



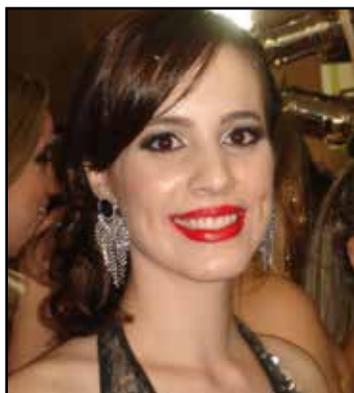
**Español**

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Perspectiva familiar sobre obesidad infantil y sus formas de enfrentamiento: estudio descriptivo

Fernanda Borges<sup>1</sup>, Mayckel da Silva Barreto<sup>2</sup>, Maria das Neves Decesaro<sup>1</sup>,  
Claudia Silveira Viera<sup>3</sup>, Sonia Silva Marcon<sup>1</sup>

*1 Universidad Estadual de Maringá*

*2 Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Mandaguari*

*3 Universidad Estadual del Oeste de Paraná*

### RESUMEN

**Objetivo:** identificar como la familia percibe la salud del niño con obesidad y cuáles son las estrategias adoptadas para su enfrentamiento. **Método:** investigación descriptiva de enfoque cualitativo. Los datos fueron colectados entre enero y mayo de 2014 por medio de entrevistas con 14 madres de niños obesos. Los discursos fueron sometidos a Análisis de Contenido, Modalidad Temática. **Resultados:** Se observó que algunas familias no reconocían la obesidad como problema de salud, mientras que otras identificaban complicaciones. El estímulo a hábitos alimenticios saludables y la práctica de actividades físicas constituían las principales estrategias de enfrentamiento adoptadas por las familias. Sin embargo, a veces, algunas prácticas perjudicaban la salud. **Conclusión:** la familia parece reconocer la obesidad infantil como un problema de salud cuando el niño presenta complicaciones, e, en este momento, pasa a enfrentarla. Profesionales de salud deben estar atentos a las diferentes formas de entendimiento y enfrentamiento de la obesidad infantil para que puedan actuar de forma calificada.

**Descriptor:** Obesidad Pediátrica; Relaciones Familiares; Enfermería Pediátrica; Estilo de Vida; Salud Pública.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad actualmente constituye un problema de salud pública en los países con alto poder económico y también en aquellos menos favorecidos, en que la desnutrición y el bajo peso eran más evidentes<sup>(1)</sup>. Por otra parte, la obesidad ha surgido cada vez más precoz, reflejado en el aumento expresivo de niños con sobrepeso y obesidad<sup>(2)</sup>. Por ejemplo, en 1990, eran 31 millones (5%) de niños menores de cinco años con sobre peso y en 2012 ya eran 44 millones (6,7%)<sup>(1)</sup>.

Niños obesos poseen mayores chances de convertirse en adultos obesos<sup>(2)</sup>, además, esta condición de salud se asocia a una diversidad de complicaciones graves y el riesgo aumentado para enfermedades prematuras<sup>(1)</sup>. Con el fin de fomentar los cambios en el escenario actual de la obesidad infantil, es necesario su reconocimiento como problema de salud pública, elaboración de acciones preventivas y el desarrollo de tratamientos efectivos aún en la infancia.

De esta forma, la detección precoz de la obesidad, su control y tratamiento deben abarcar todos los espacios sociales en que el niño está insertado, con énfasis en el involucramiento familiar en ese proceso<sup>(3)</sup>. En los últimos años, investigaciones fueron producidas abordando la percepción de la familia en relación al estado nutricional infantil<sup>(3-5)</sup>, sin embargo, aún existen lagunas sobre la comprensión de la familia con relación a esa enfermedad y también en lo que se refiere a las acciones desarrolladas en el ámbito familiar para el enfrentamiento de la obesidad.

Delante de eso, se define como objetivo de la presente investigación, identificar como la familia percibe la salud del niño con obesidad y cuáles son las estrategias adoptadas para su enfrentamiento.

## MÉTODO

Investigación descriptiva, de enfoque cualitativo, realizado en un municipio de medio porte de la región sur de Brasil, por medio de entrevista con el cuidador principal del niño obeso. Se optó por realizar una investigación cualitativa, pues su foco está direccionado al individuo y en la sociedad, con el objetivo de profundizar el conocimiento sobre cuestiones relacionadas al cotidiano de las personas, considerando las interpretaciones sobre sus experiencias<sup>(6)</sup>. Así, el fenómeno en estudio – entendimiento y enfrentamiento de la obesidad infantil en el seno familiar – podría ser mejor comprendido por medio del enfoque cualitativo.

Para la selección de los individuos de la investigación se utilizó el banco de datos del Sistema de Vigilancia Alimenticia y Nutricional (SISVAN) del municipio, el cual permitió la localización de niños con edad entre seis y diez años incompletos clasificadas como obesos. Este sistema recibe informaciones de 63 equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), actuantes en las 28 Unidades Básicas de Salud (UBS) existentes en el municipio, por ocasión de la colecta de datos.

A partir de las informaciones de ese informe, fue posible contactar los responsables por el niño, para que fuesen convidados a participar de la investigación. En este momento, ellos fueron informados sobre los objetivos del estudio y la forma de participación deseada. El contacto inicial con la familia fue por teléfono, y con aquellas que estuvieron de acuerdo en participar, fue agendada, de acuerdo con su disponibilidad, una visita domiciliar.

Para realizar entrevistas fue utilizado un guion constituido de cinco cuestiones. Estas abordaban la percepción del estado de salud actual del niño, la rutina alimenticia de la familia y del niño, las actitudes que la familia creía con-

tribuir para a la reducción y el aumento de peso del niño y el conocimiento de ella sobre el tema obesidad infantil. También fue utilizada la escala visual de Tiggeman y Wilson-Barret<sup>(7)</sup> con nueve figuras representativas de la condición ponderal del niño, siendo que la figura un correspondía al bajo peso y la figura nueve a un niño con un mayor grado de obesidad (Figura 01). A los participantes fue solicitado señalar la figura a la que creían corresponder a su hijo y aquella que quisieran que él correspondiese.

**Figura 1.** Conjunto de Siluetas para la evaluación de la Imagen Corporal



Fuente: Tiggemann y Wilson-Barret (1998)<sup>(7)</sup>

Obteniendo la anuencia de los familiares, las entrevistas fueron grabadas. En seguida, transcritas en su totalidad y sometidas al análisis de contenido, modalidad temática<sup>(6)</sup>, involucrando tres etapas. En la primera, la de pre-análisis, se produjo la organización del material a partir de la lectura exhaustiva dos relatos obtenidos en las entrevistas. En la segunda etapa, de la exploración del material, fueron recortadas las unidades de registro con la utilización de plumas de colores para la identificación de los temas trabajados. Por fin, en la tercera etapa, interpretación de los resultados, los discursos fueron confrontados con la literatura científica de modo a ampliar la comprensión del fenómeno.

El estudio sucedió en conformidad con las prerrogativas fijadas por la resolución 466/12

del Consejo Nacional de Salud y aprobado por el comité permanente de ética en investigación envolviendo seres humanos de la Institución signataria (parecer n° 500.380). Todos los participantes firmaron el termino de consentimiento libre y esclarecido. Para preservar sus identidades, los discursos fueron identificados por la orden de realización de la entrevista seguido por las edades de la madre y del hijo, conforme el ejemplo: *madre 1, 28 años – hijo, 9 años*.

## RESULTADOS

A partir del contacto con el cuidador principal del niño fueron informantes del estudio 13 madres y una abuela, con edad variando de 28 a 63 años. En la identificación de los discursos, todas las respondientes fueron consideradas madres, pues la única abuela participante de la investigación también ejercía esa función para el niño. El análisis de los discursos permitió la identificación de dos categorías temáticas: “reconociendo el estado de salud del niño y las consecuencias de la obesidad infantil”; y “desarrollo, mantención y tratamiento de la obesidad infantil: el enfrentamiento de la familia”.

### *Reconociendo el estado de salud del niño y las consecuencias de la obesidad infantil*

Algunas madres no percibían la obesidad como problema de salud, en estos casos, hacían referencia a la presencia de otras patologías como obstáculo para llegar al estado de salud deseable. Otras demostraron reconocer la condición de obesidad y la influencia de esta en el estado de salud de sus hijos.

Ella está bien, gracias a Dios. Sólo sacando el problema de la tiroides. Pero, esto va en el control. Ella tenía un pro-

blema de rinitis, pero también ya operó hace tres años y las amígdalas también (Madre 3, 42 años – Hija, 9 años).

Ella siempre fue saludable, ahora es que está con diabetes, pero siempre fue un niño saludable, nunca tuvo anemia y nunca estaba enferma (Madre 12, 30 años - Hija, 7 años).

La madre 5, justificó que por el hecho del tratamiento de la obesidad ser comportamental, no la considera como una enfermedad. Para esa enfermedad se requiere tratamiento farmacológico, acompañamiento médico o intervención quirúrgica.

Yo no considero [la obesidad] una enfermedad, pero es crítico. No es una cosa así normal, de decir que no es nada. Pero, creo que no llega a ser enfermedad, porque si usted tiene un cambio de comportamiento usted adelgaza. Ahora la enfermedad, no es sólo un cambio de hábito, usted tiene que tomar medicamentos, hacer tratamiento, cirugías... (Madre 5, 31 años – Hijo, 9 años).

La obesidad infantil era considerada enfermedad solamente cuando alcanzaba un grado mórbido, especialmente cuando ya estaban presentes algunas consecuencias o en los casos en que las complicaciones comenzaban a manifestarse.

No considero la obesidad una enfermedad. Sinceramente hay casos y casos. Conozco niños de la edad de ella que es así [demuestra colocando los dos brazos distantes del cuerpo], en este caso, ella está transformándose en

enfermedad (Madre 12, 30 años – Hija, 7 años).

En el estudio presentado, la mayor parte de los niños aún no poseía reflejos físicos negativos derivados del exceso de peso, y esto dificultaba el reconocimiento por parte de la familia como problema de salud. En sus concepciones, el niño presentaba buena salud, pues tenía apetito, realizaba actividades físicas sin dificultades y no presentaba enfermedad aguda o crónica asociada.

Por otro lado, con la utilización de la escala visual, se puede identificar que las madres reconocían el exceso de peso. Cuando cuestionadas sobre cuál de las figuras mejor representaba el cuerpo del niño, nueve de ellas seleccionaron la figura siete, y cinco la figura seis. En relación con la cual de aquellas figuras a la madre le gustaría que el niño se asemejase, cuatro mostraron la figura anterior a la seleccionada como representativa del estatus corporal actual, cuatro ansiaban que el niño disminuyese dos figuras, cuatro anhelaban tres figuras anteriores a la seleccionada y otras dos indicaron que deseaban que el niño permaneciese como estaba.

Esos resultados demostraron que la mayoría de las madres en estudio, aún que negase la obesidad como enfermedad, aspiraba a la reducción de peso del niño, siendo que algunas, incluso, deseaban una grande disminución del peso corporal. De entre las 14 madres incluidas en el estudio, 12 asintieron en el exceso de peso del niño en la visualización de la escala. Los relatos de las otras dos madres mostraron la tendencia que ellas tenían de minimizar la problemática de la obesidad en la infancia y, al mismo tiempo, la renuencia para aceptar que el hijo está obeso, mismo después la alerta de profesionales de salud.

Ella está por encima del peso unos quilos, pero yo no la veo gorda. No la

veo tan obesa cuanto hablan. Porque la llevo al policlínico para pesar y decían “Madre, ¡ella está obesa!”, pero yo nunca la vi mi hija obesa (Madre 12, 30 años – Hija, 7 años).

Además de reconocer la condición de obesidad como problema de salud, una de las madres reveló creer que el exceso de peso se relacionaba a un buen estado de salud y que esta condición es característica de una fase de la vida del niño, que tiende a retroceder con el inicio de la pubertad.

*Él nació delgadito, con tres kilos y poco. Pero, le di aquellas vitaminas, fue cuando comenzó a engordar. Mi madre y mi abuelo me decían: “Ese niño está muy delgadito!”. Empecé a dar [las vitaminas] para él y así comenzó a engordar (Madre 13, 29 años – Hijo, 9 años).*

Aunque algunas madres no considerasen la obesidad infantil una enfermedad o tuviesen dudas en relación con esto, ellas conseguían asumir que determinadas quejas y embarazos en el desarrollo de actividades cotidianas podrían ser derivados del exceso de peso:

Si la obesidad es una enfermedad yo no sé, pero que ella trae una montaña de enfermedades, eso sí. Porque creo que si ella no estuviese gordita como está, tal vez el problemita de ella de no conseguir dormir y del ronco mejoraba. Ella esta fatigada (Madre 4, 34 años – Hija, 10 años).

A veces se queja: “Madre, viene a ayudarme a colocar el pantalón corto, ¡porque no estoy consiguiendo!”. ¿Pero por qué? Yo le digo, que él está gordito

y que es más difícil de vestir el pantalón corto, porque la ropa para en los pliegues (Madre 14, 31 años – Hijo, 7 años).

Otras madres iban además conseguían vislumbrar la posibilidad de perjuicios para la salud en la vida adulta en resultado de la obesidad en la infancia:

Sé que con la obesidad él puede desarrollar diabetes, colesterol, presión alta [...] Y hasta en el futuro puede causar problemas tanto en lo psicológico, como en lo físico (Madre 1, 28 años – Hijo, 9 años).

Se observó, por lo tanto, que muchas madres de este estudio no consideraban la obesidad infantil como enfermedad, aunque algunas creían que ella pueda ser responsable por el desarrollo de otras enfermedades. Algunas madres, incluso, consiguen reconocer los perjuicios que el exceso de peso puede traer en la calidad de vida del niño y en el futuro, considerando no solamente la esfera física, pero también la psicológica y social.

### **Desarrollo, mantención y tratamiento de la obesidad infantil: el enfrentamiento de la familia**

Al hacer referencia a las conductas y estrategias utilizadas por la familia para enfrentar la obesidad infantil y controlar el peso del niño, han sobresalido los intentos al cambio de hábitos, principalmente en correspondencia a la alimentación y a la práctica de actividades físicas. Sin embargo, se encontró que, esas transformaciones eran incipientes, puntuales y se circunscribían a la inclusión en la dieta del niño con alimentos considerados saludables y

la exclusión de aquellos no saludables, además de la reducción de la cantidad de cada alimento servido en la comida.

Cuando él cena y sólo una vez, no lo dejo repetir. Ahora, a veces, como yo sé que él va a querer repetir, yo coloco un poco menos en el plato. Nunca fui de preguntar para él lo que quiere comer, yo coloco en el plato y él come (Madre 14, 31 años – Hijo, 7 años).

La búsqueda y la implementación de alternativas que podrían contribuir para la reducción de peso fueron frecuentes, sin embargo, se observó que ni siempre las estrategias adoptadas por las familias eran correctas o beneficiosos, como, por ejemplo, saltar o sustituir las principales comidas.

Hoy después que lo busqué en la escuela, él comió tres bocadillos pequeños de yuca. Entonces hoy no va a cenar, si quiere comer alguna cosa, come plátano. Tiene otros días también que él no cena (Madre 1, 28 años – Hijo, 9 años).

Cuando las estrategias de cambios alimenticios no fueron citadas por las madres se debía al hecho de no reconocer las fragilidades en la alimentación de sus hijos. En esos casos, creían que los alimentos ofrecidos eran más saludables cuando comparados a la alimentación de otros niños.

¿De dónde viene eso [la obesidad]? Porque en mi casa no tiene esas comidas simples, hay niños que toman bebidas todos los días, que comen dulce, chocolate, bocadillos, aquí no tiene eso (Madre 8, 33 años – Hijo, 8 años).

En esa dirección, el relato a seguir muestra que, en general, las familias poseían algún conocimiento sobre cuales alimentos son saludables y los cuales deben ser consumidos con moderación, pero, muchas veces, no tenían condiciones financieras que les permitieran adquirir los alimentos más apropiados.

Fruta cuando tiene come. De dos semanas para acá, nosotros solamente estamos comiendo arroz blanco. La salchicha y la zanahoria que mi hija te habló fue porque la vecina aquí le dio. Más fruta, verdura, esas cosas y solamente cuando da para comprar (Madre 3, 42 años – Hija, 9 años).

Además de la búsqueda por una alimentación saludable, cuando es posible, otra estrategia utilizada por las familias para favorecer la reducción de peso era el incentivo a la práctica de actividades físicas que motivasen al niño y así facilitasen su desarrollo. Sin embargo, hicieron referencia a algunas dificultades para su realización, las cuales eran financieras o resultantes de la falta de estructura en los barrios.

Lo duro es que para practicar deportes aquí para nosotros es todo lejos. Yo sé que hay unos grupos de niños en el centro, pero ¿cómo las personas van para allá? es complicado (Madre 6, 28 años – Hijo, 6 años).

Es válido subrayar que los cambios en la rutina fueron mencionados por las madres que reconocían las complicaciones de la obesidad infantil como un problema de salud, y, en especial, en los casos en que el niño ya manifestaba alguna dificultad debido al exceso de peso.

Fragilidades en los hábitos familiares fueron mencionadas, especialmente en relación

con la alimentación, los cuales, además de no contribuir para la reducción de peso del niño, aún competían para empeorar su condición.

La alimentación no es muy saludable. Y más pan, papas fritas, esas cosas. ¡Es dulce! Nosotros comemos bastante dulce (Madre 2, 28 años – Hijos, 6 años).

Por otro lado, además de reconocer las fallas en los hábitos alimenticios de la familia que podrían auxiliar en el desencadenamiento de la obesidad infantil, algunas madres también identificaron factores que auxiliaban en la mantención de esa morbilidad. Casos en que la familia poseía un vínculo estresante, o mismo aquellos en que el niño era reprimido y desmotivado por los padres fue revelado en los discursos:

El padre de ella es muy ignorante, es todo con gritos. Aquí es medio complicado. De vez en cuando él le dice gorda, o entonces ella coloca alguna ropa y él dice “¡que rollo!”. Ella se entristece (Madre 3, 42 años – Hija, 9 años).

Aún, fueron evidenciadas actitudes que las madres consideraban de apoyo a los niños, sin embargo, el modo como era realizadas coadyuva para que el niño permaneciese en la condición actual de obesidad. En un caso, por ejemplo, la madre buscaba hacer con que la hija aceptase la obesidad como una condición genética e irreversible, lo que no ha contribuido para el cambio en el estilo de vida familiar.

Le dijo que ser gordita no es saludable, pero también no es enfermedad, que ella no tiene que sentirse peor que los amiguitos, porque no existe solamente ella de gorda, existe mucha gente que es así. El problema es que el padre y la

abuela también son obesos, es hereditario, no tiene salida, infelizmente. Por más que ella cierre la boca, nunca va a ser delgadita. Y eso que intentó pasar para ella (Madre 9, 41 años – Hija, 8 años).

Los informes de esta categoría demostraron que la mayoría de las familias se envolvía con los cambios en el estilo de vida y el control de la obesidad infantil. Sin embargo, en algunos casos, el entendimiento equivocado sobre la alimentación, las condiciones financieras y la resignación en aceptar la obesidad eran obstáculos para el enfrentamiento de la enfermedad y la mejora en el estándar de vida de los niños.

## DISCUSIÓN

Admitir el exceso de peso infantil no es una tarea simple para los padres, como identificado en este y en otros estudios<sup>(3,5,8)</sup>. En investigación realizada con las madres de niños atendidas en Unidades Básicas de Salud en un municipio del sudeste de Brasil, se constató que las madres de niños con estado nutricional extremo – desnutrición o sobrepeso –, presentaban de cinco a once veces más chances de clasificar el estado nutricional del niño de forma incorrecta<sup>(5)</sup>.

Un estudio cualitativo realizado con padres de ocho niños obesos mostró que cinco de ellos veían al niño más delgado que lo que realmente era<sup>(9)</sup>. Además de eso, investigación realizada en los Estados Unidos de América demostró que los propios niños con obesidad tenían dificultad en reconocer este estado<sup>(10)</sup>.

Los bloqueos en considerar el exceso de peso están frecuentemente relacionados al no reconocimiento de la obesidad como enfermedad o de los problemas de salud que ella puede acarrear<sup>(8)</sup>. Y, considerando el aumento de la

prevalencia de obesidad en todo el mundo y en todos los grupos de edad, es posible que la madre enfrente el exceso de peso de los niños como una condición normal, sobre todo por creer que la obesidad es de resolución espontánea por ocasión del inicio de la adolescencia<sup>(11)</sup>.

Percepciones semejantes también fueron verificadas en el presente estudio, siendo que las repercusiones negativas de la obesidad vivenciadas por algunos niños servirán como alerta para los padres y los hacían reconocer la obesidad como un problema. En este momento, percibían como necesario el enfrentamiento de la situación, lo que los lleva a buscar alternativas para la reducción de peso, con destaque para los cambios en la alimentación y el incentivo para la práctica de alguna actividad física.

La negación o el desconocimiento sobre los efectos deletéreos de la obesidad para la salud son factores que pueden postergar la búsqueda por ayuda profesional y el inicio del tratamiento<sup>(4,9)</sup>. De hecho, esa ayuda es necesaria, pues la obesidad puede provocar dificultades respiratorias, disfunciones ortopédicas, aumento del riesgo para fracturas, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, entre otros<sup>(12)</sup>.

Cabe destacar que la incidencia, cada vez mayor, de obesidad entre los niños han posibilitado que esas patologías también sean diagnosticadas en grupos de edad cada vez más jóvenes de la población<sup>(13,14)</sup>. Ejemplo de esto es el aumento de casos de hipertensión arterial entre los escolares con sobrepeso y obesidad<sup>(15,16)</sup>.

El hecho de la madre conseguir asociar el exceso de peso corporal del hijo con los problemas de salud que el niño ya muestra o la posibilidad de presentarse, constituye motivación para el inicio de las transformaciones en el estilo de vida de la familia, principalmente en relación a la rutina alimenticia<sup>(9)</sup>. Los profesionales de salud deben identificar esos conocimientos y potencializarlos, para un tratamiento adecuado

de la obesidad, así como, el servicio de salud en asociación con la escuela y la familia deben identificar estrategias efectivas. Sin embargo, en este estudio, se observa que las familias actúan de acuerdo con su conocimiento empírico para el manejo de la obesidad infantil, la intersectorialidad y la integralidad son aspectos inherentes en la atención a la salud del niño y debe ser considerada en relación con la obesidad.

Sin embargo, ni siempre el cambio adoptado en el seno familiar es la más adecuada. Ejemplo de esto es el incentivo a la sustitución de comidas lo mismo de no realizar alguna comida, actitud no recomendada para el tratamiento de la obesidad, pues esto puede traer perjuicios para la salud y el desarrollo infantil<sup>(14)</sup>. La sustitución de comidas por meriendas cuando solicitado por el niño, también firma un error común y, una vez cedido, ella tendrá que repetir esa estrategia<sup>(17)</sup>.

Así, es necesario ponderar la influencia de los padres en las prácticas alimentares de los hijos a largo plazo. La familia es considerada la principal influencia ambiental para el niño y el conocimiento que ella tiene sobre los alimentos no viene solamente de sus experiencias, pero también de la observación del comportamiento alimentar del otro, y, en esos casos, dado a la proximidad, sobresalen las opciones alimenticias de la familia<sup>(18)</sup>.

Los relatos mostraron, aún, que los obstáculos para establecer una rutina saludable de alimentación para el niño pueden extrapolar as cuestiones disciplinares y envolver las condiciones financieras de la familia. De este modo, los impedimentos para obtención de alimentos ya fue relatada en otro estudio, en que las madres describieron el alto precio de frutas y legumbres como un obstaculizar para la adquisición de esos productos<sup>(19)</sup>.

Extrapolando las cuestiones alimentares, otro aspecto importante a ser considerado en el

desarrollo y en la mantención de la obesidad es la no realización de actividad física en cantidad y calidad necesarias. Esto acaba por convertirse en un círculo vicioso, porque con ausencia de actividad física, se aumenta el peso corporal, el cual desencadena obstáculos que hacen con que el niño se sienta desmotivada a practicar actividad física, a empeorar aún más el cuadro de obesidad. En efecto, los niños con exceso de peso son notoriamente las que presentan los niveles más bajos de coordinación motora cuando comparadas a los niños eutróficos, lo que desmotiva la práctica de actividades físicas regulares<sup>(20)</sup>.

Las adversidades enfrentadas por los niños durante la práctica de actividades físicas son, en algunos casos, reconocidas por las madres, que mencionaron, además de la deficiencia de coordinación motora, la fatiga. Sin embargo, las madres que admiten la importancia del ejercicio físico para la salud de sus hijos buscan alternativas para motivarlos e incentivarlos. Es de destacar, sin embargo, que, como mencionado por las participantes, no existen programas regulares de actividad física disponibles en los barrios, o sea, mismo que las familias reconozcan esa necesidad, el obstáculo está en el acceso a ese servicio por la falta de oferta.

La familia también puede intervenir en el desarrollo y en la continuidad de la obesidad en la infancia de otras formas, tales como, el tipo de vínculo establecido entre los miembros de la familia y el niño. Cuando son evidenciadas relaciones conflictivas en la familia, con vínculos frágiles y estresantes, se transmite a los niños la inseguridad emocional, de tal modo que la familia deja de ser reconocida como un ambiente acogedor y seguro<sup>(8,20)</sup>. Así, se forma una laguna en la función parental, que puede repercutir negativamente en el desarrollo del niño y reflejar en el surgimiento de enfermedades alimenticias<sup>(8,19)</sup>.

Es necesario, también, llevar en consideración las características genéticas del niño que puede predisponer a la obesidad. En ese sentido, una de las madres reconoce la predisposición genética de la hija para la obesidad y estimula al niño a aceptarse de esa forma. Aunque de ser una actitud positiva, en que la madre se preocupa por el bienestar del hijo, al mismo tiempo, puede desanimarlo a buscar alternativas para la reducción del peso, por creer que, siendo un factor hereditario, no habrá regresión.

Por fin, para el éxito de las intervenciones que tienen por objetivo revertir el cuadro de obesidad en la infancia, es necesario la participación efectiva y el desarrollo de toda la familia, principalmente de los padre, que son los principales cuidadores y educadores del niño en los primeros años de vida<sup>(8,19)</sup>. Además de la familia, es importante la participación de los demás contextos en que ese niño se inserta, a comenzar por la escuela y en los últimos años, a partir del Programa Salud en la Escuela, es necesario que la articulación entre salud y educación se vuelvan efectivas, para juntamente con la familia, trazar estrategias que rompan con el mecanismo de la obesidad. Así, la influencia ejercida por los padres y por la sociedad son significativas para que el niño se apropie de prácticas más saludables<sup>(5)</sup>, sin embargo, además de eso, también é relevante el apoyo que la familia transmite para que el niño se sienta seguro y alentada para el enfrentamiento de la obesidad. Así, es necesario que las relaciones familiares sean sólidas, constituyendo un ambiente acogedor y seguro<sup>(8)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación revelaron que la mayoría de las madres reconoce el exceso de peso de los hijos, sin embargo,

ni siempre ese excedente es considerado un problema capaz de interferir en su proceso salud-enfermedad. La obesidad, por lo tanto, en general, es percibida como enfermedad solamente cuando desencadena complicaciones, lo que es preocupante, pues eso atrasa el diagnóstico de la enfermedad y el inicio del tratamiento. Es notorio también que algunos niños ya enfrentan efectos negativos de la obesidad, principalmente en la ejecución de tareas simples del día a día y durante las prácticas deportivas y, en estos casos, las familias reconocen más fácilmente la obesidad como problema de salud si comparadas con aquellos niños en que los reflejos negativos aún no se expresaron.

Así, se espera que los resultados de este estudio consigan sensibilizar profesionales de salud y de la educación, bien como sus gestores, subsidiando la práctica de aquellos que lidian con los niños y con las familias que conviven con la obesidad infantil. Y se sugiere al profesional que pregunte a la familia sobre los posibles cambios ya realizadas ante el problema de la obesidad, contribuyendo, así, para la elaboración de nuevas y estrategias creativas para el enfrentamiento de la obesidad infantil en el seno familiar, considerando los aspectos psicoemocionales y sociales que envuelvan el problema.

Por fin, es importante destacar que, por tratarse de un estudio de naturaleza cualitativa, no es viable hacer generalizaciones de sus resultados y a la comparabilidad debe ser procedida con cautela. Por lo tanto, se sugiere que nuevas investigaciones, más amplias y con otros enfoques metodológicas, incluyendo otros miembros de la familia, el niño obeso, profesionales de salud y educadores, sean realizadas, de modo a propiciar mayor comprensión de la forma como la familia y el niño comprende y enfrentan la cuestión de la obesidad infantil.

## CITAS

1. Organización Mundial de la Salud - OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales una Mina de Información sobre Salud Pública Mundial. 2014 [acceso em 2014 out. 15]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf)
2. Williams PA, Cates SC, Blitstein JL, Hersey J, Gabor V, Ball M. Nutrition-education program improves preschoolers' at-home diet: a group randomized trial. *J Acad Nutr Diet*. 2014; 114(7): 1001–8.
3. Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, Middelkoop M, Bindels PJEC, Wouden J. Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2013; 9(1): 3–22.
4. Guevara-Cruz M, Serralde-Zúñiga AE, Vázquez-Vela MEF, Galicia LB, Islas-Ortega L. Association between maternal perceptions and actual nutritional status for children in a study group in Mexico. *Nutr Hosp*. 2012; 27(1): 209–12.
5. Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM, Palombo CNT, Miranda PPL, Borges ALV. Maternal perception of their child's nutritional status at less than three years old. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(5):771-778.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Abrasco; 2013.
7. Tiggemann M, Wilson-Barret E. Children's figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping. *Inter J Eat Disord*. 1998;23(1):83-8.
8. Moraes PM, Dias CMSB. Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. *Psicol Cienc Prof*. 2013; 33(1): 46-59.
9. Camargo APPM, Barros Filho AA, Antonio MARGMA, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(2): 323-33.
10. Economos CD, Bakun PJ, Herzog JB, Dolan PR, Lynskey VM, Markow D. et al. Children's perceptions of weight, obesity, nutrition, physical activity and related health and socio-behavioural factors. *Public Health Nutr*. 2012; 17(1): 170–8.
11. Francescatto C, Santos NS, Coutinho VF, Costa RF.

- Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: a systematic review. *J Pediatr*. 2014; 90(4):332-43.
12. World Health Organization – WHO. Obesity and overweight. Atualizado em mar. 2013 [acesso em 2013 set 20]. Fact Sheet n° 311. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>.
  13. Cunningham SA, Kramer MR, Narayan KMV. Incidence of childhood obesity in the United States. *N Engl J Med*. 2014; 370(2): 403–11.
  14. Delgado MF, Frazão CMFQ, Fernandes MICD, Medeiros ABA, Lúcio KDB, Lira ALBC. Factors associated with cardiovascular disease in children and adolescents: a cross-sectional study. *Online braz j nurs [internet]* 2015 [cited 2016 Jun 10]; 14 (2): 168-77. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5126>
  15. Elkiran O, Yilmaz E, Koc M, Kamanli A, Ustundag B, Ilhan N. The association between intima media thickness, central obesity and diastolic blood pressure in obese and overweight children: A cross-sectional school-based study. *Int J Cardiol*. 2013; 165 (3): 528–32.
  16. Passos-Santos JP, Prati ARC, Molena-Fernandes CA. Associação entre pressão arterial e indicadores de obesidade geral e central em escolares. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(1): 146-54.
  17. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Dicas: 10 erros que não devemos cometer na educação alimentar da criança [online]. 2013 [acesso em 2014 ago 13]. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/27/::+10+erros+que+nao+devemos+cometer+na+educacao+alimentar+da+crianc.shtml>>.
  18. Kim HS, Park J, Park KY, Lee MN, Ham OK. Parent Involvement Intervention in Developing Weight Management Skills for both Parents and Overweight/Obese Children. *Asian Nurs Res*. 2016; 10(1): 11-7.
  19. Lindsay AC, Ferarro M, Franchello A, Barrera RL, Machado MMT, Pfeiffer ME, Peterson KE. Child feeding practices and household food insecurity among low-income mothers in Buenos Aires, Argentina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 661-9.
  20. Hondt ED, Deforche B, Gentier I, Bourdeaudhuij I, Vaeyens R, Philippaerts R. et al. A longitudinal analysis of gross motor coordination in overweight and obese children versus normal-weight peers. *Int J Obes*. 2013; 37(1): 61–7.

---

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recibido: 08/26/2016  
 Revisado: 07/12/2018  
 Aprobado: 07/12/2018