



Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSN: 0443-5117

revista.medica@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Martínez-Munguía, Carlos; Navarro-Contreras, Gabriela
Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil
en México
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 52, núm. 1, 2014, pp. S94-
S101
Instituto Mexicano del Seguro Social
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745485016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México

Carlos Martínez-Munguía,^a Gabriela Navarro-Contreras^b

Psychological, social and cultural factors of overweight and obesity in children and adolescents in México

Child obesity is a serious problem of public health in México. If we don't reverse it quickly, it will generate unsustainable economical consequences to the health institutions in this country, as well as serious health problems. This article reviews some psychological, social and cultural factors in the health-illness process, in particular in relation to food choices, the function of the family, and the food-related parental practices, changes in physical activity, and the role of media. As a conclusion, we can say it is very important to take into account psychological and cultural aspects, as well as the family as a whole in the creation of public policies in the fight against the obesity epidemic. Other fundamental aspect to bear in mind is the generation and effective monitoring of regulations on food advertising, particularly that aimed to children, and also in regards to a labelling of edible products accessible to all people. An interdisciplinary work is essential to generate synergies that help us to control obesity in the first place, and then to be able to reverse this problem, without disregarding the role of prevention.

Keywords

Pediatric obesity
Adolescent health
Child psychology
Adolescent psychology
Etiology

Palabras clave

Obesidad infantil
Salud del adolescente
Psicología infantil
Psicología del adolescente
Etiología

Introducción

La obesidad infantil se ha convertido en un serio problema de salud pública mundial, el cual tiene a México en el primer lugar. De seguir la tendencia como hasta ahora, no habrá recursos que alcancen para paliar los estragos que esta pandemia puede causar a la sociedad mexicana. Es por ello que se vuelve prioritario generar sinergias que nos permitan abordar el problema de forma interdisciplinaria. Es justo en ese sentido que van los esfuerzos del presente trabajo, a fin de identificar, desde la perspectiva psicológica, de qué manera se articulan las variables que pueden estar influyendo en el cambio de hábitos de vida que inciden en el considerable incremento de la obesidad infantil. Si lo pudiéramos dejar en una pregunta, esta sería ¿qué es lo que hacen los niños, sus cuidadores, la sociedad y los tomadores de decisiones para generar sobrepeso u obesidad?

Muchos trabajos abordan el problema desde distintas perspectivas, de las cuales una es la biológica.¹ Es sabido que si ambos padres son obesos, el riesgo para los hijos es de 50 a 69 %; y si ninguno de los dos es obeso, el riesgo para la descendencia será de 9 %. En el estudio de Burrows *et al.* se encontró una asociación significativa entre sobrepeso extremo al nacer, la obesidad y la diabetes mellitus tipo dos.² Sin embargo, los factores biológicos solo explican una parte del total de casos de obesidad infantil. Otros autores abordan el problema desde el ámbito social,³ y algunos más lo hacen desde la perspectiva psicológica; por ejemplo, los trabajos de Fuemmeler *et al.* analizan la asociación entre abuso sexual y obesidad;⁴ por su parte, Moisis⁵ aborda la relación entre los cambios de hábitos de las familias a la hora de comer, y el incremento en la incidencia de sobrepeso en los miembros de la familia.

Cifras del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en población en edad escolar (5 a 11 años), según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, fue de 34 % (20 y 14 %, respectivamente). Para las niñas, esta cifra representó el 32 % (20 y 12 %, de manera respectiva), mientras que para los niños es casi 5 puntos porcentuales mayor, 37 % (20 y 17 %, respectivamente). Esta prevalencia en niños en edad escolar representa alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional.⁶ Recordemos que en la encuesta ENSANUT 2006⁷ se reportó una incidencia en niños del mismo rango de edad de 26 %. Esto demuestra que los esfuerzos por revertir el sobrepeso y la obesidad en la población infantil no han

Recibido: 24/06/2013

Aceptado: 11/12/2013

Resumen

La obesidad infantil constituye un grave problema de salud pública en México. De no revertir la problemática, rápidamente generará, además de graves problemas de salud, consecuencias económicas insostenibles para las instituciones de salud en nuestro país. En este artículo presentamos una revisión de algunos de los factores psicológicos, sociales y culturales que intervienen en la obesidad infantil y juvenil, como los aspectos culturales alrededor del proceso salud-enfermedad y, en particular, de la alimentación; el rol familiar y las prácticas que se generan en ese ámbito; los cambios en la actividad física, y los medios de comunicación. Se concluye

que es de vital importancia tomar en consideración los aspectos psicológicos y culturales, así como a la familia en su conjunto, a fin de generar intervenciones y políticas públicas en el combate contra la obesidad. Otro aspecto que es de una importancia capital es la generación y la vigilancia efectiva de normativas en materia de publicidad alimentaria, en particular la dirigida a los niños, y en el etiquetado accesible a todo público de los productos comestibles. Es indispensable un trabajo interdisciplinario a fin de que se generen sinergias que nos ayuden a controlar la obesidad, para después poder revertir la obesidad infantil sin que olvidemos el papel de la prevención.

dado los resultados esperados, lo cual debería obligarnos a replantear el problema y abordarlo desde otras perspectivas.

Respecto al sobrepeso y la obesidad en adolescentes (12 a 19 años), los resultados de la ENSANUT 2012 arrojan una prevalencia de 35 %, la cual representa a 6 325 131 individuos. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada 10 presenta obesidad. Si desagregamos estas cifras en función del sexo, encontramos que el 36 % de las mujeres presentan alguno de estos problemas, contra el 34 % de los hombres. La proporción de sobrepeso fue mayor en mujeres (24 %) que en hombres (20 %), mientras que el porcentaje de obesidad de adolescentes varones fue mayor (14 %) que en las de sexo femenino (12 %); a pesar de esto, las mujeres se perciben a sí mismas como más obesas que los hombres.

Ya en el 2010 García-Rodríguez *et al.* advertían del riesgo económico que implica para la viabilidad sanitaria del país no atender este problema. Lo referían de la siguiente manera:

En la actualidad, [...] México tiene que canalizar 190 mil millones de pesos del gasto público hacia la atención de los problemas de salud asociados a la obesidad, esto es, la mitad del presupuesto de todas las instituciones públicas de salud.⁸

Estudios como los de Fausto³ atribuyen el incremento en los índices de obesidad al cambio de hábitos en la población mexicana, ya que al querer pasar de una sociedad en vías de desarrollo a un país desarrollado, las costumbres y los hábitos alimenticios cambian, de consumir mayor cantidad de alimentos de origen natural, al consumo de productos industrializados, con un alto contenido calórico y de grasas saturadas. Otro factor puede estar determinado por la globalización, puesto que se pretende homogeneizar

la dieta en toda la aldea global: las grandes transnacionales invierten anualmente cantidades estratosféricas de dinero para incidir en los gustos de los consumidores, lo cual provoca que el consumo sea menos variado y más industrializado.

Se ha insistido frecuentemente en ver a la alimentación humana como un fenómeno relacionado con la condición biológica, social y cultural,⁹ muchas veces dejando de lado la perspectiva psicológica, la cual debería estar siempre presente en el análisis de los procesos alimenticios. Si bien las costumbres culturales influyen significativamente en el tipo de alimentación que una persona elige, la decisión final va a ser del individuo. En realidad ambas esferas se encuentran fuertemente interrelacionadas; sin embargo, para fines analíticos puede resultar de mayor utilidad identificar qué factores corresponden a cada una de esas dimensiones, ya que de esa forma se tendría la posibilidad de controlar las variables en caso necesario.

Cultura, alimentación y obesidad

La relación entre cultura y salud es realmente compleja y nos invita a considerar un caleidoscopio de causas, experiencias y tratamientos para las dolencias humanas. En este sentido, si reconocemos que la biología y la cultura están intrincadamente unidas, y que las distintas maneras de entender el funcionamiento del cuerpo humano, pueden y de hecho llevan a diferentes concepciones de cómo “arreglarlo” o curarlo,¹⁰ entonces un entendimiento amplio del contexto social en que los individuos aprenden acerca de la comida y la experimentan es útil para entender el fenómeno actual de la obesidad. Como mencionan Buckroyd y Rother,¹¹ comer es un acto primario, alrededor del cual se desarrollan actividades sociales, desde la recolección de los alimentos, hasta reunirse con otras personas para prepararlos y consumirlos.

Según Nettleton (1995, en MacLachlan),¹⁰ las ciencias psicológicas, sociológicas y antropológicas tratan de responder a las limitaciones inherentes al modelo biomédico, e incluyen la poca atención que se da al contexto socio-ambiental de la salud-enfermedad, el hecho de que se suele tratar a los pacientes como sujetos pasivos, el negarles su propia interpretación de las experiencias que viven, y el no aceptar formas alternativas de curación.

En particular, la psicología de la salud se centra en la unidad más pequeña de la sociedad: el individuo, y en cómo las experiencias de vida y las características de los individuos influyen en su salud. Dichas experiencias son centrales, pero de ninguna forma independientes de factores estructurales y culturales. De acuerdo con Bandura,¹² según el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos que la persona tenga, o pueda tener, serán los efectos en su salud. Los factores cognoscitivos juegan un papel muy importante, ya que cada uno de los individuos valora su estado de salud y toma decisiones acerca de su dieta, el fumar o no, el ejercitarse o no, etcétera, además de que tiene sus propias creencias respecto a las enfermedades, o en torno a determinada enfermedad en particular. Para Sánchez-Sosa,¹³ las cogniciones o creencias son un elemento clave que contribuye al continuo salud-enfermedad y hay, al menos, dos formas en las que pueden acercar a la enfermedad o proteger de ella. La primera ocurre cuando las creencias personales afectan al comportamiento instrumental (lo que realmente se hace), esto es, cuando la persona tiene una creencia de que algo puede afectar su salud, tiende a comportarse de acuerdo con ella y, por lo tanto, a comprometerse en comportamientos con los que proteja su salud. La segunda forma involucra el manejo o la regulación de las emociones. Las creencias, de acuerdo con Pepitone,¹⁴ son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa. Son conceptos normativos creados en grupos y fuertemente enraizados culturalmente. Particularmente, las creencias son conceptos acerca de la naturaleza y las causas de las cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida.

La necesidad de entender las influencias sociales en el funcionamiento psicológico individual es estudiada por la psicología transcultural.¹⁵ Dicha perspectiva reconoce la necesidad de tomar en cuenta el contexto cultural al tratar de entender lo que el individuo piensa y por qué lo hace de esa manera; también reconoce que la cultura colectiva y la psicología individual se encuentran en relación recíproca; esto es, se hacen la una a la otra. En cuanto a la cultura, una de sus definiciones es la propuesta por Kroeber y Kluckhohn:¹⁶ “La cultura es a la sociedad lo que la memoria es al indi-

viduo” (p.114). Las variaciones culturales son intuitivamente intrigantes y nos invitan a poner atención en ellas, especialmente en relación con la salud. Partiendo de lo anterior, podemos establecer que como muchos otros padecimientos, la obesidad está social, cultural y económicamente modelada.

Uno de los aspectos íntimamente ligados a la obesidad es sin lugar a dudas la alimentación. La alimentación humana es un acto en el que se conjugan fenómenos de naturaleza muy diversa, ya que incluye un conjunto de interacciones sociales y biológicas mediadas por la cultura donde se lleva a cabo.¹⁷ Una parte fundamental de la cultura la constituyen las creencias que se desarrollan en ella y para su análisis, en el tema que aquí nos compete, son útiles los modelos cognitivos de la psicología, que hacen énfasis en nuestras creencias acerca de la comida. Dichas creencias son reflejo de lo que la comida significa para nosotros y qué tanto es atractiva, una amenaza, saludable o aburrida. Nuestras creencias facilitan, dificultan o prohíben el consumo de determinados productos, así como influyen en nuestros gustos y aversiones.¹⁸ Sin embargo, dada la enorme diversidad cultural relativa a las preferencias alimentarias, se acepta en general que la elección de los alimentos es un fenómeno más complejo que las simples preferencias innatas. En este sentido, de acuerdo con Rozin,¹⁹ el mejor predictor de las preferencias, hábitos y actitudes alimenticios de cualquier ser humano es la información acerca de su grupo cultural o étnico, más que cualquier medida biológica que podamos imaginar.

El ser humano aprende a asociar ciertos alimentos con el placer o con celebraciones y aprendemos que algunos de ellos nos hacen sentir bien con nosotros mismos, mientras que otros nos hacen sentir culpables, pueden simbolizar fuerza, bienestar, salud y éxito, placer y gratificación, liberación de situaciones de estrés, así como ser el elemento esencial en festividades, ceremonias, rituales y días especiales.¹¹ Por lo tanto, se puede concluir que en la elección de los alimentos predominan las preferencias y el gusto, es decir, las cualidades sensoriales, psicosociales y culturales, más que el aporte nutricional que puedan brindar. Y estos elementos deben ser tomados en cuenta.

Al respecto Vargas¹⁸ propone una clasificación de los alimentos y platillos que puede ayudar a las personas con obesidad a llevar una dieta adecuada. Los agrupa en: *básicos*, que son los más arraigados para cada persona y forman parte de cada una de las comidas del día y cuya ausencia es notable (por ejemplo, tortillas o pan); *primarios*, que son aquellos consumidos con suma frecuencia en casi todas las comidas y son los acompañantes frecuentes del alimento básico (por ejemplo, frijoles, chile, pollo); *secundarios*, consumidos con frecuencia, pero no todos los

días (por ejemplo, espinacas y jamón); y *periféricos*, que son productos consumidos rara vez, por ser propios de determinada temporada o fiesta, y de difícil acceso (por ejemplo, el mole, los romeritos, la caña, etcétera). A partir de la clasificación anterior, Vargas propone seis principios elementales, de los que el primero estriba en evitar suprimir el alimento básico y los primarios, que son los más arraigados en el gusto y la comida de las personas. Sugiere limitar su consumo y sustituirlos parcialmente por un equivalente. Menciona que es importante respetar en la medida de lo posible las circunstancias y los horarios en los que el paciente está acostumbrado a comer; procurar que las recetas contengan las cantidades recomendadas de sus componentes, y evitar los excesos a partir de la reducción de los tamaños de las porciones. Asevera que el reto es que la persona considere que ha comido “como Dios manda”, ya que en las prescripciones dietéticas frecuentemente se suele olvidar que el paciente tiene gustos y aversiones, lo cual a menudo lleva al fracaso.

Por otro lado, la gente por lo general tiene otras razones importantes para no adoptar medidas que beneficiarán su salud, por lo cual resulta interesante y necesario realizar un análisis más profundo sobre el antojo y el papel que juega en nuestra cultura con relación a la alimentación. El mismo Vargas²⁰ define el antojo como aquello que se consume fuera del orden social, que supuestamente es poco nutritivo y en ocasiones dañino por el exceso de grasa o de hidratos de carbono; menciona que el antojo responde a un vivo deseo y es una comida de escape que opone el orden al desorden y puede ocasionar sentimientos de culpa. De acuerdo con este mismo autor,¹⁸ los antojos ayudan a identificar la inventiva culinaria, así como los verdaderos gustos para la comida. El análisis de los antojos, gustos y disgustos con relación a la alimentación, así como de los hábitos y creencias personales, puede ayudarnos a resolver el problema de la poca efectividad que tienen a largo plazo la mayoría de los programas de control de peso.

El papel de la familia en la obesidad infantil

Un paso fundamental en busca de la prevención de la obesidad infantil es el análisis de las prácticas que los padres realizan con respecto de la alimentación infantil, ya que estas se asocian, como lo indican diversas investigaciones.²¹⁻³¹ Las prácticas parentales de alimentación infantil son centrales en el ambiente temprano del menor, pues tienen efectos directos sobre el resto de su vida^{23,32} e influyen en las preferencias por ciertos alimentos y en la regulación de su consumo de energía.^{23,24} Se definen como conductas específicas orientadas a una meta en particular,³³ a través de

las cuales los padres desempeñan su papel. Algunos ejemplos de dichas conductas son el monitoreo, el control, los halagos, etcétera.

El ambiente social de la alimentación infantil también es importante en la formación de las preferencias del niño y su consumo, como revelaron una serie de experimentos iniciadores de Birch, Zimmerman y Hind.²² En ellos se muestra que los niños aprenden a que les disgusten los alimentos consumidos con el objetivo de obtener recompensas, por ejemplo “Come tus vegetales y podrás ver televisión”, o bien cuando se obliga a los niños por medios coercitivos a ingerir ciertos alimentos. De acuerdo con Birch *et al.* (en Johnson),³⁴ cuando se quiere que los niños incrementen su consumo de, por ejemplo, vegetales verdes y a cambio se les ofrecen alimentos dulces (por lo general más atractivos para ellos) y energéticamente densos, la asociación hacia dicho alimento decae, no se logra que incremente su consumo pero sí el de los dulces, ya que además se ha observado que aprenden a preferir alimentos consumidos en contextos sociales en donde se administran reforzadores positivos. Por lo tanto, la práctica común de usar alimentos como recompensa para incentivar la ingestión de alimentos menos preferidos, como suelen ser las verduras, puede producir ganancia a corto plazo en cuanto a consumo, pero es contraproducente para una meta a largo plazo, como puede ser el establecer hábitos saludables de alimentación y la aceptación de una amplia variedad de alimentos.

Los niños aprenden mucho de lo que ven, de lo que hacen, de lo que se les dice, pero lo que más asimilan es cómo se comportan otras personas. Johnson³⁴ asevera que con el solo hecho de que el niño vea a otras personas que son significativas para él aprende a aceptar y preferir incluso estímulos nocivos, basándose en claves sociales y medioambientales; por eso, durante las comidas lo que más cuenta es el buen ejemplo.

Percepción de los padres en torno a la obesidad infantil

A pesar del inminente problema del sobrepeso y la obesidad infantil, en ciertos estudios se ha notado que los padres no necesariamente aprecian el riesgo de salud física asociado con la obesidad en la niñez,^{35,31} pueden no percibir a sus niños obesos como tales y pueden estar preocupados solamente por el peso del niño si este limita su actividad física o cuando el niño es sujeto de bromas o es molestado (a raíz de su sobrepeso) por sus pares; piensan que un niño “gordito” es un niño sano y que cuando se “estire” se resolverá el problema, sin que le den la importancia a los problemas de salud que se pueden generar a corto y largo plazo en sus hijos.

Actividad física en niños y adolescentes

Es conocido que para que se presente la obesidad o el sobrepeso en una persona, la causa no solamente es la cantidad y calidad de alimentos que ingiere; también el factor del gasto energético (actividad física) tiene un fuerte peso en la ecuación sobrepeso-obesidad. Por ello, se debería dirigir la atención a aquellos factores que inciden para que niños y niñas cada vez desarrollen menos actividades físicas. Algunos de los factores asociados al fenómeno son:

- a) El cambio de hábitos en las rutinas de los infantes: antes había pocas cosas que hacer de forma sedentaria y los niños solían participar en actividades en las que se requería mayor movilidad: por ejemplo, las niñas solían jugar a “el avión”, “resorte”, “saltar la cuerda”, etcétera.; y, por su parte, los niños participaban en juegos como “chinchilegua”, “burro entamado”, además de un sinfín de juegos mixtos: como “las traes”, “quemados”, “bote pateado”, entre muchos otros.
- b) La inseguridad en la que la sociedad mexicana se ha visto envuelta en años recientes ha traído como consecuencia que menos padres de familia permitan a sus hijos menores de edad salir a jugar a la calle o a alguna unidad deportiva, ya que siempre está el riesgo latente de que se encuentren con personas o situaciones riesgosas. Por lo tanto, prefieren que sus hijos se queden en casa y se la pasen viendo televisión o jugando con alguno de los múltiples *gadgets*, debido a que sienten que de esa manera sus hijos no se exponen a mayores riesgos.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 señala que 29 % de los adolescentes de entre 15 y 18 años de edad pasan más de 28 horas a la semana viendo televisión, mientras que el 34 % lo hace más de 14 horas por semana. Eso explica el gran sedentarismo al que los jóvenes se exponen. En la escuela el panorama no es más alentador, ya que la jornada escolar contempla pocas horas de educación física en los programas escolares; pero en la realidad niños y jóvenes tienen menos horas de educación física que lo se dice en papel, entre otras cosas porque ese tipo de asignaturas cuenta con poco prestigio y es raro que las clases sean tomadas en serio por los que intervienen en el sistema escolar (directivos, profesores y alumnos). Es por ello que son desdeñadas por la mayoría y se llegan a ver a veces como una extensión de la hora de recreo, como lo deja demostrado Kneer en su estudio (citado por Aguayo)³⁶ cuando afirma que 96 % de los profesores de educación física no planean sus actividades.

Cambio de hábitos alimenticios y medios de comunicación

Es un hecho que nuestra sociedad se encuentra en un vertiginoso proceso de transformación. La forma como las familias se organizan está cambiando radicalmente, por ejemplo, cada día más mujeres se incorporan al ámbito laboral; sin embargo, los hombres (parejas de esas mujeres) no regresan al ámbito doméstico a cubrir las “vacantes” que las mujeres dejan en sus hogares. Esto provoca que, en el mejor de los casos, los hijos sean atendidos por terceras personas y que la calidad de esas atenciones no sea la más adecuada; o que, en el peor de los casos, nadie se encargue de ellos y solamente sean monitoreados por medio del teléfono o algún otro medio de comunicación, lo que se ve reflejado en que los hijos adquieran malos hábitos, tanto de alimentación como de activación física.

Aquí es donde cobran sentido los contenidos que se transmiten por la televisión, ya que cada vez van adquiriendo mayor relevancia en cuanto a que se convierten en uno de los ejes que configura el imaginario de niños y jóvenes, incluyendo las creencias respecto a los alimentos. En ese sentido, las autoridades deberían poner mayor atención respecto a los contenidos que se transmiten, sobre todo en cuanto a productos alimenticios dirigidos a menores se refiere. Si bien el objetivo de los medios masivos de comunicación no es necesariamente la educación de la población, deben ser conscientes de la gran responsabilidad social que tienen y del impacto que pueden llegar a alcanzar en su audiencia, máxime cuando se habla de menores de edad. En un estudio australiano realizado por Radnitz,³⁷ se concluye que de los 245 episodios analizados de un programa dirigido a niños menores de 5 años, se encontró que en 231 minutos se hace referencia a patrones de alimentación poco sanos, contra 184 minutos en los que se hace referencia a prácticas de alimentación sanas. Es en esos casos en los que las distintas instituciones que conforman la sociedad deben intervenir, pues ya es conocido que las grandes transnacionales no son capaces de autorregularse, entre otras cosas porque su razón de ser es obtener la mayor ganancia económica posible.

Un ejemplo de que las grandes empresas no son capaces de regularse a sí mismas se dio aquí, en territorio mexicano. En el año 2010, 14 empresas firmaron con la Secretaría de Salud el acuerdo para autorregular la publicidad dirigida a la infancia. Tres años después, investigaciones periodísticas dan cuenta de que 13 de las 14 empresas que firmaron el acuerdo no han hecho ningún cambio en sus patrones publicitarios. Katia García menciona dos ejemplos de empresas que firmaron el acuerdo y no cumplen lo pactado.³⁸

El primer caso es el de la refresquera Coca-Cola, que se comprometió en el 2010 a no publicitar sus bebidas azucaradas a menores de 12 años; sin embargo, en los hechos lo ha seguido haciendo. La investigadora refiere el caso de una campaña navideña con osos polares y otra titulada “Todos fuimos héroes alguna vez”, en donde salen niños disfrazados de superhéroes tomando las bebidas de la empresa. En el segundo caso se refiere a Kellogg’s, que en sus criterios nutricionales considera como saludable una porción de algunos de sus cereales, cuando más de 40 % es azúcar refinada, lo cual se contrapone a los estándares nacionales e internacionales.

Como ya se mencionó, no se trata de que las empresas sean las que por sí mismas moderen sus contenidos, pues están en su legítimo derecho de promocionar sus productos. Autoridades gubernamentales, asociaciones de padres de familia y gremios de profesionales tienen una gran responsabilidad. Así lo hacen ver los resultados que arrojan algunos estudios respecto a que más de 60 % de los niños de sexto grado de primaria ven la televisión mientras comen.³⁹ En la literatura existe evidencia consistente que respalda la idea de que las horas de ver televisión están correlacionadas con problemas de obesidad y sobrepeso. Es el caso de los estudios de Barr-Anderson *et al.*, en los que se demuestra que ver televisión en la preparatoria resultó ser un buen predictor para identificar a aquellos adultos jóvenes que tenían una dieta pobre cinco años después.⁴⁰

Conclusiones

Recapitulando, el fenómeno del sobrepeso y la obesidad infantil es un serio problema de salud pública, el cual debe abordarse de forma multidisciplinaria, afrontando decididamente los distintos vértices que confluyen en él. Debemos generar sinergias que permitan erradicar de nuestra sociedad aquellos factores obesogénicos, desde los factores biológicos (hereditarios, endocrinos) hasta los aspectos que pueden resultar más evanescentes, como los factores psicológicos y socioculturales (creencias, estilos de vida e información nutricional). El cambio de los estilos de vida pasa por propiciar espacios públicos seguros que las familias puedan retomar para desarrollar actividades físicas.

El gusto y la preferencia en el consumo de alimentos es un factor psicológico determinante para que una persona se adhiera o no a una dieta sana y se generen estilos de vida saludables. La evidencia empírica acumulada a lo largo de años de investigación, en el sentido de que la infancia y la adolescencia son etapas determinantes para el establecimiento

de pautas de comportamiento para el resto de la vida, nos debe llevar a articular estrategias para que las campañas de publicidad que tienen que ver con promoción de alimentos cumplan con los requerimientos de las normas oficiales mexicanas. Para lograrlo, consideramos necesario que los distintos sectores de la sociedad interesados en el tema se organicen para vigilar su cabal cumplimiento. Una buena estrategia podría consistir en que las autoridades se comprometan a hacer cumplir las leyes ya existentes, y en que las organizaciones de padres de familia y las asociaciones de profesionales especialistas en distintas áreas asuman parte del compromiso social que les corresponde, a fin de fomentar en nuestra sociedad un entorno más saludable.

Otro aspecto prioritario en el que el hogar es fundamental como espacio estratégico, es la actividad física que niños y jóvenes hacen a lo largo de su jornada diaria. En principio hay que cambiar las falsas creencias de que los niños y jóvenes que pasan largos periodos de tiempo sentados frente al televisor, o algún otro aparato electrónico, están a salvo de riesgos. En ese sentido es prioritario insistir en los riesgos para la salud que existen a mediano y largo plazo cuando se abusa del tiempo que se emplea de manera sedentaria frente a este tipo de aparatos.

Las autoridades y los tomadores de decisiones tienen que realizar una doble tarea; por un lado, asegurarse de que los programas de educación física realmente se cumplan e incentivar de manera más proactiva la práctica deportiva de niños y jóvenes; por otro lado, hay que garantizar que este grupo etario esté realmente seguro en la calle o en alguna unidad deportiva. La sociedad en su conjunto debe ser consciente de que en la medida en que un espacio público se abandona, es tomado por otros agentes (pandilleros, drogadictos). Por ello, se vuelve prioritario retomar los espacios públicos para alentar la actividad física. A nivel nacional existen muchos intentos al respecto, con distintos niveles de logro; por ahora recordemos dos ejemplos que pueden ser considerados exitosos: uno de ellos lo tenemos en la capital de San Luis Potosí, en el centro de la ciudad y, en particular, en los andadores. En este lugar se ven muchas personas movilizándose a pie y la práctica de largas caminatas parece ser algo usual. El otro ejemplo es el de la ciudad de Guadalajara, en donde los domingos y días festivos se cierran al tránsito vehicular algunas de las principales vías de la ciudad para que la gente transite a pie, en bicicleta o en cualquier medio no motorizado y tome las calles para desarrollar algún tipo de actividad física, además del tiempo que pueda pasar en la vía propiamente dicha. Con esto se incentivan alternativas de convivencia y movilidad.

Dada la evidencia en el sentido de que la obesidad tiene múltiples factores causales (biológicos, psicológicos y socioculturales), el sistema de salud debería considerar, en el tratamiento de las personas con sobrepeso y/o obesidad, que hay que tomar en cuenta a la familia en su conjunto, así como el entorno del paciente, ya que en el modelo tradicional se somete a dieta al paciente, mientras que los otros miembros del sistema familiar continúan con las mismas prácticas obesogénicas, lo cual aumenta considerable-

mente la probabilidad de que el paciente desatienda las indicaciones médicas y evita que juntos construyan ambientes de alimentación más saludables.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no ha sido reportado alguno que tenga relación con este artículo.

^aCentro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

^bCoordinación de la Maestría en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán

Comunicación con: Carlos Martínez-Munguía

Teléfono (33) 3818 0730, extensión: 33319

Correo electrónico: carmtz@cencar.udg.mx

México

Referencias

- Newby PK. Are Dietary Intakes and Eating Behaviors Related to Childhood Obesity? A Comprehensive Review of the Evidence. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2007;35(1):35-60.
- Burrows R, Burgueño M, Gaitas V, Barrera G, Leiva L. Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infanto juvenil. *Revista Médica de Chile*. 2001;129:1155-62.
- Fausto J, Valdez R, Aldrete M, López M. Antecedentes Históricos Sociales de la Obesidad en México. *Investigación en Salud*. 2006;VIII,2.
- Fuemmeler BF, Dedert E, McClernon FJ, Beckham JC. Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a U.S. population-based survey of young adults. *Journal of Traumatic Stress*. 2009;22(4):329-33.
- Moisio R, Arnould EJ, Price LL. Between Mothers and Markets Constructing family identity through homemade food. *J Consum Cult*. 2004;4(3):361-84.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) México: Secretaría de Salud; 2012.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). México: Secretaría de Salud; 2006.
- García-Rodríguez J, García-Fariñas A, Rodríguez-León G, Gálvez-González A. Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco*. 2010;16(1):891-5.
- Meléndez-Torres JM, Cañez-de la Fuente GM, Frías-Jaramillo H. Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2010;8(2):331-47.
- MacLachlan M. *Culture and Health*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd; 2006.
- Buckroyd J, Rother S. *Psychological Responses to Eating Disorders and Obesity*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
- Bandura A. *Self Efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman & Co; 1998.
- Sánchez-Sosa JJ. Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health. *Encyclopedia of Life Support System (EOLSS), Social Sciences and Humanities*; 2002.
- Pepitone A. El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 1991;7,61-79.
- Berry JW, Poortinga YH, Segal MH, Dasen PR. *Cross-Cultural Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- Kroeber F, Kluckhohn C. *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Cambridge: Harvard University Printing; 1952.
- Vargas LA, Aguilar P. Una visión integral de la alimentación: cuerpo, mente y sociedad. *Cuadernos de Nutrición*. 2002;25(2):88-92.
- Vargas LA. ¿Para qué sirven los estudios antropológicos sobre alimentación y nutrición? *Diario de campo*. 2010; julio-septiembre: 66-71.
- Rozin P. The importance of social factors in understanding the acquisition of food habits. In ED Capaldi and TL Powley (eds). *Taste, Experience, and Feeding*. Washington, DC: American Psychological Association; 1990.
- Vargas LA. ¿Porqué comemos lo que comemos? *Antropológicas nueva época. Antropología y alimentación*. 1993;(7)24-31.
- Baughcum AE, Powers SW, Johnson SB, Chamberlin LA, Deeks CM, Jain E, et al. Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *Journal of Development Behavior Pediatrics*. 2001;22:391-408.
- Birch LL, Zimmerman SJ, Hind H. The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. *Child Development*. 1980;51:856-61.
- Birch LL. Psychological influences on the child diet. *Symposium: The effects of childhood diet on adult health and disease. American Society for Nutritional Science*. 1998;S407-10.

24. Birch LL, Fisher JO. Mother's child feeding practices influence daughter eating weight. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2000;71:1054-61.
25. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas TK, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL, et al. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001;36:201-10.
26. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2003;78:215-20.
27. Cutting MT, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Birch LL. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mother's dietary disinhibition. *American Society for Clinical Nutrition*. 1999;69:608-13.
28. Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, Kerns J, Storey M, Stunkard AJ. Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics*. 2004;114:429-e36.
29. Johnson SL, Birch LL. Parent's and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*. 1994;94:653-61.
30. Navarro-Contreras G, Reyes-Lagunes I. Prácticas parentales e IMC de niños(as) en edad preescolar y escolar. *Revista de psicología social y personalidad*. 2005;24,2:91-202
31. Navarro-Contreras G, Prácticas parentales de alimentación infantil en tres ciudades del centro-occidente de México. Resultados preliminares. En Mandujano JL *Aportaciones de la Psicología de la Salud*. México D.F.: Lira impresos; 2010. p81-98.
32. Brenner V, Fox R. An Empirical derived classification of parenting practices. *Journal of Genetic Psychology*. 1999;160:343-57.
33. Darling N, Seteinberg L. Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*. 1993;113:487-96.
34. Johnson SL. Children's food acceptance patterns: the interface of ontogeny and nutrition needs. *Nutritional Reviews*. 2002;60:S91-4.
35. Baughcum AE, Powers SW, Johnson SB, Chamberlin LA, Deeks CM, Jain E, et al. Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2001;22:391-408.
36. Aguayo-Rousell HB. Las prácticas escolares de los educadores físicos. *Perfiles Educativos*. 2010;32(128).
37. Radnitz C, Byrne S, Goldman R, Sparks M, Gantshar M, Tung K. Food cues in children's television programs. *Appetite*. 2008;52(1):230-3.
38. Animal Político. 13 de 14 empresas no regulan publicidad dirigida a niños. (consultado el 28 de marzo de 2013). Disponible en <http://www.animalpolitico.com/2013/03/empresas-de-alimentos-incumplen-autorregulacion-de-publicidad/#ixzz2OwfJq5wK>
39. De la Macorra A, Niño-Martínez C. ¿Por qué México es un país de niños con sobrepeso u obesidad? *MediSur*. 2011;9(3):20-4.
40. Barr-Anderson DJ, Larson NI, Nelson MC, Neumark-Sztainer D, Story M. Does television viewing predict dietary five years later in high school students and Young adults? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. (2009).