

Programa de intervención psicológica para el manejo de la obesidad infantil

Program of psychological intervention for the handling of the infantile obesity

Keytel García Rodríguez ^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7288-9860>

Alina Julia Ortega Bravo ² <https://orcid.org/0000-0001-5199-2765>

¹ Centro de Estudios de Bienestar Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. La Habana. Cuba.

² Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La Habana. Cuba.

* Autora para la correspondencia: keytelgr@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La obesidad es un problema de salud asociado a una morbilidad variada y cada vez en edades más tempranas de la vida. El documento actual tiene como objetivo exponer resultados de un estudio acerca de los hábitos asociados a la obesidad infantil, en la medida, además, en que se evalúan las relaciones afectivas compensatorias y las actitudes generadoras de alteraciones psicológicas en la familia, en función de la presentación de elementos del programa de intervención psicológica dirigido al manejo de la obesidad en un grupo de niños obesos que constituyeron parte de la muestra.

Método: La muestra estuvo constituida por 13 niños obesos y 21 familiares remitidos de la consulta de Pediatría del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La elaboración del programa intervención psicológica se realizó en el primer semestre de 2019 y la experiencia derivada su aplicación se extiende hasta el momento actual.

Resultados: Se realiza un análisis cualitativo, en el que se exponen los resultados a partir de la observación de la tendencia de las variables en el grupo. Se aplicaron la entrevista al

niño y a la familia, el análisis psicográfico y las Siete figuras de Collins. Se examinan variables psicológicas.

Discusión: Se constata la influencia de las variables analizadas en la obesidad infantil, teniendo en cuenta la correspondencia con los estudios de investigadores de Cuba y el mundo, lo cual redundando en la validez y actualidad de los resultados, para la implementación del programa con sesiones dirigidas a los niños y familiares.

Palabras clave: obesidad infantil, factores psicológicos y familiares, intervención psicológica.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a health problem associated with varied morbidity and increasingly at earlier ages of life. The current document aims to present the results of a study about the habits associated with childhood obesity, to the extent, in addition, that the compensatory affective relationships and the attitudes that generate psychological alterations in the family are evaluated, depending on the presentation. of elements of the psychological intervention program aimed at managing obesity in a group of obese children who were part of the sample.

Method: The sample consisted of 13 obese children and 21 relatives referred from the Pediatric consultation of the Medical-Surgical Research Center. The elaboration of the psychological intervention program was carried out in the first semester of 2019 and the derived experience of its application extends until the current moment.

Results: A qualitative analysis is carried out, in which the results are presented from the observation of the trend of the variables in the group. The interview with the child and the family, the psychographic analysis and the Seven figures of Collins were applied. Psychological variables are examined.

Discussion: The influence of the variables analyzed on childhood obesity is verified, taking into account the correspondence with the studies of researchers from Cuba and the world, which results in the validity and timeliness of the results, for the implementation of the program with Sessions for children and families.

Keywords: childhood obesity, psychological and family factors, psychological intervention.

Recibido: 13/04/2022

Aprobado: 17/10/2022

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública que afecta de manera preocupante la población infantil. La multicausalidad del problema abarca tanto aspectos biológicos como psicosociales. Por ello, a partir del diagnóstico de los factores psicológicos y familiares que influyen en la obesidad infantil, con la investigación actual se enriquece la perspectiva psicosocial del fenómeno, introduciendo otros términos más allá de los hábitos alimenticios y de actividad física en los que se enfoca la mayoría de los tratamientos y se diseña un programa de intervención psicológica para incidir de manera integral sobre los factores mencionados.

Lo anterior está determinado por el hecho de que en diversas investigaciones sobre la obesidad infantil solo se tienen en cuenta como factores psicológicos influyentes los hábitos de alimentación y el sedentarismo, ignorando otros que no solo actúan como propiciadores de esta condición física, sino como mantenedores a lo largo de la vida del individuo, como lo son los factores emocionales, la autoestima, la satisfacción con la imagen corporal, las estrategias de afrontamiento, entre otros.⁽¹⁾

Numerosos estudios señalan que la obesidad se asocia con problemas en el funcionamiento familiar, hábitos de alimentación poco saludables, hábitos inadecuados asociados a la comida en el entorno familiar, falta de implicación familiar en el tratamiento de la obesidad del niño o adolescente, el abuso como patrón familiar, de actividades de ocio sedentarias, no llevar a cabo ejercicio físico continuado, horarios irregulares en la alimentación y dificultades para ofrecer contención emocional y conductual tan necesaria para las personas en tratamiento. Se ha llegado a manejar incluso el término de familia con identidad obesa.^(2,3)

Baile, González Calderón, Palomo, Rabito Alcón,⁽⁴⁾ consideran que son los aspectos psicosociales los que juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad y, sin embargo, en algunos enfoques de tratamiento actuales quedan por lo común, descuidados. Por lo general, los abordajes terapéuticos propuestos consisten en

intervenciones a nivel nutricional y psicoeducativo con planificación de programas para facilitar información a los pacientes y familiares sobre hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico, pero se constata una alta tasa de abandonos y las recaídas durante la etapa de mantenimiento son la norma.

Mientras que las técnicas terapéuticas de carácter psicológico, recuerda Lafuente,⁽⁵⁾ que se introdujeron hace décadas en el tratamiento del sobrepeso y obesidad del niño y adolescente, han sido utilizadas para mejorar la motivación del paciente, asegurar el cumplimiento del programa en sus diferentes facetas, entrenar a los padres y maestros y abordar las consecuencias psicológicas de la obesidad. Ejemplo de ello son: la terapia conductual de la obesidad basada en la familia, desarrollada por Epstein en 1985, centrada en la teoría del aprendizaje y empleando técnicas como la automonitorización, el control estimular, el refuerzo positivo, la resolución de problemas; la terapia conductual basada en la escuela, asentada en la teoría del aprendizaje social de Bandura; la integración de terapias conductuales en las que se utilizan técnicas conductuales de naturaleza operante combinadas con algunas de naturaleza cognitiva y de aprendizaje social; la terapia interpersonal; la terapia psicodinámica, entre otros.

Rojas Valverde, Brenes Marcano, Valverde Arce,⁽⁶⁾ plantean la necesidad de abordar este problema desde la perspectiva psicológica y con un enfoque que considere tanto la etiología, como el mantenimiento de la obesidad, las variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares).

Nazar Carter, Sáez Delgado, Maldonado Rojas, Mella Norambuena, Stuardo Álvarez, Meza Rodríguez,⁽⁷⁾ declaran que las acciones individuales deben combinarse con otras, sobre todo a nivel familiar, en el caso del tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes y no solo con el objetivo de lograr la reducción de peso, sino su mantenimiento a largo plazo para lograr una concientización de la importancia de modificar estilos de vida familiares. Igualmente se debe trabajar sobre las variables personales que incluyan elementos como el autocontrol, el aspecto emocional, la autoestima, la imagen corporal, así como el factor motivacional orientado a lograr esos cambios individuales y familiares para favorecer la conciencia del problema y la adherencia al tratamiento.

El documento que se presenta deriva de los resultados de la mencionada investigación y tiene como objetivo exponer resultados de un estudio acerca de los hábitos asociados a la obesidad infantil, en la medida, además, en que se evalúan las relaciones afectivas compensatorias y las actitudes generadoras de alteraciones psicológicas en la familia, en función de la presentación de elementos del programa de intervención psicológica dirigido al manejo de la obesidad en un grupo de niños obesos que constituyeron la muestra. La elaboración del programa se desarrolló en 2019 y los resultados de la experiencia investigativa se extienden hasta el momento actual.

MÉTODO

El universo estuvo constituido por todos los pacientes obesos en edad escolar y sus familiares, remitidos por el Servicio de Pediatría del CIMEQ y evaluados, como parte de una atención multidisciplinaria, en un periodo de 6 meses, a partir de lo cual se procedió al diseño del programa de intervención psicológica, en el primer semestre de 2019. El sexo masculino prevalece sobre el femenino, con un total de 8 y 5, respectivamente. Se evaluaron 19 padres de ambos sexos y dos abuelas que asistieron a la consulta; de ellos 13 madres y dos abuelas, para un total de 15 familiares del sexo femenino, así como 6 padres, pertenecientes al sexo masculino. Las edades de los padres estuvieron contempladas entre los 32 y los 44 años de edad, mientras que las edades de las abuelas oscilaron entre los 54 y 63 años de edad.

Entre los criterios de inclusión se contemplaron los niños en edad escolar, entre 7 y 11 años de edad, que cumplieran con los requisitos de la maduración del desarrollo psicográfico infantil. Que fueran pacientes diagnosticados con obesidad, así como su participación voluntaria en el estudio, para lo que fueron informados de su propósito; todos firmaron una planilla de consentimiento informado. Entre los criterios de exclusión se contempló la presencia de causas endógenas en la obesidad en los niños, así como la negativa de estos o sus familiares a participar en la investigación.

En una primera etapa, se obtuvo acceso al servicio de Pediatría del hospital CIMEQ, para detectar los casos atendidos con diagnóstico de obesidad infantil. Se invitó a los niños y familiares a participar en el proyecto, explicándoles en qué consistía el estudio. Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

Dibujo libre: La aplicación de esta técnica es individual y consiste en invitarlo a dibujar lo que quiera. Permite conocer las características del desarrollo psicográfico, lo que posibilita el conocimiento de sus principales problemáticas, conflictos, aspectos de su personalidad en formación, de su esfera emocional, la percepción del entorno y de sí mismo.⁽⁸⁾

Dibujo temático de la familia: Ofrece la posibilidad de conocer el vínculo afectivo que desarrolla el niño con los miembros, la comunicación, el concepto de familia. Además de los indicadores empleados en el análisis del dibujo libre, se utilizan los siguientes: afectividad (orden, tamaño de las figuras, color), relación (contacto, rostros, lugar de las manos, planos de las personas) y roles (lo que hacen).

Entrevista: Es una técnica cualitativa que se utiliza para la profundización de determinados temas. Se realizaron entrevistas a los familiares y a los niños.

Siete figuras de Collins: Se trata de una escala gráfica de siluetas femeninas para las niñas y masculinas para los niños, que conforman una graduación que se extiende desde una silueta muy delgada hasta la última que representa un sobrepeso importante. Esta escala evaluó el grado de satisfacción con la imagen corporal y la diferencia entre la imagen corporal que desea tener un sujeto y la imagen corporal que cree tener.⁽⁹⁾

A continuación se pasó a la fase de recogida, análisis e interpretación de los datos. Se realizó un análisis con predominio de lo cualitativo, del que se exponen los resultados observados según la tendencia de las variables en el grupo estudiado y respondiendo a los objetivos propuestos. Se realizaron cálculos de porcentaje y se utilizó la triangulación como elemento fundamental en la constatación y análisis de los resultados desde diferentes ángulos. A partir de estos resultados se realizó la confección del programa de intervención psicológica dirigido a familiares y niños.

RESULTADOS

La variable más representativa y afectada en los niños estudiados resultó ser los hábitos de alimentación, en tanto el 100 % presentó hábitos no saludables, por la preferencia por alimentos no saludables, dificultades en la cantidad y la frecuencia con las que consumen los alimentos, así como la presencia de ingesta compulsiva. De igual manera, predominó la

presencia de horarios irregulares en un 77 % de los niños; con ello se apreció una inestabilidad respecto a la formación de los hábitos de alimentación.

El cumplimiento de la dieta indicada por los especialistas médicos, presentó dificultades en todos los niños (100 %), asociado a la dificultad en el control de los impulsos, la inestabilidad en su seguimiento por conflictos entre los miembros del hogar, sobre todo entre padres y abuelos, por dificultades económicas, por el rechazo del niño a su seguimiento o por la inclusión de los alimentos, pero no de los horarios, cantidades y frecuencia, solo de algunos alimentos o en determinados periodos de tiempo. En el análisis de los dibujos, como se puede apreciar en las tablas 1, 2, y 3 sobresalieron las dificultades en el control de los impulsos, tanto en la calidad del control muscular (de regular a malo) como en la preferencia cromática por colores como el naranja y el rojo.

Tabla 1. Análisis psicográfico. Indicadores formales y estructurales

Análisis psicográfico. Indicadores formales y estructurales		Dibujo libre %	Dibujo de la familia %
Fortaleza del trazo	Fuerte	46	38
	Medio	54	62
	Débil	0	0
Control muscular	Bueno	23	8
	Regular	54	62
	Malo	31	31
Tamaño de la figura	Grande	69	38
	Mediano	31	54
	Pequeño	0	8
Distribución ilógica de elementos		38	8
Elementos absurdos		31	8
Seriación de elementos	Ordenadas	92	62
	Desordenadas	0	0
Elementos en el aire		54	46
Proporción		62	85
Reforzamiento		92	85
Movimiento	Humano	23	77
	Inanimado	54	38
Animismo		8	8
Transparencia		15	54
No legible		31	8

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Análisis psicográfico. Indicadores de color

Análisis psicográfico. Indicadores de color	Dibujo libre		Dibujo de la familia	
	No.	%	No.	%
Pobre uso del color	1	8	1	8
Ausencia de color	0	0	0	0
Inadecuación del color	5	38	4	31
Color inusual	3	23	1	8
Seriación de color	4	31	3	23
Preferencia cromática	////////	////////	////////	////////
Azul	5	38	6	46

Rojo	6	46	6	46
Verde	9	69	5	38
Amarillo	2	15	4	31
Marrón	4	31	5	38
Negro	1	8	2	15
Naranja	4	31	1	8
Violeta	4	31	2	15
Grafito	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Análisis psicográfico. Indicadores de la figura humana

Análisis psicográfico. Indicadores de la figura humana	Dibujo libre		Dibujo de la familia	
	No.	%	No.	%
Incompleta	6	100	13	100
Mutilada	4	67	9	69
Primitiva	0	0	0	0

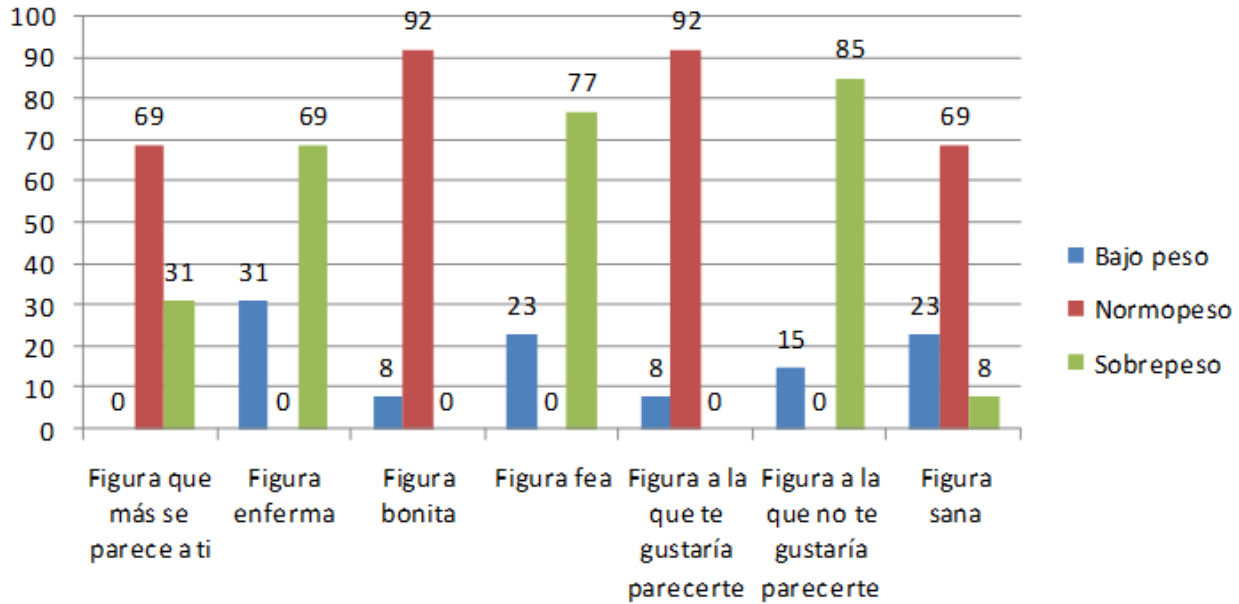
Fuente: Elaboración propia

Los hábitos de actividad física resultó una variable de gran predominio. El 77 % de los niños son sedentarios y solo un 23 % practica ejercicios físicos, __ jugar en la calle, practicar béisbol o fútbol. El ocio se manifestó sobre todo en juegos pasivos, como los de computadora y de Atari, el televisor, el Tablet, así como el de cartas.

La imagen corporal es una de las variables de mayor incidencia. Se evidenció insatisfacción con la imagen corporal en el 100 % de los niños, lo que constituye una gran preocupación. Esto se constató en el análisis psicográfico en el predominio de indicadores como el reforzamiento, la inadecuación del color en las figuras humanas, el pobre uso del color en su elaboración o el empleo del color rojo o naranja, con los que se muestra hostilidad y rechazo, sobre todo en la elaboración de la propia figura.

Los resultados de la técnica Siete figuras de Collins muestran que los niños, a pesar de presentar obesidad, el 69 % elige las figuras 3, 4, 5 (normopeso) como si se parecieran a ellas y solo un 31 % se identificó con las figuras con sobrepeso u obesidad, lo cual puede dificultar la percepción de riesgo y evidencia el empleo de mecanismos de defensa de negación. La mayoría considera que la figura enferma (69 %), fea (77 %) y a la que no les gustaría parecerse (85 %) son las figuras 6 y 7, o sea las que representan sobrepeso/obesidad mayor. En cambio, respecto a las figuras sana (69 %), bonita (92 %), a la que les gustaría parecerse (92 %), en sus respuestas se aprecia como tendencia la

elección de figuras con normopeso; con lo que se evidencia la insatisfacción con su imagen corporal. (Gráfico 1)



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1. Resultados de la técnica Las Siete figuras de Collins

El estado afectivo es una de las variables más relevantes; se encontraron en el 100 % de la muestra estados afectivos con alteraciones. Se observó como tendencia la ansiedad en el 100 % de los casos, baja tolerancia a la frustración en el 85 %, hostilidad en el 46 %, sin dejar de tener en cuenta la presencia de sentimientos de tristeza (38 %) y la presencia de miedos en el 31 % de los casos.

La autoestima constituyó otra de las variables psicológicas más relevantes, se observó su afectación en el 77 %. Los principales elementos que sobresalieron en el análisis de las entrevistas están relacionados con el sentimiento de ser diferente, la afectación de las burlas por parte de los otros niños, la inseguridad, sensación de no ser querido, dificultades en la comunicación y en el contacto social, dependencia, sentimiento de vergüenza y limitaciones en las actividades de la vida diaria y de ocio por la presencia de obesidad, sentimiento de inferioridad y de exclusión.

Las relaciones afectivas familiares compensatorias resultó una de las variables familiares más influyentes en el mantenimiento de la obesidad en los niños. Predominó su expresión inadecuada en el 85 % de los casos. En este sentido, sobresalió el empleo del alimento como reforzamiento positivo o negativo indistintamente para la educación en los niños de conductas positivas.

En el análisis de las actitudes de la familia potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en el niño se encontraron tendencias negativas en el 100 % de los casos, entre las que se destacan la permisividad (77 %), con la presencia de dificultades en el establecimiento de límites con respecto a la ingestión de tipos de alimentos.

De igual manera, sobresalieron los conflictos alrededor de la crianza del niño (77 %): se trata de desacuerdos entre los familiares con respecto a la educación, los cuales se manifiestan delante del niño, trayendo consigo discusiones, división de la autoridad, inconsecuencia en la aplicación de las normas y límites y hasta distanciamientos. La inconsistencia (69 %) constituyó otra de las actitudes más relevantes, por lo que se identifica con la prevalencia de relaciones afectivas familiares compensatorias.

Partiendo de la caracterización de los hábitos de alimentación y de actividad física, tanto en los niños como en sus familiares, así como los factores psicológicos y familiares que influyen en la obesidad del grupo de niños estudiados, se diseñó una propuesta de programa de intervención psicológica dirigida a la disminución de la condición obesa de estos niños, la instauración de hábitos saludables de alimentación y actividad física no solo en el niño sino en todo el contexto familiar, así como el manejo de otros factores de índole psicosocial que actúan como mantenedores de la obesidad. Este se estructura en un sistema de acciones, que articulan el programa. El programa persigue como objetivo intervenir sobre los factores psicológicos y familiares que influyen en el mantenimiento de la obesidad, a través de un sistema de acciones de educación e intervención psicológica en la familia y el grupo de niños estudiados.

Las acciones que se proponen tiene un carácter sistémico, con el cual se logra la vinculación con el contexto familiar, para lo que se proponen modificaciones dirigidas a la adquisición de hábitos saludables, el manejo de factores psicosociales mantenedores de la obesidad y la consiguiente disminución de esta condición física en los niños. Los contenidos que se abordan son:

- Hábitos de alimentación del niño y la familia.
- Hábitos de actividad física del niño y la familia.
- Satisfacción con la imagen corporal.
- Estados afectivos.

- Autoestima.
- Relaciones afectivas familiares compensatorias
- Actitudes potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en la familia.

En la organización de las acciones se emplea el trabajo grupal ya que el programa concibe variantes para una intervención de carácter colectivo en las que participan las familias y los niños en las actividades de orientación grupal. Se trabaja con un programa de intervención que involucra actividades dirigidas a la familia y a los niños, aunque en la última sesión de los niños se favorece el intercambio entre los dos grupos, buscando el desarrollo de relaciones afectivas más sanas entre los participantes. Se concretaron 16 sesiones; 8 para cada grupo de participantes, con una duración de una a dos horas y una frecuencia semanal.

La estructuración del programa se basó en los siguientes principios:

- Se parte en primer lugar y de manera individual con el niño y la familia de una entrevista motivacional. El objetivo principal es que el paciente y la familia sean los protagonistas del cambio. Para ello se fundamenta en cuatro pilares básicos: mostrar empatía, detectar y aceptar la ambivalencia, manejar las resistencias y reforzar la autoeficiencia.
- Tener en cuenta las motivaciones del niño para la disminución de peso, de tal modo que las acciones contemplan estas motivaciones y lograr así mayor efectividad del tratamiento, generándole la necesidad del cambio, sin imposiciones.
- Este programa de intervención no excluye y de hecho precisa del seguimiento médico de un equipo multidisciplinario y de la atención psicológica individualizada en el caso de que el niño y la familia lo requiera. Trabajar la motivación para el cambio en cada etapa.
- Tener en cuenta que la obesidad es una enfermedad crónica, por lo que su atención exitosa implica provocar cambios estables en el comportamiento de la persona y desarrollar su autocuidado, haciéndoles entender que se requiere de un seguimiento a largo plazo para que evolucione satisfactoriamente.
- No enfocar el cambio hacia la reducción de peso, sino hacia la adquisición de hábitos saludables en la alimentación y la actividad física.
- Ajustar la intervención al ritmo de los niños y las familias evitando la confrontación para no generar resistencias.

- Para lograr una relación terapéutica más eficaz es aconsejable que esté centrada en el paciente, desde la construcción de una atmósfera segura y de apoyo que le permita encontrar sus propias soluciones.
- Es importante informar a los niños y a sus familias que el tratamiento de la obesidad no finaliza con la pérdida de peso, por lo que se debe inducir a cambios permanentes.

El programa de intervención se evalúa a partir de 2 indicadores: el impacto y la efectividad. El primero es el resultado o efecto inmediato, atribuible a un programa o conjunto de acciones que tienden a lograr los objetivos y se mide con el empleo de diferentes técnicas evaluativas en las diversas sesiones. A partir del registro observacional se evalúan los cambios conductuales que se produjeran en los niños a lo largo de las sesiones.

En cuanto a la efectividad de la intervención, es decir, su habilidad para lograr el efecto deseado en términos de reducir o solucionar el problema, se evalúa mediante la comparación de los resultados que se obtienen con la aplicación de las pruebas al comenzar y finalizar la intervención. Igualmente se aplican a los 6 meses de implementado el programa, con el objetivo de valorar la estabilidad y permanencia de los cambios en los niños y en sus familiares.

DISCUSIÓN

En el presente estudio predominó la presencia de hábitos de alimentación y de actividad física no saludables, se constató la inadecuación en cuanto a la cantidad y la frecuencia con las que consumen los alimentos, la presencia de horarios irregulares en el consumo de los alimentos, la presencia de determinados rituales inadecuados asociados a la alimentación en cuanto al uso del alimento para la canalización de las emociones, situaciones o lugares donde eran ingeridos los alimentos, así como la presencia de ingesta compulsiva de los alimentos.

Respecto a la preferencia de los alimentos, se coincide con los resultados de Gordillo Gordillo, Sánchez Herrera y Bermejo García⁽¹⁰⁾ que plantea la prevalencia de alimentos no saludables en los niños escolares en su investigación. Sin embargo, las autoras del estudio actual no coinciden con los resultados de Edo Martínez, Montaner Gomis, Bosh Moraga, Casademont Ferrer, Fábrega Bautista, Fernández Bueno et al.,⁽¹¹⁾ que en su investigación

con niños obesos en edad escolar encontraron que el 52,3% sigue una alimentación óptima con un alto consumo de legumbres y arroz y solo un 4,4% presenta hábitos totalmente inadecuados.

Palomino Pérez,⁽¹²⁾ en su investigación plantea que las emociones presentan un rol importante en la elección, calidad y cantidad de la ingesta de alimentos, lo que en ocasiones conlleva a un aumento del peso corporal. Álvarez Villaseñor, Flores Osuna, Torres Barrera, Flores Torrecillas, Fuentes Orozco, Reyes Aguirre et al.,⁽¹³⁾ concluyen que en el niño obeso el comer es una forma de reducir la ansiedad y si se transforma en algo habitual con el tiempo el niño aumentará más de peso. Ello establece una práctica cotidiana que determina que la ansiedad se reduce comiendo.

Castellanos Romo,⁽¹⁴⁾ plantea que la mayor presencia de riesgos en las familias se encuentra en la ausencia de costumbres hogareñas que prioricen una pauta de alimentación controlada en cuanto a cantidades y rutinas, el tipo de menú que consumen, las actividades simultáneas a la alimentación que realizan, la vinculación de la recompensa con golosinas ante una conducta positiva del niño, vinculada con la falta de formación de hábitos.

Respecto a los hábitos de actividad física, Díaz Sánch, Vázquez Sánchez, Niebla Delgado, Delgado Pérez, Rodríguez Vázquez y Díaz Fuentes,⁽¹⁵⁾ concluyen en su investigación con escolares cubanos que un gran número de niños ven más de 2 horas de televisión entre semana y fin de semana; la práctica del videojuego sobrepasa las 2 horas en un 14% entre semana y aumenta a un 39% al fin de la semana. Solo realiza deportes el 34%. Gordillo Gordillo, Sánchez Herrera y Bermejo García⁽⁶⁾ y Delgado Floody⁽¹⁶⁾ concluyen igualmente acerca de la relación entre la obesidad infantil y el predominio del sedentarismo en niños.

Ahora bien, más allá de los hábitos de alimentación y de actividad física existe toda una gama factorial psicológica que incide en la prevalencia de obesidad. En la presente investigación, al evaluarse los factores psicológicos asociados a la obesidad infantil, se evidenció la presencia de insatisfacción con la imagen corporal, autoestima inadecuada, así como la prevalencia de estados afectivos como ansiedad, baja tolerancia a la frustración, hostilidad, así como sentimientos de tristeza y la presencia de miedos.

En cuanto a los resultados de la aplicación de las siete figuras de Collins, cuando se comparan los resultados activos con los de Sánchez Arenas y Ruiz Martínez,⁽¹⁷⁾ se encuentran algunas coincidencias. Los resultados muestran que los niños, a pesar de

presentar obesidad, eligen las figuras 3, 4 y 5 (normopeso) como si se parecieran a ellas; el 94% consideró que se parecía a una figura más delgada y solo el 6% se identificó con las figuras con sobrepeso u obesidad. La mayoría considera que la figura enferma (76%), fea (73%) y a la que no les gustaría parecerse (88%) es la figura 6, sobrepeso/obesidad mayor.

En cambio, en las figuras sana, bonita, a la que les gustaría parecerse y la figura adecuada para su edad, sus respuestas se dividen; algunos eligieron figuras con bajo peso (del 48 al 55%) y otros, figuras con normopeso (del 46 al 52%), por lo que el promedio se inclina hacia la figura 2. Resultados similares se encontraron en la investigación de López Sánchez, Díaz Suárez y Smith,⁽¹⁸⁾ con ello se concluye acerca de la relación entre obesidad infantil e insatisfacción con su imagen corporal.

En el presente estudio, con respecto a la presencia de estados afectivos displacenteros, en el caso del miedo, se asociaba sobre todo con la repercusión negativa de la obesidad unida a vivencias negativas, ya fuera por la presencia de patologías médicas en estos niños y en uno de los casos por hospitalizaciones frecuentes o por la provocación de burlas por parte de los otros niños. En el caso de la tristeza, se asociaba directamente a la presencia de insatisfacción con la imagen corporal.

En este sentido se coincide con los resultados de Losada y Rejavee,⁽¹⁹⁾ que confirman que la estigmatización de la obesidad repercute en forma negativa en los estados emocionales de los niños, en tanto prevalece la depresión y la ansiedad, el aislamiento social, así como la baja autoestima.

Amigo Vázquez, Busto Zapico, Peña Suárez y Fernández Rodríguez,⁽²⁰⁾ por su parte, concluyeron acerca de cómo determinados estados afectivos pueden favorecer el incremento del IMC en los niños, pero tal incremento estaría relacionado con la reducción de horas de sueño asociada a esos estados afectivos. Igualmente, González Toche, Gómez García, Gómez Alonso, Álvarez Paredes y Álvarez Aguilar,⁽²¹⁾ mostraron una asociación directa entre obesidad y depresión, remarcando que la depresión no sólo es consecuencia, sino también puede preceder a la obesidad.

Los resultados de la presente investigación en relación con la autoestima coinciden con los encontrados por Losada y Rijavee,⁽¹⁹⁾ que plantean que la identidad de los niños está atravesada por el ser gordo, adjetivo que estigmatiza y condiciona todas sus acciones, lo que provoca una dura autocrítica y mayor ansiedad, que frecuentemente los lleva a comer

compulsivamente. Autores como Delgado Floody, Caamaño Navarrete, Martínez Salazar, Jerez Mayorga, Carter Thuiller, García Pinillos et al.⁽²²⁾ y Vallejo Guaminca⁽²³⁾, concluyen igualmente que en la obesidad el hecho de sentirse obeso puede afectar la manera cómo se trata a una persona y cómo se siente consigo misma. Igualmente, Ortega Miranda⁽²⁾ plantea que los niños con obesidad infantil se sienten disminuidos en sus capacidades, poco valorados, fracasados, en diversos aspectos de su vida intelectual, afectiva y familiar.

Predominó una expresión inadecuada de las relaciones afectivas familiares compensatorias, sobresalió el empleo del alimento como reforzamiento positivo o negativo, con lo que se creó un condicionamiento hacia los hábitos inadecuados de alimentación. En estos casos, el alimento, la condición obesa en sí misma o la repercusión médica de la obesidad, se convierten en mediadores de las relaciones afectivas entre los familiares y los niños que se expresa en actitudes manipuladoras, chantaje emocional y demanda de afecto, en uno u otro sentido.

Según Domínguez Vázquez y Olivares Santos,⁽²⁴⁾ como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro. El contexto social en el que funciona la familia moderna, determina que las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación. Por su parte, Rivadeneira Valenzuela, Soto Caro, Bello Escamilla, Concha Toro, y Díaz Martínez,⁽²⁵⁾ plantean que la obesidad infantil se asocia a niveles afectivos altos de los padres en combinación con sensaciones positivas o de placer al comer por parte de los niños.

En el análisis de las actitudes de la familia potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en el niño, se defiende que la permisividad se asoció a la ausencia en estos familiares de una real movilización de la conducta respecto al establecimiento de hábitos de alimentación y actividad física en los niños. En la mayoría de los padres y abuelos entrevistados, no se encontraba consciente la necesidad de establecer estos cambios en el contexto familiar y no solo en los niños. En el 100 % de los familiares prevaleció un adecuado conocimiento acerca de las consecuencias que puede provocar la obesidad infantil, sobre todo físicas; aunque ello no resultó motivo suficiente para movilizar estrategias

de afrontamiento efectivas en su erradicación y quedó solo a nivel cognitivo y no afectivo-volitivo.

No conocían realmente la afectación que a nivel psicosocial les estaba causando la obesidad a sus hijos, en aspectos como la autoestima, el estado afectivo y la satisfacción con la imagen corporal, lo cual contradecía lo encontrado en el análisis de las técnicas aplicadas a sus hijos. Esto se puede asociar a la presencia de mitos relacionados con los ideales de belleza, estética y salud, asociando la obesidad con una mejor apariencia y salud física.

La inconsistencia, por su parte, implica el afrontamiento de la familia hacia las conductas de riesgo relacionadas con la nutrición y el ejercicio físico, así como el valor simbólico y mediador que adquiere la comida fundamentalmente en las relaciones afectivas entre padres e hijos, en este orden prevalece la inestabilidad emocional y la conducta a seguir según la situación enfrentada y no el objetivo en sí mismo, que es la promoción de hábitos saludables.

Ávila Ortiz⁽²⁶⁾ plantea que las madres indulgentes, en este caso, compatibles con la permisividad, no realizan ejercicio y tampoco inculcan que la familia los realice. Igualmente, Godoy Berthet, Denegri Coria y Schnettler Morales,⁽²⁷⁾ expresan la inexistencia de estrategias alimentarias claras para lograr una alimentación saludable en los hijos y el predominio de la permisividad como método educativo que interfiere en los hábitos de alimentación. Mientras que Ramírez Serrano, Ramírez López, Amezcua Barajas y Caballero Hoyos,⁽²⁸⁾ concluyen en su estudio acerca de la relación entre la obesidad infantil y el predominio en las familias de dificultades en la comunicación, conflictos en sus patrones educativos y un bajo nivel de control en los niños.

En conclusión, predominó la presencia de hábitos de alimentación y de actividad física no saludables, tanto en los niños como en los familiares. Se evaluaron los factores psicológicos asociados a la obesidad infantil, con lo que se evidenció en los niños la presencia de insatisfacción con la imagen corporal, autoestima inadecuada, la prevalencia de estados afectivos con alteraciones. Predominó la inadecuación en las relaciones afectivas familiares compensatorias, así como la prevalencia de permisividad, conflictos alrededor de la crianza del niño e inconsistencia como actitudes familiares. Se diseña un programa de intervención psicológica, que tiene en cuenta los factores psicológicos individuales y familiares que influyen en el mantenimiento de la obesidad infantil, cuya experiencia se sistematiza en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mancipe Navarrete JA, García Villamil SS, Correa Bautista JE, Meneses Echávez JF, González Jiménez E, Schmidt RioValle J. Efectividad de las intervenciones educativas realizadas en América Latina para la prevención del sobrepeso y obesidad infantil en niños escolares de 6 a 17 años: una revisión sistemática. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [citado 09/02/2019];31(1):102-114. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000100010
2. Ortega Miranda EG. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 [citado 09/02/2019];29 (2):111-115. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2018000200009&lng=es&nrm=iso
3. Visser R. Sobre la prevención de la obesidad y la filosofía de vida saludable. *Rev Cubana Aliment Nutr* [Internet]. 2012 [citado 09/02/2019];22(2):340-347. Disponible en:
<https://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/468>
4. Baile JI, González Calderón MJ, Palomo R, Rabito Alcón MF. La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Clínica Contemporánea*. [Internet]. 2020 [citado 17/07/2022];11(3):1-14. Disponible en:
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/20200330165557901001>
5. Lafuente MD. Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. [Internet]. 2011 [citado 17/07/2022];14:1490-1504. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D6250628&ved=2ahUKEwi>
6. Rojas Valverde D, Brenes Marcano M, Valverde Arce S. Satisfacción de padres de familia con una intervención integral intrahospitalaria pediátrica de sobrepeso-obesidad en Costa Rica. *Movimiento Científico*. [Internet]. 2019 [citado 17/07/2022];13(2):1-9. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7440062.pdf>
7. Nazar Carter G, Sáez Delgado F, Maldonado Rojas C, Mella Norambuena J, Stuardo Álvarez M, Meza Rodríguez D. Intervenciones en obesidad infantil. Una revisión sistemática de la literatura. *Hacia. Prom. Salud*. [Internet]. 2022 [citado 17/07/2022];27(1):213-233. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772022000100213

8. García Morey A. Psicopatología infantil. Su evaluación y diagnóstico. La Habana, Cuba: Ed. Félix Varela; 2013.
9. Cuervo Tuero C, Cachón Zagalaz J, Zagalaz Sánchez ML, González González C. Cómo me veo: estudio diacrónico de la imagen corporal. Instrumentos de evaluación. Magister [Internet]. 2017 [citado 29/06/2022];29(1):31-39. Disponible en: <http://reunido.uniovi.es/index.php/MSG/article/view/12759/11744>
10. Gordillo Gordillo MD, Sánchez Herrera S, Bermejo García ML. La obesidad infantil: análisis de los hábitos alimentarios y la actividad física. Intern Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]. 2019 [citado 29/06/2022];2(1):331-346. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126032>
11. Edo Martínez A, Montaner Gomis I, Bosh Moraga A, Casademont Ferrer MR, Fábrega Bautista MT, Fernández Bueno A et al. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 [citado 09/02/2019];12(45):53-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100006
12. Palomino Pérez AM. Rol de la emoción en la conducta alimentaria. Rev. Chil. Nutr. [Internet]. 2020 [citado 17/07/2022];47(2):286-291. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000200286&lng=es
13. Álvarez Villaseñor AS, Flores Osuna U, Torres Barrera JS, Flores Torrecillas R, Fuentes Orozco C, Reyes Aguirre LI et al. Ansiedad en presencia de alimentos en escolares de Baja California Sur. Nutr. Hosp. [Internet]. 2020 [citado 17/07/2022];37(4):692-697. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000500008&lng=es
14. Castellanos Romo L. Obesidad infantil y hábitos de vida familiar. [Tesis de grado] [Internet]. Madrid, España: Universidad Pontificia. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales; 2020 [citado 29/06/2022]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/41280/TFG-%2520Romo%252C%2520Laura.pdf>

15. Díaz Sánchez ME, Vázquez Sánchez V, Niebla Delgado DM, Delgado Pérez A, Rodríguez Vázquez L, Díaz Fuentes Y. Análisis de las representaciones y creencias sobre la obesidad infantil en escolares cubanos. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* [Internet]. 2014 [citado 09/02/2019];34(1):45-57. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261912991_Analisis_de_las-representaciones_y_creencias_sobre_la_obesidad_infantil_en_escolares_cubanos
16. Delgado Floody P. Variables psicosociales relacionadas a la obesidad infantil y adaptaciones al ejercicio físico intervalado de alta intensidad en escolares [Tesis doctoral] [Internet]. Jaén, España: Universidad de Jaén; 2018 [citado 09/02/2019]. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/tesis?codigo=255306>
17. Sánchez Arenas JJ, Ruiz Martínez AO. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Rev Mex de trastor aliment* [Internet]. 2015 [citado 09/02/2019];6(1):38-44. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>
18. López Sánchez GF, Díaz Suárez A, Smith L. Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de Psicología* [Internet]. 2018 [citado 29/06/2022];34(1):167-172. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.34.1.294781>
19. Losada AV, Rijavee MI. Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. *Revista Neuronum* [Internet]. 2017 [citado 29/06/2022];3(2):1-20. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/95>
20. Amigo Vázquez I, Busto Zapico R, Peña Suárez E, Fernández Rodríguez C. La influencia del sueño y los estados emocionales sobre el índice de masa corporal infantil. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2015 [citado 09/02/2019];82(2):83-88. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-la-influencia-del-sueno-estados-articulo-S1695403314001611>
21. González Toche J, Gómez García A, Gómez Alonso C, Álvarez Paredes MA, Álvarez Aguilar C. Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán. *Aten Fam* [Internet]. 2017 [citado 29/06/2022];24(1):8-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300032>

22. Delgado Floody P, Caamaño Navarrete F, Martínez Salazar C, Jerez Mayorga D, Carter Thuiller B, García Pinillos F et al. La obesidad infantil y su asociación con el sentimiento de infelicidad y bajos niveles de autoestima en niños de centros educativos públicos. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018 [citado 09/02/2019];35(3):533-537. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000300533&lng=es
23. Vallejo Guaminca CG. Análisis sobre la relación entre autoestima y obesidad infantil en escolares [Tesis de grado]. [Internet]. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2021 [citado 29/06/2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25220>
24. Domínguez Vázquez P, Olivares Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Arch Latinoam Nutr* [Internet]. 2008 [citado 09/02/2019];58(3):249-255. Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-6/>
25. Rivadeneira Valenzuela J, Soto Caro A, Bello Escamilla N, Concha Toro M, Díaz Martínez X. Estilos parentales, sobrepeso y obesidad infantil: Estudio transversal en población infantil chilena. *Rev. chil. nutr* [Internet]. 2021 [citado 29/06/2022];48(1):18-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182021000100018&lng=es
26. Ávila Ortiz MN. Percepción de las madres con respecto al peso corporal de sus hijos y sus prácticas de alimentación [Tesis doctoral] [Internet]. Nuevo León, España: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano; 2012 [citado 09/02/2019]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3447/>
27. Godoy Berthet C, Denegri Coria M, Schnettler Morales B. Factores protectores y de riesgos en conductas alimentarias de madres e hijos. *Revista de Psicología* [Internet]. 2020 [citado 29/06/2022];29(2):61-73. Disponible en: <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/57145>
28. Ramírez Serrano B, Ramírez López G, Amezcua Barajas MA, Caballero Hoyos JR. Variables sociofamiliares asociadas a mayor riesgo de sobrepeso y obesidad abdominal en niños escolares de un servicio de pediatría en Colima, México. *Arch Latinoam Nutr*

[Internet]. 2021 [citado 29/06/2022];71(2):104-113. Disponible en:

<https://www.alanrevista.org/ediciones/2021/2/art-3/>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no poseen conflictos de intereses respecto a este texto.

Contribución de los autores

Conceptualización: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Curación de datos: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Análisis formal: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Adquisición de fondos: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Investigación: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Metodología: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Administración del proyecto: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Recursos: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Software: --

Supervisión: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Validación – Verificación: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Visualización: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Redacción - borrador original: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.

Redacción - revisión y edición: Keytel García Rodríguez, Alina Julia Ortega Bravo.