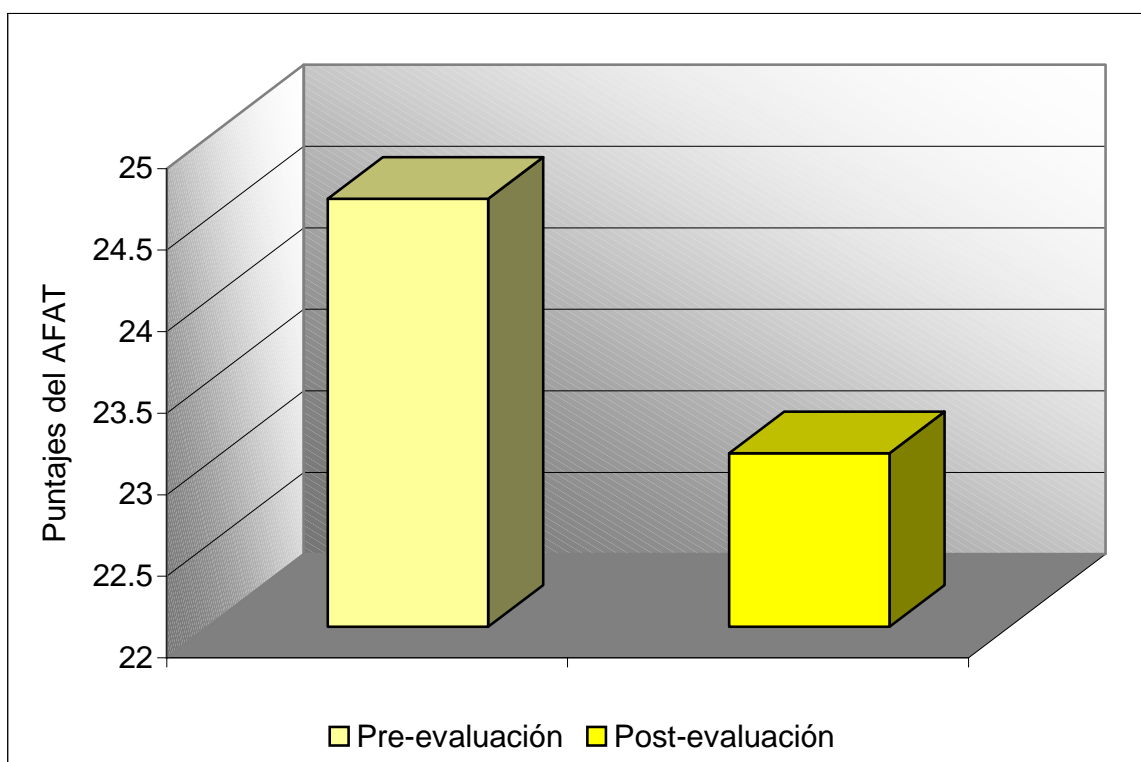


Figura 5: Comparación de las medias de la pre-evaluación y post-evaluación correspondientes a la Escala Control de peso y culpabilidad.

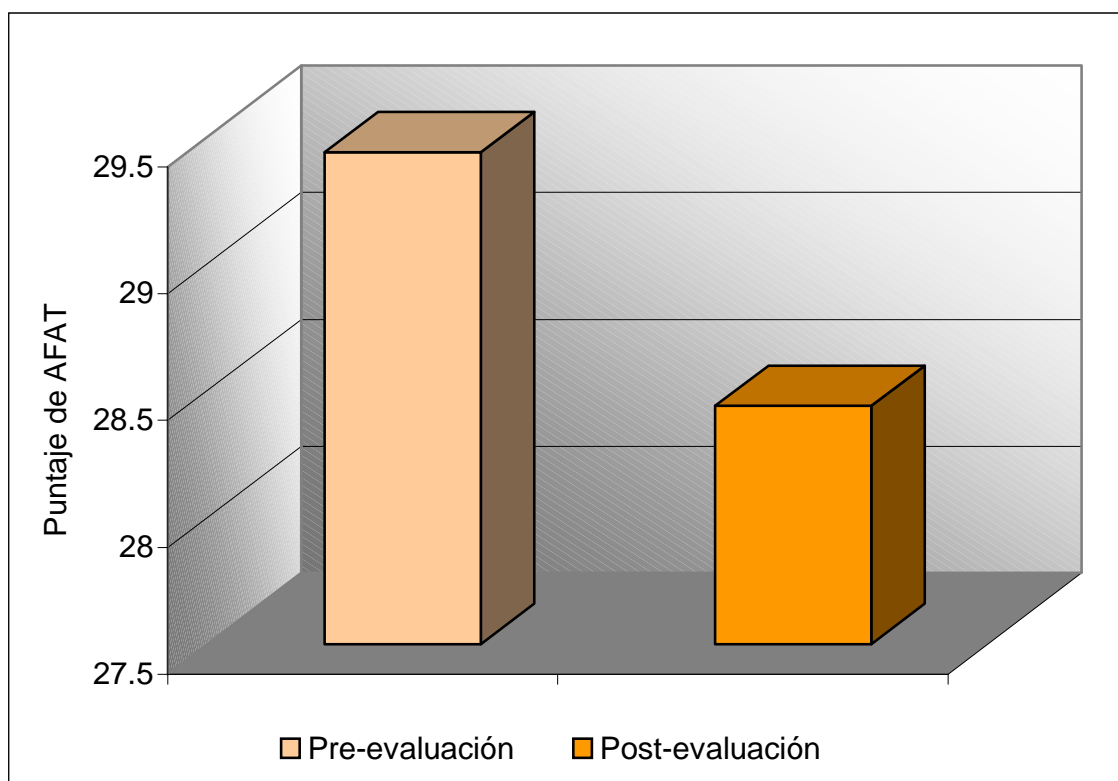


Figura 6: Comparación de las medias de la pre-evaluación y post-evaluación correspondientes a la Escala Reactivos Adicionales.

En cuanto al análisis del IMC de los niños y niñas en relación al puntaje total obtenido en el Test de Actitud en Contra de la Obesidad por parte de los padres, se empleó el Coeficiente de Correlación de Pearson, donde no se observó una correlación significativa entre las variables IMC de los niños y los resultados del Test de Actitud en Contra de la Obesidad medidos antes del taller ($r = -.042$, $p = .434$) y después ($r = -.129$, $p = .305$). Esto nos indica que el IMC de los niños y niñas no tiene relación con que los padres tengan una buena o mala actitud hacia la obesidad, por lo que no es determinante de un posible aumento de peso u obesidad de los niños.

Se compararon cada una de las Escalas que componen el Test de Actitud en Contra de la Obesidad con el IMC de los niños, encontrando que no existe una correlación significativa en las Escalas Disparidad social y de carácter antes ($r = -.088$, $p = .365$) ni después ($r = -.135$, $p = .296$); indicando que no existe una

relación entre las características de personalidad indeseables socialmente que los padres pueden identificar en las personas obesas con el aumento y/o disminución del IMC de sus hijo (s). En cuanto a la Escala Sin atractivo romántico y físico antes ($r = -.061$, $p = .405$) ni después ($r = .006$, $p = .490$), indica que no existe relación entre la percepción de repudio y rechazo de las personas obesas como pareja sentimental y el IMC de sus hijo (s); En la Escala Control de peso y culpabilidad antes y después ($r = .229$, $p = .180$), ($r = .226$, $p = .183$) respectivamente, no se encontró relación entre el IMC de los niños con las actitudes evaluadas en la escala como es la responsabilidad del peso, es de sorprender ya que como se analizará cualitativamente existen experiencias en actitudes tanto en los padres como en los hijos casa que están vinculadas con la responsabilidad del aumento de peso, sin embargo estadísticamente no existe evidencia de ello. Finalmente en la Escala de Reactivos adicionales antes ($r = -.029$, $p = .454$) ni después ($r = -.264$, $p = .145$), tampoco se muestra una relación entre el IMC de los niños.

Finalmente se tuvo la inquietud de realizar el análisis estadístico de los datos de aquellos cuestionarios de los padres que tienen hijos con sobrepeso ($n= 6$) y aquellos con hijos con obesidad ($n= 3$) de acuerdo a la International Obesity Task Force, para determinar si existe una diferencia producto de la aplicación del taller sobre su actitud hacia la obesidad. Este análisis incluyó los puntajes totales de la AFAT y un análisis por escala.

No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos entre la pre-evaluación y la post-evaluación en los puntajes totales de la AFAT en los padres de hijos obesos ($W = -.535$, $p = .593$). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre antes y después del taller en alguna de las escalas ($p>0.05$). Por otro lado, no se encontraron correlaciones significativas entre el IMC con los puntajes totales de los cuestionarios de la pre-evaluación ($r = -.912$, $p = .268$) y con los de la post-evaluación ($r = -.765$, $p = .446$) en los padres de niños obesos; tampoco se observaron correlaciones significativas entre el IMC y cada una de las escalas evaluadas antes y después del taller ($p>0.05$).

Por otro lado, con la submuestra de niños con sobrepeso los resultados mostraron ***diferencias estadísticamente significativas*** entre las respuestas de antes y después de la aplicación del taller en la actitud de los padres ($W = - 2.032$, $p = .042$), lo que indica que el taller ***modificó la actitud de los padres hacia la obesidad***. Al analizar por escala en esta submuestra se observaron diferencias estadísticamente significativas entre antes y después de la aplicación del taller sólo en dos de ellas: Disparidad Social ($W = - 2.070$, $p = .038$) y Reactivos Adicionales ($W = - 2.214$, $p = .027$). En las demás escalas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Asimismo, se realizó la correlación de los puntajes totales de los cuestionarios de la AFAT con el IMC de los niños con sobrepeso, no encontrándose relación estadísticamente significativa ni en la pre-evaluación ($r = -.309$, $p = .551$) ni en la post-evaluación ($r = -.473$, $p = .344$). También se realizó una correlación del IMC de los niños con sobrepeso con cada una de las escalas del instrumento de la pre-evaluación, y no se registró una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$). De igual forma, no se encontró relación estadísticamente significativa entre las escalas de la post-evaluación y el IMC de los niños con sobrepeso ($p > 0.05$).

6.2. Resultados cualitativos

Debido a que las características y enfoque del taller fue principalmente el dar a conocer la obesidad como un problema de salud desde la perspectiva biológica y psicológica, así como estrategias de alimentación saludable y de gasto energético.

En estos temas se hizo hincapié en resaltar las características positivas de las personas obesas, esto evaluados en algunos reactivos como el 10, 14, 19 y 41, además de cuestiones de carácter de las personas obesas (evaluado en la escala de disparidad social y de carácter).

Así mismo, se trabajó en enfocar la importancia que tienen los padres en la alimentación de los hijos, siendo los padres quienes les enseñan y muestran los hábitos de alimentación adecuados e inadecuados; siendo directamente ellos los responsables directos del aumento o disminución del peso de su(s) hijo(s) (evaluado en una forma indirecta en los reactivos de la escala Control de peso y culpabilidad).

A pesar de lo anterior no se encontraron datos estadísticamente significativos que sustenten la modificación de la actitud parental por lo que los resultados cualitativos son los comentarios realizados por los padres de familia dentro del taller, tales como:

- La importancia de la información para deshacerse de mitos acerca de la obesidad, como fue el de pensar que sólo es un problema de apariencia y que sólo es causa de un exceso en el comer; y que por el contrario se dieron cuenta de todo lo que envuelve la comida como un medio para contrarrestar ansiedad, depresión; además de una forma de manifestar alegría.
- Detectaron en sus hijos conductas de sobrealimentación sobre todo cuando están en situaciones de estrés, como lo son los exámenes; además, identificaron en ellos, especialmente las madres de familia, que tienden a comer de más y alimentos altamente calóricos cuando se encuentran solas en casa o están aburridas.
- También compartieron experiencias de lo difícil que es la alimentación saludable dentro de casa, debido a que los niños no les gusta comer verduras, frutas (alimentos saludables), pero también ellos mismos reflexionaron que eso es reflejo de que a ellos tampoco les gusta consumirlas y que en cierta medida las omiten de la comida, y que por ejemplo las verduras aparecen en algún platillo sólo cuando no se tiene el suficiente dinero para comprar carne o comida rápida.

- Los padres detectaron ciertas conductas y frases tales como: “Hasta que no te lo comas todo; no te paras de la mesa”, “Te voy a pegar, sino te acabas toda la comida” , que continuamente usaban para hacer que sus hijos se alimentaran o sobrealimentaran, ya que también dicen los padres que sus hijos le dicen: “Que ya no tienen hambre que están llenos”. Los padres de familia detectaron y tal como lo reportaron estaban modificando esta conducta, respetando los momentos de hambre y saciedad de sus hijos, como los propios.

Debido a que el tamaño de la muestra no permite un análisis estadístico a los datos relacionados con los niños que sufren de sobrepeso y/u obesidad, se realizó el análisis cualitativo de los cuestionarios de los padres de estos niños. Se encontró que son padres que asocian el perder peso con factores externos, como es el de dejar de comer en exceso comida chatarra y al aumento de alimentación saludable. Se infiere que los padres son permisivos en la sobrealimentación de alimentos chatarra, pero estrictos en la alimentación saludable, lo que provoca sobreingesta de alimentos en los niños.

La importancia de estos resultados es la evidencia verbal de los padres los cuales detectaron conductas propias y de sus hijos acerca de la alimentación y lo que envuelve a está, además de crear nuevas conductas en torno a la alimentación las cuales, si por lo menos no se manifestaron a corto plazo, se espera que los resultados se manifiesten a largo plazo, ante todo para el bienestar de la familia.

7. DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos y el análisis realizado a los mismos se concluye de acuerdo a las hipótesis planteadas:

- Que la actitud de los padres hacia la obesidad no se modificó después del taller de obesidad.
- Que la actitud de los padres hacia la obesidad no está asociada con el Índice de Masa Corporal de su (s) hijo (s).

Algunas de las razones por las que no se encontraron diferencias, se puede deber a que el *AntiFat Attitudes Test* (AFAT) no fue lo suficientemente sensible para evaluar la actitud de padres de familia hacia sus hijos; sin embargo, el AFAT es un instrumento lo suficientemente confiable y válido para evaluar actitudes en profesionales de la salud.

A pesar de que el instrumento no evalúa actitud de padres hacia sus hijos, se pueden hacer inferencia acerca del estilo de educar, ya que en aquellos niños que su IMC demuestra sobrepeso u obesidad, se muestra un estilo muy estricto hacia la comida, es decir, son aquellos padres que fuerzan a sus hijos a consumir todo el alimento que les ponen en el plato, si bien es por preocupación a que estén desnutridos, les provocan un problema mayor de salud, jugando así los padres un rol directo en la forma de alimentación de los niños a través de su conducta, actitudes y estilos de alimentación (Muller, Danielzik y Pust, 2005).

También puede ser debido al tamaño de la muestra, y que no se evaluó en otros intervalos de tiempo, es decir, que la post-evaluación se hiciera después de seis meses y al año de haberse impartido el taller, todo esto para evaluar los cambios cuantitativos, aunque la evaluación a largo plazo de una intervención en el conocimiento, actitudes, conductas o en el estatus del peso dentro de un programa es frecuentemente más difícil de evaluar. Un factor es que difícilmente

se mantienen a los participantes dentro del programa a pesar del tiempo. Cuando el porcentaje de los que siguen en el programa es bajo, los resultados pueden basarse desde los que respondieron, pero no es representativo de todos los participantes que iniciaron. También, los cambios en el comportamiento resultado de la intervención son frecuentemente pequeños, son difíciles de medir, por lo que tienen un alto nivel de variabilidad. Por todas estas razones puede ser difícil demostrar, los cambios cuantitativos a largo plazo de un programa de intervención (Trowbridge, 2004)

A pesar de que en la muestra total no se observaron diferencias significativas en la actitud de los padres hacia la obesidad de sus hijos, antes y después del taller, decidimos realizar un análisis en función de si los niños eran obesos o tenían sobrepeso. Los resultados mostraron una diferencia de actitud antes y después, producto del taller en los niños con sobrepeso, lo que sugiere que los padres consideran ahora que las personas obesas tienen características de personalidad deseables o favorables socialmente. Sin embargo, cabe destacar, como más adelante se describe en los resultados cualitativos, los padres detectaron que en su familia tienen hábitos que favorecen la presencia de sobrepeso u obesidad en sus hijos.

Esto se puede atribuir a las características psico-educativas del taller. Así se resalta la importancia de la psico-educación aplicada a enfermedades crónicas que ha demostrado ser eficaz para reducir la intensidad, la frecuencia y el impacto de nuevas crisis, mejorando significativamente la calidad de vida de la persona obesa o en riesgo de padecerla y de su familia. (Vázquez, 2007).

Ahora bien, la importancia de realizar talleres psico-educativos como forma de prevención de obesidad infantil en las escuelas es el de proveer educación con respecto a:

- Reducir el acceso a productos específicos de comida
- Reducir el tiempo de ver televisión y conductas sedentarias
- Aumentar el apoyo y participación de los padres (Gortmaker, Peterson, Wiecha, Sobol, Dixit, Fox, Laird, 1999 y Robinson, 1999).

También la intervención en la escuela a través de materias impartidas en el salón de clases, han sido efectivas para cambiar actitudes, pensamientos, conocimientos y algunas conductas (Foster, Wadden, Brownell, 1985 y Luepker, Perry, McKinlay, Nader, Parcel, Stone, Webber, Elder, Feldman, Johnson, 1996).

Aunque los resultados parecen desalentadores en programas, talleres y/o cursos que intenten modificar tanto actitudes hacia la obesidad o conductas dañinas para la salud, ya que no genera cambios en su conducta, es importante resaltar que es un medio de prevención de enfermedades crónico degenerativas como es el caso de la obesidad y focalizarlo a padres de los niños ya que muchas de las actitudes, creencias, comportamientos, hábitos que poseen los niños son aprendidas del ejemplo de los padres, por tal los padres son los mejores agentes de cambio que los niños.

Hay múltiples evidencias que muestran que tener sobrepeso en la infancia o algún padre obeso (por causas genéticas o ambientales) aumenta el riesgo de obesidad en la adultez. Los factores predictores serían:

- El estado nutricional en la infancia
- Los antecedentes familiares
- El rebote precoz del tejido adiposo alrededor de los cinco años (Edmunds, Waters, Elliott, 2001)

Por lo tanto, la obesidad en la adultez puede prevenirse y las intervenciones pueden ser efectivas (Edmunds, Waters, Elliott, 2001), por tal la literatura propone comenzar con la prevención desde la infancia, promoviendo un estilo de vida más

saludable. La evidencia muestra que la familia es el principal factor ambiental que influye sobre el peso, mientras que la escuela es una buena oportunidad para desplegar estrategias de prevención (Edmunds, Waters, Elliott, 2001) y en donde se tenga acceso a los niños y sus familias.

Los estudios argumentan que las escuelas son un canal potencialmente importante de intervención porque ellos ofrecen acceso a grandes poblaciones de estudiantes y dan la oportunidad de institucionalizar programas en la comunidad (Gortmaker y cols., 1999), donde se promuevan estilos de vida con actividad física, hábitos alimenticios saludables y conocimiento sobre la enfermedad, como en el caso del taller aplicado en esta investigación: ¿No hay un gordito infeliz?; ya que recientes investigaciones indican que los padres y niños tienen menos conocimientos a cerca de las implicaciones de la obesidad en la salud a largo plazo, más aún del impacto inmediato del sobrepeso sobre la resistencia atlética, apariencia y aceptación social (Trowbridge, 2004), siendo esta evidencia encontrada para población anglosajona donde la población tiene mayor acceso a la información en comparación a la población latina.

Es necesario redoblar esfuerzos para que la población mexicana tenga conocimiento del padecimiento y que no es una situación de moda, sino una enfermedad crónico-degenerativa que trae consigo muchas comorbilidades, no sólo en el adulto, sino también en niños y adolescentes. De este modo, podremos cambiar el concepto de la enfermedad por un problema de salud pública y enseñar los principios de balance de energía y las conductas necesarias para modificar el peso y sus consecuencias (Jeffrey y Uttler, 2003).

8. CONCLUSIONES

Dado a que ambas hipótesis se rechazaron, los resultados y la importancia de la investigación se sustenta en los resultados cualitativos, con lo cual se concluye que la prevención a través de talleres y/o programas psico-educativos es una forma de acercamiento a lo que es el padecimiento de la obesidad que trata de fomentar conductas saludables que en alguna medida reflejaran cambios en actitudes y creencias hacia la obesidad. Además, aunque los estudios identificados de prevención son heterogéneos y con múltiples resultados, la evidencia experimental es marginal sobre la efectividad en estrategias preventivas que reducen la prevalencia de sobrepeso en niños y adolescentes (Fowler-Brown y Kahwati, 2004) y aunque no sean contundentes los estudios, es importante tener una educación en salud, prevención y tratamiento de la obesidad.

Si bien la actitud hacia la obesidad no fue modificada por el taller como se deseaba, se puede rescatar el hecho que, los padres tiene una percepción más humana de los obesos, que si bien es una enfermedad crónico-degenerativa, no dejan de tener atributos positivos como personas y partes de una sociedad.

9. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones en esta investigación es el instrumento empleado, que no fue lo suficientemente sensible para evaluar el cambio de actitudes de padres de familia hacia la obesidad. Así como que el instrumento no está estandarizado para población mexicana, y no contar con puntos de cohorte.

Otra limitación fue el tamaño de la muestra ($n= 17$), a pesar de que el taller fue impartido en una comunidad escolar, la asistencia de los padres no fue afuente, mucho se debe a las actividades que deben de realizar tanto en casa como en el trabajo; además de que en la mayoría de las ocasiones no se asiste a este tipo de talleres, pláticas o programas, por que no es un padecimiento que se tenga en lo individual o dentro del núcleo familiar.

Además, la mayoría de los programas que se encuentran en la literatura son enfocados al tratamiento de niños y adolescentes obesos donde se involucra a la familia, no a la inversa donde se le eduque a la familia como medio primario de prevención de la obesidad.

Se sugiere que se realicen investigaciones donde se hagan post-evaluaciones en diferentes tiempos, es decir, seis, 10 y quizás 18 meses después de la impartición del taller, para saber que diferencias en la actitud y en la conducta existen.

Por otra parte, se sugiere la creación o búsqueda de un instrumento más sensible para evaluar actitud de los padres hacia la obesidad.

Llevar este tipo de información a través de talleres a diferentes comunidades de diversos niveles socioeconómicos y con otra instrucción académica, ya que la muestra de la investigación corresponde a un nivel socioeconómico medio-alto y con una instrucción académica de la mayoría de los padres de licenciatura.

Crear una conciencia de salud en la población mexicana, a través de la prevención, ya que la mayoría de las personas se acercan a las instituciones de salud sólo cuando tienen directamente el padecimiento o alguien cercano. Además de invitar a la comunidad en general a tomar talleres, pláticas, como una forma de informarse y prevenir, y hacer hincapié en que este tipo de información es para todos no sólo para los que padecen obesidad.

10. REFERENCIAS

- Abraham, S. y Llewellyn-Jones, D. (1994). Anorexia y Bulimia: Desordenes alimentarios. España: Alianza editorial.
- Bray, G.A. (1990). Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. Journal of Obesity. 14 (11): 909 – 926.
- Brownell, K.D. y Wadden, T.A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 60(4): 505 – 517.
- Coen Arrigo. (1992). Deplorable imagen de la gordura. Cuadernos de Nutrición. 15(1): 6 – 7.
- Dávalos Luna, J. (2006). Obesidad mórbida: Definición, etiología y perfil psicológico a través del MMPI-2. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Edmunds, L.D. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. Family Practice. 22(3): 287 – 292.
- Edmunds, L., Waters, E. y Elliott, E. (2001). Manejo de la obesidad infantil basado en evidencia. British Medical Journal. 323: 916 – 919.
- Enciclopedia Salvat Diccionario. (1976). España: Salvat Editores. Tomo 1.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An Introduction to theory and research. U.S.A: Addison-Wesley Publishing Company.
- Foster, G.D., Wadden, T.A y Brownell, K. D. (1985). Peer-led program for the treatment and prevention of obesity in the school. Journal Consulting Clinic Psychology. 53 (4): 538 – 540.
- Fowler-Brown, A. y Kahwati, L. (2004). Prevention and treatment of overweightin children and adolescents. American Family Psysician. Junio; 69 (11): 2591 – 2598.
- Frías Osuna, A. (2002). Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson

- Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (1999). *Obesidad en México*. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán. México.
- Golan, M. (2001). Influencia del ambiente familiar en desarrollo y tratamiento de la obesidad en el niño. Anales Nestlé. 59(2): 62 – 72.
- Gómez-Pickering, D. (2006, 6 de agosto). México, un país Redondo. El Universal. p. IV.
- Gortmaker, S. L., Peterson, K., Wiecha, J., Sobol, A., Dixit, S., Fox, M. K. y Laird, N. (1999). Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 153: 409-418.
- Hernández, B., Cuevas-Nasu, L., Shamah-Levy, t., Monterrubio, E., Ramírez-Silva, C., García-Feregrino, R., Rivera, J. y Sepúlveda-Amor, J. (2003). Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Salud Pública de México. 45 (suppl. 4): S551 – S557.
- Hernández Lara , A. (2003). Un estudio descriptivo sobre la práctica educativa con padres de familia, a través de la modalidad escuela para padres en 11 instituciones ubicada en el Distrito Federal. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. (3ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Jeffrey, R.W. y Uttler, J. (2003). The Changing environment and population obesity in the United States. Obesity Reserch. 11 (suppl): 12s – 22s.
- Lewis, R.J., Cash, T.F., Jacobi, L. y Bubb-Lewis, C. (1997). Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test. Obesity Reserch. 5 (4): 297 – 307.
- Luepker, R.V., Perry, C.L., McKinlay, S.M., Nader, P.R., Parcel, G.S., Stone, E.J., Webber, L.S., Elder, J.P., Feldman, H.A. y Johnson, C. C. (1996). Outcomes of a field trial to improve children's dietary patterns and physical activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. CATCH collaborative group. Journal American Medic Association. 275: 768-776.

- Martinos, J.F. (1985). La escuela de padres: Educación familiar. Madrid: Narcea.
- Muller, M.J., Danielzik, S. y Pust, S. (2005). School and family based interventions to prevent overweight in children. Proceedings of the Nutrition Society. 64 (2):249 – 254.
- Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., Shamah, T., Aguilar, C., Cravioto, P., López, M.P., Hernández, M., Tapia, R. y Sepúlveda J. (2000). Encuesta Nacional de Salud: La salud de los adultos. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Tomo II.
- Ortigosa Quiles, J.M., Quiles Sebastián, M.J. y Méndez Carrillo, F.J. (2003). Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia. Madrid: Pirámide.
- Philip, W. y James T., (2001). Tendencia a nivel mundial en la obesidad infantil: Consecuencias a largo plazo. Anales Nestlé. 59(2): 51 – 61.
- Ramos Carriacarte, A. (1995). Obesidad: Conceptos actuales. México: Página Electrónica S.A de C.V.
- Ríos Ramírez, E. (2002). La obesidad en los niños de 10-15 años: Relación entre baja autoestima, ansiedad y depresión. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Robinson, T.N. (1999). Reducing children's television Beijing to prevent obesity: A randomized controlled trial. Journal of American the Medicine Association. 282: 1561 – 1567.
- Schwartz, M., O'Neal, H., Brownell, K., Blair, S. y Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. Obesity Research. 11: 1033 – 1039.
- Speiser, P.W., Rudolf, M.C.J., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., HersHKovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R., Percovitz, O.H., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., Werther, G., Zadik, Z., Zuckerman-Levin, N. y Hochberg, Z. (2005). Consensus development:

-
- Childhood obesity. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 90(3): 1871 – 1887.
- Spruijt-Metz, D., Lindquist, C., Birch, L., Fisher, J. y Goran, M. (2002). Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. American Journal of Clinical Nutrition. 75:581–6.
- Torres, L. (2004). Obesidad infantil. 2º Congreso Internacional de Nutriología y Obesidad. Monterrey, N.L., México. (7).
- Trowbridge, F. (2004). Nutritional Factors in childhood obesity and related interventions. Preventing overweight children in Georgia. Febrero. 6 – 15.
- Ukkola, O. y Bouchard, C., (2001). Factores genéticos y obesidad en la infancia. Anales Nestlé. 59(2): 62 – 72.
- Vázquez Velázquez, V. (2007). Análisis de estrategias exitosas en obesidad: Programas psicoeducativos. IV Curso de Obesidad: Modelos Multidisciplinarios para el tratamiento de la obesidad. Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas "Salvador Zubirán". México. Junio.
- Villegas Gómez, M. C. (2003). Tratamiento para la obesidad: ventajas y desventajas. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Voss, A. y Klauer, K. (2007). Cognitive processes in the Extrinsic Affective Simon Task. Experimental Psychology. 54(1):71–82
- Young, K. y Flügel, J.C. (1977). Psicología de las actitudes. Buenos Aires: Paidós.
- Zarco Roman, (2005). Prevalencia de obesidad infantil en México. Gaceta del Instituto Nacional de Pediatría. Mayo.

ANEXOS

A. AFAT

Nombre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

INSTRUCCIONES: Para cada pregunta decida si es cierta para usted, de acuerdo a las opciones, colocando una "X" en el cuadro que corresponda a su respuesta. No hay respuestas correctas, ni incorrectas y no hay límite de tiempo para contestarlo. Es importante contestar todas las preguntas con mucha sinceridad. Sus respuestas son confidenciales. Gracias por su cooperación.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. No hay excusa para ser gordo.					
2. Si yo fuera soltero (a), podría tener una cita con una persona obesa.					
3. Las burlas hacia la gente obesa son chistosas.					
4. Mucha gente obesa compra demasiada comida chatarra.					
5. La gente obesa no es atractiva físicamente.					
6. La gente obesa no debería vestir ropa que llame la atención del público.					
7. Si alguien de mi familia fuera obeso, me avergonzaría de él / ella.					
8. No soporto ver a la gente obesa.					
9. Si no se contrata a la gente obesa, es por su propia culpa.					
10. La gente obesa es asquerosa.					
11. Si tuviera la oportunidad de sentarme al lado de una persona obesa, no lo haría.					
12. Los obesos no se preocupan de nada, sólo de comer.					
13. Le perdería el respeto a un amigo que empezara a estar gordo.					
14. La mayoría de la gente obesa es aburrida.					
15. No puedo creer que alguien de peso promedio se pueda casar con una persona obesa.					
16. La sociedad es demasiado tolerante con la gente obesa.					
17. Cuando la gente obesa hace ejercicio, se ve ridícula.					
18. Cuando la gente obesa ocupa más espacio de lo que debería en un teatro, autobús o avión.					
19. Mucha gente obesa es floja.					
20. Mucha gente obesa no se preocupa por lo demás, sólo por ellos mismos.					
21. La gente obesa es tan competente en su trabajo como cualquiera.					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
22. Si la gente obesa realmente quisiera perder peso, podría.					
23. Ser gordo es pecado o pecaminoso.					
24. Es asqueroso ver comer a la gente obesa.					
25. La gente obesa no tiene voluntad.					
26. Prefiero no relacionarme con la gente obesa.					
27. La gente obesa no se preocupa por su apariencia.					
28. Mucha de la gente obesa es voluble y difícil de tratar.					
29. Si le pasan cosas malas a la gente obesa, se lo merecen.					
30. Mucha gente obesa no tiene sus lugares limpios y acomodados.					
31. La sociedad debería respetar los derechos de la gente gorda.					
32. Es difícil contemplar a la gente obesa porque son poco atractivos.					
33. Si yo tuviera un negocio propio, no contrataría a gente obesa por la manera cómo se ve.					
34. Me cuidaría de ser visto en público con una persona obesa.					
35. La idea de que la genética cause obesidad es solamente una excusa.					
36. No me gustaría continuar en una relación romántica si mi pareja llegara a ser obesa.					
37. Es una buena idea la existencia de organizaciones para legislar los derechos de la gente obesa en nuestra sociedad.					
38. No entiendo como alguien pueda ver atractivo a una persona obesa.					
39. Si la gente obesa supiera lo mal que se ve, se preocuparía por perder peso.					
40. Las personas que son gordas tienen tanta capacidad como cualquiera.					
41. La gente obesa es sucia.					
42. La gente gorda puede ser capaz de aceptar a los demás como son.					
43. La mayoría de la gente obesa, hará casi cualquier cosa por estar obesa.					
44. Es difícil tomar a la gente obesa en serio.					
45. La gente obesa no necesariamente come más que otra persona.					
46. Obviamente la gente obesa tiene un problema de carácter de otra manera no podría ser gordos.					
47. Me enoja escuchar que alguien diga cosas insultantes sobre la gente obesa.					

B. PLANTILLA DE CALIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

INSTRUCCIONES: Para cada pregunta decida si es cierta para usted, de acuerdo a las opciones, colocando una "X" en el cuadro que corresponda a su respuesta. No hay respuestas correctas, ni incorrectas y no hay límite de tiempo para contestarlo. Es importante contestar todas las preguntas con mucha sinceridad. Sus respuestas son confidenciales. Gracias por su cooperación.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. No hay excusa para ser gordo. (CPC)	1	2	3	4	5
2. Si yo fuera soltero (a), podría tener una cita con una persona obesa. (SA)	5	4	3	2	1
3. Las burlas hacia la gente obesa son chistosas. (RA)	1	2	3	4	5
4. Mucha gente obesa compra demasiada comida chatarra. (CPC)	1	2	3	4	5
5. La gente obesa no es atractiva físicamente. (SA)	1	2	3	4	5
6. La gente obesa no debería vestir ropa que llame la atención del público. (SA)	1	2	3	4	5
7. Si alguien de mi familia fuera obeso, me avergonzaría de él / ella. (RA)	1	2	3	4	5
8. No soporto ver a la gente obesa. (RA)	1	2	3	4	5
9. Si no se contrata a la gente obesa, es por su propia culpa. (DS)	1	2	3	4	5
10. La gente obesa es asquerosa. (RA)	1	2	3	4	5
11. Si tuviera la oportunidad de sentarme al lado de una persona obesa, no lo haría. (RA)	1	2	3	4	5
12. Los obesos no se preocupan de nada, sólo de comer. (DS)	1	2	3	4	5
13. Le perdería el respeto a un amigo que empezara a estar gordo. (DS)	1	2	3	4	5
14. La mayoría de la gente obesa es aburrida (DS)	1	2	3	4	5
15. No puedo creer que alguien de peso promedio se pueda casar con una persona obesa. (SA)	1	2	3	4	5
16. La sociedad es demasiado tolerante con la gente obesa. (DS)	1	2	3	4	5
17. Cuando la gente obesa hace ejercicio, se ve ridícula. (DS)	1	2	3	4	5
18. Cuando la gente obesa ocupa más espacio de lo que debería en un teatro, autobús o avión. (RA)	1	2	3	4	5
19. Mucha gente obesa es floja. (CPC)	1	2	3	4	5
20. Mucha gente obesa no se preocupa por lo demás, sólo por ellos mismos. (RA)	1	2	3	4	5
21. La gente obesa es tan competente en su trabajo como cualquiera. (DS)	5	4	3	2	1

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
22. Si la gente obesa realmente quisiera perder peso, podría. (CPC)	1	2	3	4	5
23. Ser gordo es pecado o pecaminoso. (DS)	1	2	3	4	5
24. Es asqueroso ver comer a la gente obesa. (SA)	1	2	3	4	5
25. La gente obesa no tiene voluntad. (CPC)	1	2	3	4	5
26. Prefiero no relacionarme con la gente obesa. (DS)	1	2	3	4	5
27. La gente obesa no se preocupa por su apariencia. (RA)	1	2	3	4	5
28. Mucha de la gente obesa es voluble y difícil de tratar. (DS)	1	2	3	4	5
29. Si le pasan cosas malas a la gente obesa, se lo merecen. (DS)	1	2	3	4	5
30. Mucha gente obesa no tiene sus lugares limpios y acomodados. (DS)	1	2	3	4	5
31. La sociedad debería respetar los derechos de la gente gorda. (DS)	5	4	3	2	1
32. Es difícil contemplar a la gente obesa porque son poco atractivos. (SA)	1	2	3	4	5
33. Si yo tuviera un negocio propio, no contrataría a gente obesa por la manera cómo se ve. (RA)	1	2	3	4	5
34. Me cuidaría de ser visto en público con una persona obesa. (RA)	1	2	3	4	5
35. La idea de que la genética cause obesidad es solamente una excusa. (CPC)	1	2	3	4	5
36. No me gustaría continuar en una relación romántica si mi pareja llegara a ser obesa. SA	1	2	3	4	5
37. Es una buena idea la existencia de organizaciones para legislar los derechos de la gente obesa en nuestra sociedad. (RA)	1	2	3	4	5
38. No entiendo como alguien pueda ver atractivo a una persona obesa. (SA)	1	2	3	4	5
39. Si la gente obesa supiera lo mal que se ve, se preocuparía por perder peso. (CPC)	1	2	3	4	5
40. Las personas que son gordas tienen tanta capacidad como cualquiera. (SA)	5	4	3	2	1
41. La gente obesa es sucia. (DS)	1	2	3	4	5
42. La gente gorda puede ser capaz de aceptar a los demás como son. (SA)	5	4	3	2	1
43. La mayoría de la gente obesa, hará casi cualquier cosa por estar obesa. (CPC)	1	2	3	4	5
44. Es difícil tomar a la gente obesa en serio. (DS)	1	2	3	4	5
45. La gente obesa no necesariamente come más que otra persona. (CPC)	5	4	3	2	1
46. Obviamente la gente obesa tiene un problema de carácter de otra manera no podría ser gordos. (RA)	1	2	3	4	5
47. Me enoja escuchar que alguien diga cosas insultantes sobre la gente obesa. (RA)	1	2	3	4	5

C. TALLER PARA PADRES: ¿NO HAY UN GORDITO INFELIZ?
SESIÓN 1: ¿QUÉ ES LA OBESIDAD?*Objetivo:*

- *Promover la integración del grupo para obtener la apertura, el respeto y la confianza.*
- *Definir que es la obesidad en niños y adultos.*
- *Conocer la importancia de saber acerca de la obesidad*

ACTIVIDAD / TEMA	TIEMPO APROXIMADO
Bienvenida	5 minutos
Dinámica de presentación: "La telaraña"	20 minutos
Objetivo y contenido del taller	10 minutos
Expectativas del taller	5 minutos
Pre-evaluación	5 minutos
Presentación: "Obesidad"	15 minutos
Dinámica: "Puro cuento"	20 minutos
Cierre	10 minutos
	90 minutos

Bienvenida

Presentar a la (s) terapeuta (s), para dar la bienvenida al taller a todos los padres de familia asistentes.

Dinámica de presentación: La telaraña

Objetivos:

- Permitir que los miembros del grupo se conozcan.
- Permitir la integración de los miembros al grupo.
- Crear un clima de confianza y de relajación.

Material:

- Una bola de cordel o una madeja de estambre.

Procedimiento:

- El terapeuta da la indicación de que todos los participantes se coloquen de pie, formando un círculo.
- El terapeuta le entrega a uno de ellos la madeja de estambre; este tiene que decir:
 1. Nombre
 2. Edad
 3. Ocupación
 4. Estado civil
 5. Número de hijos
 6. Edades de sus hijos
- El que tiene la madeja de estambre toma la punta del mismo y lanza la bola al otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera. Luego, tomando el hilo, lanza la bola a otra persona del círculo.
- La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de tela de araña.
- Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la bola debe regresársela aquel que se la envió, repitiendo los datos de esa persona; este último hace lo mismo, de manera que la bola va recorriendo la misma

trayectoria, pero en sentido inverso, hasta regresar al compañero que inicialmente la lanzo.

- El terapeuta debe advertir a los participantes la importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe a quién va a lanzarse la bola y posteriormente deberá repetir los datos del lanzador. Debe preocuparse porque las instrucciones sean bien comprendidas por los participantes.

Objetivo y contenido del taller

Indicar a los padres de familia participantes cuál es el objetivo del taller:

- Conocer ampliamente las características de la obesidad.
- Aprender estrategias para prevenir y tratar la obesidad desde el interior de la familia.
- Conocer la actitud de los padres hacia la obesidad.

Para cumplir estos objetivos se revisarán los siguientes temas a lo largo de 5 sesiones:

- Obesidad
- Factores ambientales de la obesidad
- Factores psicológicos de la obesidad
- Consecuencias físicas de la obesidad
- Consecuencias psicológicas de la obesidad
- Gasto energético
- Nutrición
- Cambio del estilo de vida

Se les invita a los padres de familia a que participen de forma activa en las dinámicas y ejercicios que se proponen a lo largo del taller, pidiendo sus comentarios y/o reflexiones hacia éstos.

Expectativas del taller

Después de dar a conocer los objetivos y componentes del taller, se enfatiza la importancia de conocer lo que se espera del taller y cuál será su aporte en éste a través de las siguientes frases:

- Yo espero de este taller...
- Me gustaría que en este taller...
- Yo apporto a este taller...

Se les repartirá a los padres de familia 3 tarjetas a cada uno con la finalidad de que completen las frases con sus expectativas hacia éste. Una vez completadas las frases, se les pide que las peguen en el pizarrón de acuerdo a la frase que les corresponda, de modo que puedan ser leídas por el grupo.

Posterior a la lectura de cada una de las frases, se realiza el contraste entre las expectativas de los padres de familia y lo que el taller ofrece, para dar la oportunidad de aclarar dudas y lo que se abarca en el taller. Además se plantea que el cumplimiento de las expectativas dependerá de gran medida del nivel de compromiso que exista de su parte de forma individual y grupal.

Pre-evaluación

La importancia de la pre-evaluación es el conocer la actitud hacia la obesidad de los padres, previa al inicio del taller, para obtener esta información se empleará el Antifat Attitudes Test (Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis, 1997) (ver anexo A)

Se les indica que se les darán unas hojas que contienen una serie de reactivos, los cuales deben de contestarse lo más honestamente posible y de acuerdo a lo que ellos creen y viven cotidianamente.

Se leen las instrucciones y se aclaran dudas para posteriormente contestar cada uno de los reactivos, para finalmente entregarlo, cerciorándose que todo esté contestado.

Presentación: "Obesidad"

Se dará a conocer qué es la obesidad a través de lluvia de ideas y técnica expositiva.

Dinámica: "Puro cuento"

Objetivo:

- Evaluar el dominio que los participantes tienen de un tema.
- Permite precisar conclusiones y afirmaciones de forma colectiva.

Material:

- Papel y lápiz.

Procedimiento:

- El terapeuta prepara un "Cuento" o una charla, el cual contiene fallas en cuanto a la utilización de conceptos o interpretaciones del tema.
- Se le entrega a cada participante una copia del texto
- Luego el terapeuta lo lee lentamente y en voz alta (ver anexo B)
- Todos los participantes están sentados. Cuando encuentran algo que es falso, lo subrayan.
- Luego se discute lo que se ha subrayado. Cada uno debe fundamentar por qué cree que es incorrecto y todos opinan al respecto.
- Al final se obtiene una conclusión general y/o una nueva redacción.

Cierre

Propiciar la reflexión sobre lo expuesto y lo aprendido durante la dinámica, se invita a que expresen su punto de vista .

Se concluye la sesión.

SESIÓN 2: FACTORES AMBIENTALES Y PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

Objetivo:

- *Identificar los factores ambientales que promueven la obesidad.*
- *Identificar los factores psicológicos que favorecen a la obesidad.*
- *Conocer los mitos y realidades que envuelven a la obesidad.*
- *Identificar las cualidades con las que los padres de familia relacionan a los obesos.*

ACTIVIDAD / TEMA	TIEMPO APROXIMADO
Comentarios de la 1ª sesión	5 minutos
Presentación: "Factores ambientales de la obesidad"	15 minutos
Dinámica: "Mitos y realidades"	20 minutos
Presentación: "Factores psicológicos de la obesidad"	15 minutos
Dinámica: "Cualidades del carácter"	20 minutos
Retroalimentación	15 minutos
Cierre	5 minutos
	95 minutos

Comentarios de la primera sesión

Verificar la adecuada comprensión de lo expuesto en la sesión anterior, de lo contrario resolver posibles dudas surgidas. Además de compartir las reflexiones hechas durante la semana.

Presentación: “Factores ambientales de la obesidad”

Se dará a conocer los factores ambientales que envuelven a la obesidad a través de preguntas exploratorias y técnica expositiva.

Dinámica: Mitos y realidades de la obesidad

Objetivo:

- Conocer los mitos y realidades que tienen los padres de familia acerca del tema.
- Compartir en grupo ideas, creencias y actitudes.

Materiales:

- Pizarrón

Procedimiento:

- A través de enunciados que describan mitos y realidades que existen alrededor de la obesidad.
 - Se leerán los enunciados en voz alta y se pedirá a los padres de familia que determinen si es mito o realidad por cada uno de los enunciados, para de esta forma compartir los puntos de vista de cada padre de familia, y conocer la realidad de las personas obesas.
1. La gente obesa no necesariamente come más que otra persona.
 2. La gente obesa compra demasiada comida chatarra.
 3. Los obesos no se preocupan por nada, solo por comer.
 4. Un adulto o niño entre más gordito, más sano.
 5. El ambiente en donde conviven las personas puede ser una causa de la obesidad
- Finalmente el grupo llegará a un conclusión

Presentación: “Factores psicológicos de la obesidad”

Se dará a conocer los factores psicológicos que envuelven a la obesidad a través de técnica expositiva y lluvia de ideas.

Dinámica: Cualidades del carácter

Objetivos:

- Hacer consciente al grupo de las cualidades de las personas obesas.
- Reflexionar sobre las ventajas y desventajas que otorgamos a cada cualidad asociada a la obesidad.

Material:

- Lista de cualidades.
- Cartulina
- Plumones

Procedimiento:

- El terapeuta apuntará una serie de cualidades, cada individuo elige tres de ellas, con las cuales más identifique a los obesos.
- Posteriormente el terapeuta realizará en alta voz la siguiente pregunta: “¿En qué medida esas cualidades crees que son ventajosas o desfavorables?.
- Después de esto, cada individuo comentará por qué ha elegido esas cualidades.

Lista de cualidades:

1. Curiosidad.
2. Ambición.
3. Respeto.
4. Valentía.
5. Preocupación

6. Disponibilidad hacia los demás.
7. Independencia.
8. Dependencia
9. Tenacidad (constancia).
10. Vivacidad.
11. Responsabilidad.
12. Autocontrol.
13. Deseo de liderar.
14. Sinceridad.
15. Suciedad
16. Flojera
17. Despreocupación
18. Descuido

Retroalimentación

Comentar cada una de las dinámicas, expresando lo que sientes y piensas al respecto de lo revisado en la sesión. Además de compartir experiencias a cerca del tema

Cierre

Se les invita a que reflexionen los temas y que lo aprendido lo apliquen en su hogares y vida cotidiana para comenten su experiencia en la siguiente sesión.

Se concluye la sesión.

SESIÓN 3: CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD

Objetivo:

- *Identificar las consecuencias físicas que subyacen a la obesidad.*
- *Identificar las consecuencias psicológicas que subyacen a la obesidad.*
- *Importancia de contrarrestar las consecuencias que tiene la obesidad.*

ACTIVIDAD / TEMA	TIEMPO APROXIMADO
Comentarios de la 2ª sesión	5 minutos
Presentación: "Consecuencias físicas de la obesidad"	15 minutos
Dinámica: Miremos más allá	20 minutos
Presentación: "Consecuencias psicológicas de la obesidad"	15 minutos
Dinámica: Cadena de asociaciones	20 minutos
Retroalimentación	15 minutos
Cierre	5 minutos
	95 minutos

Comentarios de la segunda sesión

Verificar la adecuada comprensión de lo expuesto en la sesión anterior, de lo contrario resolver posibles dudas surgidas. Además de compartir las reflexiones que se hechas durante la semana.

Presentación: "Consecuencias físicas de la obesidad"

Se dará a conocer las consecuencias físicas que envuelven a la obesidad a través de técnica expositiva y lluvia de ideas

Dinámica: Miremos más allá

Objetivo:

- Concientizar a los padres de familia a cerca de las consecuencias físicas de la obesidad.
- Crear estrategias para contrarrestar las consecuencias físicas que provoca la obesidad.

Materiales:

- Hoja y lápiz para cada participante.
- Cartulina
- Pizarrón.

Procedimiento:

- Cada padre de familia responderá por escrito una pregunta sobre el tema.
¿Cómo podemos compensar las consecuencias físicas que conlleva la obesidad?.
- Se forman grupos de cuatro, seis u ocho según el número de participantes, para que pongan las respuestas que han dado y sobre la base de esta información hagan un modelo ideal, tratando de resolver las siguientes preguntas:
 1. ¿Qué se va hacer?, ¿Cuándo?
 2. ¿Para qué se va hacer?, ¿Dónde?
 3. ¿Cómo?, ¿Plazos?.
 4. ¿Quiénes?
 5. ¿Con qué medios?
- Se comenta donde cada grupo presenta su modelo ideal escrito en una cartulina. El terapeuta debe ir anotando todo lo que hay de común entre los modelos.

-
- Sobre la base de la discusión de cada modelo se puede elegir uno por ser el que reúna la mayor cantidad de cualidades o por la facilidad de llevarlas a cabo.
 - El terapeuta hará hincapié, que el modelo propuesto es una opción de cómo contrarrestar las consecuencias físicas que trae la obesidad.

Presentación: “Consecuencias psicológicas de la obesidad”

A través de lluvia de ideas y técnica expositiva se dará a conocer las consecuencias psicológicas de la obesidad.

Dinámica: Cadena de asociaciones

Objetivo:

- Ejercitar la abstracción y la asociación de conceptos.
- Analizar las diferentes interpretaciones que hay de las consecuencias de la obesidad a partir de las experiencias concretas de la gente.

Procedimiento:

- Se escogen unas cuantas palabras o conceptos claves de interés para el grupo.
- Se les pide a los padres de familia que la palabra elegida la asocien con otras palabras que para ellos tienen algún tipo de relación; en orden, uno por uno, van diciendo con que la relacionan. Por ejemplo, se escoge obeso, los participantes pueden nombrar: exceso, comida, desagradable, falta de ejercicio, etc.
- El terapeuta, va anotando las diferentes relaciones que los participantes han dado y luego se discute por qué han relacionado esa palabra con la otra.
- El terapeuta puede mostrar, las relaciones en esquema, de acuerdo con la opinión de quien propone la palabra. Luego, el grupo discutirá si está conforme o no con dicha presentación.

Retroalimentación

Comentar cada una de las dinámicas, expresando lo que sienten y piensan al respecto de lo revisado en la sesión. Además de compartir experiencias e inquietudes a cerca del tema

Cierre

Se les invita a que reflexionen los temas y que lo aprendido lo apliquen en su hogares y vida cotidiana para comenten su experiencia en la siguiente sesión.

Además, se les invita a realizar una tarea en casa respecto a cómo distribuyen su tiempo, para comentarlo al inicio de la siguiente sesión:

Material:

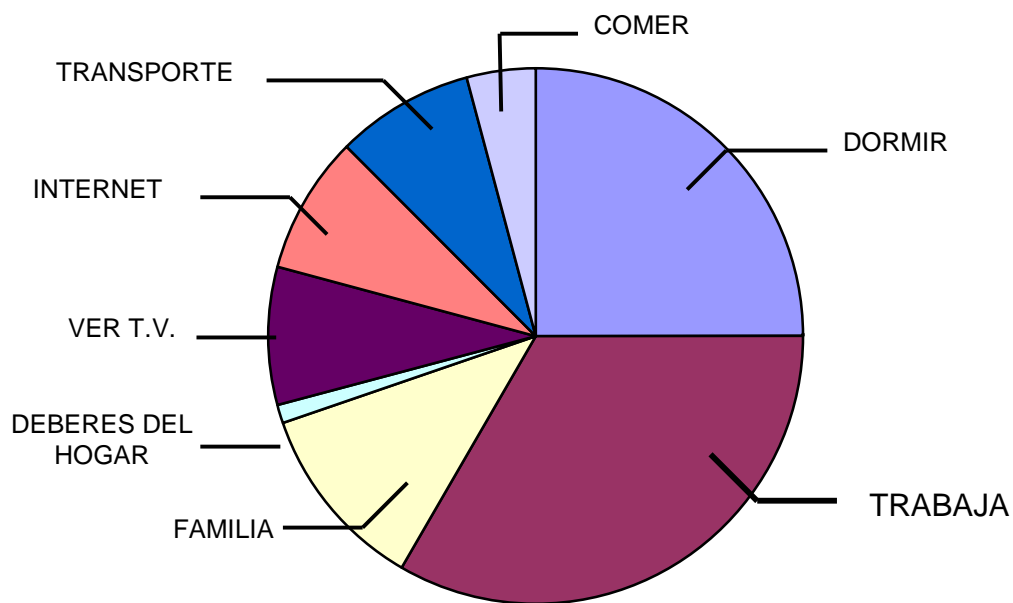
- Rotuladores o lápices
- Regla
- Cartulinas
- Papel

Procedimiento:

- Se les da las siguientes instrucciones:

"Segundo" es una persona normal y corriente que pasa su día en actividades muy parecidas a las nuestras: en casa, con los amigos, en el trabajo, viendo la tele, comiendo, etc.

Un día entra a un taller donde le piden que represente en un gráfico cómo distribuye las horas de sus días, más o menos, aproximadamente. "Segundo" lo hizo como si su vida fuera un queso:



Ustedes van a hacer lo mismo.

- Luego, deberás trazar los distintos trozos del queso en porciones, de modo que cada una represente las horas que dedican a las distintas actividades, tratando de contestar a la pregunta: ¿Cómo repartes el queso de tu vida?

Se da por terminada la sesión

SESIÓN 4: GASTO ENERGÉTICO Y NUTRICIÓN
Objetivo:

- *Aprender la importancia del gasto energético como forma de prevención de la obesidad*
- *Identificar las características de una nutrición adecuada.*
- *Conocer las cualidades de los alimentos y sus propiedades nutrimentales.*

ACTIVIDAD / TEMA	TIEMPO APROXIMADO
Comentarios de la 3ª sesión	10 minutos
Presentación: "Gasto energético"	15 minutos
Dinámica: El marciano	20 minutos
Presentación: "Nutrición"	15 minutos
Dinámica: Basta nutricional	20 minutos
Retroalimentación	15 minutos
Cierre	5 minutos
	100 minutos

Comentarios de la tercera sesión

Verificar la adecuada comprensión de lo expuesto en la sesión anterior, de lo contrario resolver posibles dudas surgidas. Además de compartir las reflexiones que se hicieron durante la semana.

Se presentará el trabajo realizado en casa, para concluir así la dinámica:

- El terapeuta les entrega un modelo de queso en blanco, en el que deben colorear los distintos momentos del día, tratando de contestar a las siguientes preguntas:

¿Te agrada la forma en que inviertes tu tiempo?

¿Te gustaría introducir algún cambio?

- Este será el quesito ideal; porque refleja la forma en que a la persona le gustaría distribuir su tiempo, si fuera posible.
- Se establece un breve diálogo para formar el "*queso real del grupo*" y el "*queso ideal*".
- Se deja abierta la discusión para comenzar la presentación del "gasto energético" y explicar posteriormente la razón de la dinámica.

Presentación: "Gasto energético"

Se dará a conocer la importancia del gasto energético como la forma de prevenir la obesidad, esto será a través de técnica expositiva y lluvia de ideas

Dinámica: El marciano

Objetivo:

- Conocer cuáles son las ideas predominantes en el grupo en relación al tema.

Procedimiento:

Se desarrolla a partir de una situación hipotética en la que un marciano científico renombrado en su planeta, especialista en un campo que tiene que ver con el gasto energético viene a La Tierra para estudiar cómo se da el fenómeno entre los terrícolas.

- El terapeuta les pide que se sienten en círculo.
- Una vez todos ubicados, comienza diciendo: imaginemos que hay un marciano que es un científico renombrado en su planeta y es especialista (gasto energético). Este marciano quiere saber cómo se devuelve este fenómeno en la Tierra, cómo son las relaciones familiares entre los terrícolas y de manera que no sepa de su presencia viene a nuestro planeta. Llega a nuestra zona alrededor de las 7 a.m. y se asoma por la ventana de una casa cualquiera, sin que lo puedan ver, ¿Qué vería este marciano?.
- Una vez terminado el relato con la pregunta, el terapeuta comienza una ronda donde cada uno describe qué vería el marciano.
- El debate que sigue a continuación debe centrarse en los aspectos comunes que se reflejan en lo que cada uno dice que vería el marciano. A continuación, se debate lo que hay de diferente. El terapeuta debe estar atento a que la discusión no se desvíe de los aspectos tratados y a que el grupo llegue a conclusiones.

Presentación: "Nutrición"

Se dará a conocer la importancia de la nutrición como la forma de prevenir la obesidad, esto será a través de técnica expositiva y lluvia de ideas

Dinámica: Basta nutricional

Objetivo:

- Conocer los diferentes grupos alimenticios
- Discriminar entre alimentos nutritivos y comida chatarra

Materiales:

- Abecedario
- Figuras de alimentos

- Pizarrón
- Gises
- Cartulinas
- Plumones
- Bolsas negras

Procedimiento:

- Se formarán grupos de acuerdo al número de participantes en la sesión.
- Se colocarán las letras del abecedario en una bolsa negra, al igual que las figuras de los alimentos en otra.
- En el pizarrón se dividirá por cada grupo nutrimental (proteínas, minerales, grasas, vitaminas), y por cada grupo de padres.
- Se les indica a los padres de familia, que se sacará una letra del abecedario y ellos tendrán que buscar dentro de la bolsa de los alimentos, aquellos que comiencen con la letra que se seleccionó.
- Cada alimento se pegará en el pizarrón, según ellos creen que corresponde al grupo nutrimental.
- Para hacer la selección y pegado de los alimentos cuentan con 120 segundos por cada letra seleccionada.
- Al final se comparan los resultados entre los grupos y se abre la discusión para conocer más acerca de las propiedades de los alimentos y las creencias hacia estos.

Retroalimentación

Comentar cada una de las dinámicas, expresando lo que sienten y piensan al respecto de lo revisado en la sesión. Además de compartir experiencias e inquietudes a cerca del tema.

Cierre

Se les invita a que reflexionen los temas y que lo aprendido lo apliquen en su hogares y vida cotidiana para comenten su experiencia en la siguiente sesión.

Se concluye la sesión

SESIÓN 5: CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA
Objetivo:

- *Identificar la importancia del cambio de estilo de vida*
- *Conocer lo que los padres de familia aprendieron durante el taller*

ACTIVIDAD / TEMA	TIEMPO APROXIMADO
Comentarios de la 4ª sesión	5 minutos
Dinámica: Cambio de marco	20 minutos
Presentación: “Cambio de estilo de vida”	15 minutos
Retroalimentación	15 minutos
Post-evaluación	5 minutos
Conclusiones	20 minutos
Cierre	5 minutos
	85 minutos

Comentarios de la cuarta sesión

Verificar la adecuada comprensión de lo expuesto en la sesión anterior, de lo contrario resolver posibles dudas surgidas. Además de compartir las reflexiones que se hechas durante la semana.

Dinámica: “Cambio de marco”*Objetivo:*

- Animar a adoptar una actitud y una aproximación abiertas
- Animar a ser receptivos ante nuevas ideas, nuevos modos de ver las cosas y las situaciones

- Ayudar a desarrollar la capacidad de pensamiento crítico sobre nuevas ideas.
- Tomar conciencia de la importancia de la conducta y actitudes personales para ayudar o dificultar la solución de un problema.

Materiales:

- Copias de: “*El juego de los 9 puntos*”
- Un tablero con *El juego de los 9 puntos*.

Procedimiento:

- Introducir el juego como un ejercicio de creatividad sin permitir preguntas ni explicar más objetivos. Hacer grupos de 3 ó 4 integrantes cada uno.
- Los grupos se sientan en círculos. A cada grupo se le entrega *El juego de los 9 puntos*. A la señal de comienzo todos comienzan. Se pueden comunicar dentro del grupo, pero no entre diferentes grupos. Se dan cinco minutos para resolverlo. Si un grupo termina, se pone de pie y permanece en silencio.
- Al finalizar el tiempo, alguien explica la solución en el tablero grande.
- Se dan las preguntas asociadas al juego a cada grupo. En 10 minutos el grupo debate brevemente las preguntas:

¿Cuál fue la reacción inicial del grupo?

¿Sugirió alguien que el problema debía resolverse dentro de los límites del marco?

¿Hizo alguien algún esfuerzo por solucionarlo yendo fuera de los límites del marco?

¿Cuál fue el resultado de los planes de acción de 2) y 3)?

¿Cuáles fueron los sentimientos del grupo conforme el tiempo pasaba?

¿Consiguió el grupo averiguar la solución? Si SI ¿cómo? Si NO ¿por qué?

Si encontraron la solución ¿Cuál fue el factor clave para poder hacerlo?

¿Qué lecciones pueden aprenderse del juego? ¿Tiene aplicación en la vida?

- Se junta a todo el grupo y algunos voluntarios explican cómo resolvieron y las lecciones que aprendieron con este juego.
- El coordinador puede insistir en algunos puntos, como ser:
 - a. *No somos vasijas vacías*, cada uno tiene sus propias ideas, su propio enfoque o manera de mirar las cosas, su modo favorito de hacer las cosas.
 - b. Esto es normal y sano ya que es parte de nuestra personalidad. Pero puede ser un problema si rehusamos a considerar a los otros y pensamos que *a priori* tenemos razón y ellos están equivocados.
 - c. O sea que mirar más allá, descubrir nuevos horizontes, adquirir nuevas perspectivas, ser receptivo hacia lo nuevo y lo no familiar debe ser parte de nuestro proceso de aprendizaje en nuestra vida diaria.
 - d. *La única manera de solucionar el juego es ir más allá del marco.*
- Se concluye la actividad por parte del terapeuta insistiendo en que, como la langosta, tenemos que estar preparados para abandonar nuestro caparazón y crecer dentro de otro.

Presentación: “Cambio de estilo de vida”

Se dará a conocer la importancia de un cambio en el estilo de vida como la forma de prevenir la obesidad y tener una mejor calidad de vida, esto será a través de técnica expositiva y lluvia de ideas.

Retroalimentación

Comentar cada una de las dinámicas, expresando lo que sienten y piensan al respecto de lo revisado en la sesión. Además de compartir experiencias e inquietudes a cerca del tema.

Post-evaluación

La importancia de la post-evaluación es el conocer la actitud hacia la obesidad de los padres, posterior al término del taller, para obtener esta información se empleará el Antifat Attitudes Test (Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis, 1997) (ver anexo A)

Se les indica que se les darán unas hojas que contienen una serie de reactivos, los cuales deben de contestarse lo más honestamente y de acuerdo a lo que ellos creen y viven cotidianamente.

Se leen las instrucciones y se aclaran dudas para posteriormente contestar cada uno de los reactivos, para finalmente entregarlo cerciorándose que todo este contestado.

Conclusiones

Comentar la experiencia vivida en el taller, expresando lo que sienten y piensan al respecto, además de compartir experiencias e inquietudes.

Cierre

Se da por finalizado el taller, agradeciendo la asistencia de cada uno de los padres de familia participantes.

D. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Facultad de Psicología de la U.N.A.M. en colaboración con el _____ esta realizando la investigación "**Modificación en la actitud parental en relación con la obesidad infantil**" a través de la Psic. Cynthia Ydania García Arellano. Dicha investigación tiene como objetivo central la intervención en escuelas para padres como vía para el mejoramiento de la calidad de vida de sus miembros, por lo que en la presente investigación se pretende:

- Proporcionar información a los padres sobre la obesidad infantil y sus efectos.

Es por esta razón que les estamos pidiendo su apoyo para que permitan medir en peso y talla a su hijo (a), con el propósito de obtener el Índice de Masa Corporal del niño.

Por tal motivo se pide su consentimiento para obtener dichas mediciones, las cuales se obtendrán a través del uso de una báscula con barra métrica integrada, las cuales se llevarán a cabo el día ____ de _____ de 200_, en horario que no interfiera con las actividades escolares, es decir a las _____ hrs.

Los datos obtenidos serán empleados como datos estadísticos, para la estandarización y validación del instrumento Anti-Fat Attitudes Test (AFAT), a través de la comparación de los puntajes obtenidos en dicho instrumento y las mediciones de peso y talla, manteniendo la confidencialidad de las personas, al emplear solo los datos numéricos, omitiendo así datos personales tales como el nombre.

Doy mi consentimiento para que a mi hijo (a) _____ del grupo _____, se le realice la medición del peso y talla.

Nombre y firma del padre o tutor

Fecha

Psic. Cynthia Ydania García Arellano

Para cualquier duda o aclaración a cerca del procedimiento del proyecto o conocer a cerca de los resultados del mismo, se puede comunicar al teléfono: _____, al correo electrónico _____ o a la Facultad de Psicología al 56-22-22-32.